25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial - LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

16-19 DE OCTUBRE DE 2007
UNIVERSITAT RAMON LLULL «LA SALLE»
BARCELONA

CA25 BCN

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL
Societat Catalana de Qualitat Assistencial

25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

16-19 DE OCTUBRE DE 2007
UNIVERSITAT RAMON LLULL «LA SALLE»
BARCELONA

CA25 BCN

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

Edita:
Sociedad Española de Calidad Asistencial
C/ Covadonga, 10 - 1º. - 33002 OVIEDO

Secretaría Técnica:

L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

Departamento de Actividades y Congresos
C/ Major de Can Caralleu, 1-7 - 08017 Barcelona
Tel. 93 203 07 31 - Fax 93 212 35 69
annajorda@academia.cat - www.calidadasistencial.es/seca/congreso

ISBN: en trámite.

Imprime:
Gráficas Gispert, S.A.
(La Bisbal - Girona)
Depósito Legal: GI-1255-2007.

25 CONGRESO
de la
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Universitat Ramon Llull "La Salle". Barcelona, 16-19 de octubre de 2007

COMITÉ DE HONOR

Presidente

Molt Hble. Sr. José Montilla Aguilera

Presidente de la Generalitat de Catalunya

Miembros

Excmo. Sr. D. Bernat Soria Escoms

Ministro de Sanidad y Consumo

Il·lm. Sr. Jordi Hereu Boher

Alcalde del Ayuntamiento de Barcelona

Iltre. Sr. Rafael Ribó Massó

Síndic de Greuges de Catalunya

Hble. Sra. Marina Geli Fàbrega

Consejera de Salud de la Generalitat de Catalunya

Excm. i Mgfc. Sr. Màrius Rubiralta Alcañiz

Rector de la Universidad de Barcelona

Excm. i Mgfc. Sr. Lluís Ferrer Caubet

Rector de la Universidad Autónoma de Barcelona

Il·lm. Sr. Celestino Corbacho Chaves

Presidente de la Diputación de Barcelona

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta

Pilar Astier Peña
Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de San Pablo

Enlace RRII y CCAA

Susana Lorenzo Martínez
Responsable de Calidad. Fundación Hospital de Alcorcón. Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Vocales

Jesús Aranaz Andrés
Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Sant Joan de Alicante. Departamento de Salud Pública. UMH

Joaquim Bañeres Ametlla
Subdirector General. Fundación Avedis Donabedian

Antonio Barrera Martín-Merás
Hospital San Pedro de Alcántara

Genís Carrasco Gómez
Jefe Clínico. UCI. SCIAS. Hospital de Barcelona

Ana Clavería Fontán
Jefe de Servicio Calidade e Programas Asistencias. Servicio Galego de Saúde

Josep Davins Miralles
Investigador. Unidad Territorial de Soporte a la Investigación. IDIAP Jordi Gol-ICS

Juan Fernández Martín
Jefe de Servicio de Investigación. Área de Investigación, Docencia y Formación Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM)

Juan Carlos García Aisa
Coordinador de Calidad. Servicios Centrales. Servicio Aragonés de Salud

Carlos Emparan García de Salazar
Director Gerente. Fundación Hospital de Calahorra

Rafael Gomis Cebrián
Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia

Emilio Fco. Ignacio García
Profesor. Universidad de Cádiz

Antonio Jiménez Bravo de Laguna
Médico Adjunto. Complejo Hospitalario Materno Insular. Unidad de Medicina Intensiva

José Manuel Martín Vázquez
Director Unidad de Mejora Contínua. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

José Joaquín Mira Solves
Delegado del Rector. Universidad Miguel Hernández de Valencia

José Antonio Mirón Canelo
Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca

Oscar Moracho Del Río
Socio Director. InnovaSalud

Pedro Parra Hidalgo
Subdirector de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia

Manuel Pérez Rivera
Gerente de Programa de Calidad y Productividad. Centro de Innovación y Desarrollo Empresarial (CIDEM)

Fernando Palacios Lapuente
Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Ondarreta

Fernando Vilanova Cardenal
Director de la Unidad de Anestesiología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Andreu Martín Sánchez

Presidente de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial

Secretario

Manel Santiñà Vila

Coordinador General de la Sede de Maternidad. Hospital Clínic de Barcelona

Defensora del congresista

Hortensia Aguado Blázquez

Coordinadora Técnico de Calidad. Servei Català de la Salut

Vocales

Laura Aguirre

Directora económico-financiera. Hospital de Zumárraga

Ignacio Barrasa Villar

Coordinador Médico de Calidad del Hospital Clínico Universitario y del Sector Sanitario Zaragoza III. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

M. Pilar Espelt Aluja

Enfermera. Atención Primaria de Tarragona

Amparo Giménez Requena

Coordinador Médico de Calidad. Hospital Universitari Bellvitge

Ramón Guzmán Sebastián

Responsable de Acreditación. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Vicente Herranz González

Director Gerente. Hospital Monte Naranco - Presidente de la Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias (PASQAL)

Carlos Humet Cienfuegos-Jovellanos

Director Médico. SCIAS - Hospital de Barcelona

M. Lluïsa López Viñas

Jefe de Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Rafael Lledó Rodríguez

Director General. Fundació Hospital Asil de Granollers

Albert Navarro Anadón

Dirección General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Montserrat Oliveras Gil

Coordinadora Técnico de Lista de Espera. Servei Català de la Salut

Joan Ribas Sabaté

Psiquiatra Coordinador de la Unidad de Sub Agudos. Sant Joan de Déu. Servicio de Salud Mental. Sant Boi de Llobregat

Àngel Vidal Milla

Director de Procesos, Calidad y Cuidados. Institut Català de la Salut

PRESENTACIÓN

En nombre de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, os damos la bienvenida al **XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).** La ciudad de Barcelona constituye un marco incomparable para la celebración de nuestro Congreso anual. El intercambio de experiencias desde todos los ámbitos de la asistencia sanitaria ha convertido a esta reunión científica en el foro de debate más importante en el ámbito de habla hispana sobre la evaluación y mejora de la gestión de la atención sanitaria. En Barcelona se celebró el primer Congreso de la Sociedad, y se ha querido que sea de nuevo la sede de la conmemoración del XXV Congreso de la SECA.

El Congreso se ha organizado con la importante colaboración del *Departament de Salut de Catalunya, el Servei Català de la Salut* y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En esta edición se ha puesto un especial énfasis en la innovación y la utilización de las tecnologías de la información. Así, es la primera vez que se transmitirán por Internet y en tiempo real las principales actividades del Congreso, al igual que se podrá acceder a sus contenidos posteriormente a través de la página web de la SECA.

En el ámbito cultural, tendremos la ocasión de disfrutar de paseos por la ciudad para contemplar el modernismo o visitar, en la cena de clausura, el *Teatre Nacional de Catalunya*.

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.

Os damos 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 cada día a nuestros ciudadanos.

Andreu Martín Sánchez
Presidente del Comité Organizador

María Pilar Astier Peña
Presidenta del Comité Científico

Susana Lorenzo
Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

PROGRAMA DEL CONGRESO

Martes 16 de octubre de 2007

Talleres precongreso

08.30	**Entrega de documentación de talleres**
09.30 - 14.00	**Sesiones simultáneas de los talleres**
14.00 - 16.00	**Almuerzo de trabajo**
16.00 - 18.00	**Sesiones simultáneas de los talleres**

Miércoles 17 de octubre de 2007

Mañana

09.00 - 10.00	**Entrega de documentación del Congreso**
09.00 - 11.30	**Café en la sala Mirador y Carpa**

Sala Plenaria

10.00 - 10.30	**Inauguración Oficial del Congreso**
10.30 - 11.30	**Conferencia Inaugural** *"La calidad asistencial a través de la mirada del cine"* ***Conferenciante:*** ALBERT ESPINOSA. Director y guionista de cine, teatro, producciones de TV y radio, actor e ingeniero industrial.
11.30 - 13.00	**Mesa Redonda 1** *"Innovación como factor clave"* ***Moderadora:*** CARME BOTIFOLL. Directora General d' Innovació i Internacionalització. Departament d'Innovació, Universitats i Empresa ***Participantes:*** PILAR ALMAGRO. Directora general. VERTISUB. CARLES NIN. Director de Investigación y Desarrollo. PANRICO. DAVID MASÓ. Director. FUTURLINK. PALOMA LEIS GARCIA. Gerente de Sanidad de la División Comercial de Certificación. AENOR CARLES FRADERA. Adjunto a Dirección. CIDEM.

13.00 - 14.30 **Primera Sesión de Comunicaciones Orales**
Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria

13.00 - 14.54 **Defensa de Pósteres**
Sala Mirador y Carpa

14.30 - 16.00 **Almuerzo de Trabajo en la Sala Mirador y Carpa**

Tarde

18.00 - 19.00 **Café en la Sala Mirador y Carpa**

16.00 - 17.30 **Segunda Sesión de Comunicaciones Orales**
Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria

16.00 - 17.30 **Defensa de Pósteres**
Sala Mirador y Carpa

Sala Plenaria

17.30 - 19.00 **Mesa Redonda 2**
"Calidad asistencial desde la perspectiva de los pacientes"
Moderador: MIGUEL PÉREZ QUINTANILLA, Gabinete de Prensa del SEM (Sistema de Emergencias Médicas).
Ponentes: ALBERT JOVELL. Presidente del Foro Español de Pacientes.
ANA ETCHENIQUE. Coordinadora de Relaciones Institucionales de la Confederación de Consumidores y Usuarios.
MERCÈ CRUELLS. Jefe de la División de Atención al Ciudadano. Servei Català de la Salut.
FRANCISCO CÁRCELES. Presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.
EUGENI SEDANO MONASTERIO. Director de Relaciones Institucionales. ESTEVE.

Sala Paranimf

19.00 **Asamblea de la Sociedad Española de Calidad Asistencial**

19.30 **Visitas guiadas por Barcelona, a escoger:**
Paseo por el barrio gótico
Ruta del Modernismo

Jueves 18 de octubre de 2007

Mañana

10.00 - 12.00 **Café en la Sala Mirador y Carpa**

10.00 - 11.30 **Tercera Sesión de Comunicaciones Orales**
Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria

10.00 - 11.30 **Defensa de Pósteres**
Sala Mirador y Carpa

Sala Plenaria

11.30 - 13.00 **Mesa Redonda 3**
"Perspectiva internacional de la seguridad del paciente"
Moderador: ENRIQUE TEROL. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Ponentes: EDWARD KELLEY. Director, US National Healthcare Reports. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Rockville (Estados Unidos de América).
JESÚS ARANAZ. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Sant Joan de Alicante. Departamento de Salud Pública. UMH.
ORLANDO URROZ. Director del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Subdirecto General del Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.
LEE McGILL. Health Strategy Unit Public Health and Risk Assessment Health and Consumer Protection Directorate-General European Commission Bruselas (Bélgica).

13.00 - 14.30 **Cuarta Sesión de Comunicaciones Orales**
Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria

13.00 - 14.54 **Defensa de Pósteres**
Sala Mirador y Carpa

14.30 - 16.00 **Almuerzo de Trabajo en la Sala Mirador y Carpa**

Tarde

16.00 - 17.30 **Quinta Sesión de Comunicaciones**
Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria

16.00 - 17.30 **Defensa de Pósteres**
Sala Mirador y Carpa

Sala Plenaria

17.30 - 19.00 **Mesa Redonda 4**
"Herramientas de evaluación de sistemas de salud"
Moderador: RAFAEL MANZANERA. Director General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Ponentes: MERCÈ CASAS. Directora General de IASIST.
ROSA SUÑOL. Directora General de la Fundación Avedis Donabedian.
OSCAR MORACHO. Socio Director de InnovaSalud.
JORGE DE MIGUEL. Director de Proyecto Sector Sanitario de DNV.

21.30 **Cena del Congreso. Teatre Nacional de Catalunya**

Viernes 19 de octubre de 2007

Mañana

10.00 - 12.00	**Café en la Sala Mirador y Carpa**
10.00 - 11.30	**Sexta Sesión de Comunicaciones Orales** Sala JH1, Sala JH2, Sala JH3, Sala JH4, Sala JH5, Sala Plenaria
10.00 - 11.30	**Defensa de Pósteres** Sala Mirador y Carpa

Sala Plenaria

11.30 - 13.00	**Mesa Redonda 5** *"Mejores comunicaciones del 25 Congreso de la SECA"* ***Moderadora:*** MARÍA PILAR ASTIER PEÑA. Presidenta del Comité Científico.
13.00 - 14.00	**Conferencia de Clausura** *"Investigación traslacional: de la investigación a la práctica clínica"* ***Conferenciante:*** OCTAVI QUINTANA. Director de Investigación Sanitaria de la Comisión Europea.
14.00	**Entrega de premios y clausura del congreso**

ÍNDICE GENERAL

pàg.

ÍNDICE DE PONENCIAS 11

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES 13

ÍNDICE DE COMUNICACIONES PÓSTERES 15

PONENCIAS 17

COMUNICACIONES ORALES 73

COMUNICACIONES PÓSTERES 167

ÍNDICE DE AUTORES 273

ÍNDICE DE PONENCIAS

pàg.

La calidad asistencial a través de la mirada del cine 19
Albert Espinosa

La innovación como factor clave 20
Carme Botifoll, Joan Romero, Carles Fradera

No todo vale. Una reflexión empresarial desde la construcción y la industria 22
Pilar Almagro Marcos

Innovación en el sector de la alimentación 24
Carles Nin

Las 4 claves de cómo está innovando FUTURLINK 27
David Masó

La calidad asistencial desde la perspectiva de los pacientes 29
Ana Etchenique

La mejora continua de la calidad en la atención al ciudadano. La experiencia del CatSalut 32
Mercè Cruells Salla

Aportación de la industria farmacéutica a la mejora de la calidad de los servicios de salud 35
Eugeni Sedano Monasterio

Safety data for safer care. International progress in monitoring patient safety 37
Edward Kelley

Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica 38
Aranaz JM, Aibar C, Terol E, Agra Y, Laritzgoitia I, Gonseth J, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, Sarabia O, Inga R, Santiváñez A, Limón R

pàg.

La experiencia del programa de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad del paciente en Costa Rica . . . 44
Orlando Urroz

Patient Safety, an EU Perspective . . . 48
Lee McGill

Herramientas de evaluación de sistemas de salud . . . 51
Rafael Manzanera

Evaluación de resultados de servicios de salud . . . 52
Mercè Casas

Evaluación de las estrategias de calidad de los hospitales europeos: Proyecto MARQuIS . . . 55
Rosa Suñol, Paula Vallejo

Situación de la evaluación y la mejora de la calidad en el Sistema Nacional de Salud . . . 57
Óscar Moracho del Río, Fernando Palacio Lapuente

Herramientas de evaluación . . . 59
Jorge de Miguel

Mejores comunicaciones del XXV Congreso de la SECA . . . 60
María Pilar Astier

Influencia del optimismo en las escalas de satisfacción de los pacientes . . . 61
Armand Grau, Maria Àngels Pérez, Laia Salleras, Sònia Adroher, Maria Pujol

Hospital Monte Naranco: una estrategia global en seguridad de pacientes . . . 64
María Dolores Menéndez-Fraga, María Luisa Parra-León, Ángeles Cueva-Álvarez, Inés Pérez-Suárez, Vicente Herranz-González, Fernando Vázquez-Valdés

¿Atendemos bien a los pacientes con síndrome coronario agudo en Atención Primaria? Efecto de la implantación de una guía informatizada . . . 67
L Ríos, F Margalef, P Romera, T Bordell, Y Azeli, O Doblado

¿Es posible el *benchmarking* entre hospitales de diferentes comunidades autónomas? *Benchmarking* de procesos en la Red. 7 . . . 67
Red. 7

La investigación en España . . . 71
Octavi Quintana

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES

pàg.

PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Miércoles, 17 de octubre de 2007 (13:00 - 14:30 h.)

Mesa 1. ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 1 ..... Sala JH1 75
De la C-001 a C-009

Mesa 2. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 1 ..... Sala JH2 77
De la C-010 a C-018

Mesa 3. ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 1 ..... Sala JH3 80
De la C-019 a C-027

Mesa 4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL 1 ..... Sala JH4 82
De la C-028 a C-036

Mesa 5. GESTIÓN POR COMPETENCIAS ..... Sala JH5 85
De la C-037 a C-045

Mesa 6. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 1 ..... Sala Plenaria 87
De la C-046 a C-054

SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Miércoles, 17 de octubre de 2007 (16:00 - 17:30 h.)

Mesa 7. GESTIÓN POR PROCESOS 1 ..... Sala JH1 90
De la C-055 a C-063

Mesa 8. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1 ..... Sala JH2 92
De la C-064 a C-071

Mesa 9. RESULTADOS EN SALUD 1 ..... Sala JH3 95
De la C-072 a C-080

Mesa 10. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 1 ..... Sala JH4 97
De la C-081 a C-088

Mesa 11. VOZ DEL PACIENTE 1 ..... Sala JH5 100
De la C-089 a C-096

Mesa 12. SEGURIDAD DEL PACIENTE 1 ..... Sala Plenaria 102
De la C-097 a C-105

TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (10:00 - 11:30 h.)

Mesa 13. ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 2 ..... Sala JH1 105
De la C-106 a C-114

Mesa 14. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 2 ..... Sala JH2 107
De la C-115 a C-122

pàg.

Mesa 15. ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 2 ..... Sala JH3 110
De la C-123 a C-131

Mesa 16. CONTINUIDAD ASISTENCIAL 2 ..... Sala JH4 112
De la C-132 a C-139

Mesa 17. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 2 ..... Sala JH5 115
De la C-140 a C-148

Mesa 18. GESTIÓN POR PROCESOS 2 ..... Sala Plenaria 117
De la C-149 a C-157

CUARTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (13:00 - 14:30 h.)

Mesa 19. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2 ..... Sala JH1 120
De la C-158 a C-166

Mesa 20. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 1 ..... Sala JH2 122
De la C-167 a C-175

Mesa 21. VOZ DEL PACIENTE 2 ..... Sala JH3 125
De la C-176 a C-184

Mesa 22. SEGURIDAD DEL PACIENTE 2 ..... Sala JH4 127
De la C-185 a C-192

Mesa 23. SEGURIDAD DEL PACIENTE 3 ..... Sala JH5 130
De la C-193 a C-201

Mesa 24. SEGURIDAD DEL PACIENTE 4 ..... Sala Plenaria 132
De la C-202 a C-210

QUINTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (16:00 - 17:30 h.)

Mesa 25. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 3 ..... Sala JH1 135
De la C-211 a C-218

Mesa 26. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 3 ..... Sala JH2 137
De la C-219 a C-227

Mesa 27. GESTIÓN POR PROCESOS 3 ..... Sala JH3 140
De la C-228 a C-235

Mesa 28. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2 ..... Sala JH4 142
De la C-236 a C-244

Mesa 29. ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 3 ..... Sala JH5 145
De la C-245 a C-253

Mesa 30. RESULTADOS EN SALUD 2 ..... Sala Plenaria 147
De la C-254 a C-262

pàg.

SEXTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Viernes, 19 de octubre de 2007 (10:00 - 11:30 h.)

Mesa 31. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 4 ..... Sala JH1 150
De la C-263 a C-271

Mesa 32. ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 4 ..... Sala JH2 152
De la C-272 a C-279

Mesa 33. GESTIÓN POR PROCESOS 4 ..... Sala JH3 155
De la C-280 a C-288

Mesa 34. VOZ DEL PACIENTE 3 ..... Sala JH4 157
De la C-289 a C-298

Mesa 35. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 2 ..... Sala JH5 160
De la C-299 a C-307

Mesa 36. SEGURIDAD DEL PACIENTE 5 ..... Sala Plenaria 163
De la C-308 a C-315

ÍNDICE DE COMUNICACIONES PÓSTERES

DEFENSA DE PÓSTERES
Miércoles, 17 de octubre de 2007 (13:00 - 14:54 h.)

Mesa 1. ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 1 ..... CARPA 169
Del P-001 a P-016

Mesa 2. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 1 ..... CARPA 173
Del P-017 a P-032

Mesa 3. ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA ..... MIRADOR 177
Del P-033 a P-049

Mesa 4. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 1 ..... MIRADOR 182
Del P-050 a P-065

DEFENSA DE PÓSTERES
Miércoles, 17 de octubre de 2007 (16:00 - 17:30 h.)

Mesa 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL 1 ..... CARPA 186
Del P-066 a P-081

Mesa 6. GESTIÓN POR PROCESOS 1 ..... CARPA 190
Del P-082 a P-097

Mesa7. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1 ..... MIRADOR 195
Del P-098 a P-113

Mesa 8. RESULTADOS EN SALUD ..... MIRADOR 199
Del P-114 a P-128

pàg.

DEFENSA DE PÓSTERES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (10:00 - 11:30 h.)

Mesa 9. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 1 ..... CARPA 203
Del P-129 a P-145

Mesa 10. SEGURIDAD DEL PACIENTE 1 ..... CARPA 208
Del P-146 a P-162

Mesa 11. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 1 ..... MIRADOR 212
Del P-163 a P-178

Mesa 12. VOZ DEL PACIENTE 1 ..... MIRADOR 217
Del P-179 a P-193

DEFENSA DE PÓSTERES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (13:00 - 14:54 h.)

Mesa 13. ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 2 ..... CARPA 221
Del P-194 a P-209

Mesa 14. ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 2 ..... CARPA 225
Del P-210 a P-225

Mesa 15. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 2 ..... MIRADOR 229
Del P-226 a P-241

Mesa 16. CONTINUIDAD ASISTENCIAL 2 ..... MIRADOR 234
Del P-242 a P-256

DEFENSA DE PÓSTERES
Jueves, 18 de octubre de 2007 (16:00 - 17:30 h.)

Mesa 17. GESTIÓN POR PROCESOS 2 ..... CARPA 238
Del P-257 a P-273

Mesa 18. GESTIÓN POR PROCESOS 3 ..... CARPA 242
Del P-274 a P-289

Mesa 19. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2 ..... MIRADOR 247
Del P-290 a P-305

Mesa 20. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2 ..... MIRADOR 251
Del P-306 a P-321

DEFENSA DE PÓSTERES
Viernes, 19 de octubre de 2007 (10:00 - 11:30 h.)

Mesa 21. SEGURIDAD DEL PACIENTE 2 ..... CARPA 255
Del P-322 a P-338

Mesa 22. VOZ DEL PACIENTE 2 ..... CARPA 260
Del P-339 a P-353

Mesa 23. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 3 ..... MIRADOR 264
Del P-354 a P-369

Mesa 24. VOZ DEL PACIENTE 3 ..... MIRADOR 268
Del P-370 a P-383

PONENCIAS

La calidad asistencial a través de la mirada del cine

Albert Espinosa

Director, guionista de cine, actor de cine, ingeniero y paciente.

Sin duda, este poema, resume parte de lo que es y será mi vida en el hospital

Autobiografía

No cojas la cuchara con la mano izquierda.
No pongas los codos en la mesa.
Dobla bien la servilleta.
Eso, para empezar.

Extraiga la raíz cuadrada de tres mil trescientos trece.
¿Dónde está Tanganika? ¿Qué año nació Cervantes?
Le pondré un cero en conducta si habla con su compañero.
Eso, para seguir.

¿Le parece a Ud. correcto que un ingeniero haga versos?
La cultura es un adorno y el negocio es el negocio.
Si sigues con esa chica te cerraremos las puertas.
Eso, para vivir.

No seas tan loco. Sé educado. Sé correcto.
No bebas. No fumes. No tosas. No respires.
¡Ay sí, no respires! Dar el no a todos los "no"
y descansar: Morir.

Gabriel Celaya

La innovación como factor clave

Carme Botifoll[1], Joan Romero[2], Carles Fradera[3]

[1]Directora General d'Innovació i Internacionalització. Generalitat de Catalunya;
[2]Director de Planificació CIDEM. Generalitat de Catalunya;
[3]Adjunto a Dirección. CIDEM.

Un factor clave de competitividad

En los últimos años se ha difundido desde los distintos gobiernos la necesidad de que las empresas innoven para ser competitivas. Este mensaje a muchos les puede recordar la sensibilización que se hizo también de la necesidad de implantar sistemas de calidad como herramienta de competitividad durante los años 80 y los 90. Uno podría tener la sensación de que se habla de distintos tipos o modelos de gestión, que podrían ser más o menos contradictorios o complementarios. También podría pensar que este concepto es fruto de una moda pasajera inventada por algún gurú.

Sin embargo, esta situación es una consecuencia de la reciente evolución socioeconómica. El entorno económico globalizado actual, con una creciente competencia, ha comportado que la calidad no sea un elemento suficiente para ser competitivo a nivel internacional. Las empresas pueden encontrarse con una competencia que también puede trabajar con una alta calidad y, a veces, con menores costes. Por tanto, las reglas del juego han cambiado. Ya no es suficiente trabajar con calidad y con sistemas de mejora continua. En el entorno global, esto pasa a ser un requisito de mínimos. Las empresas deben trabajar con calidad, deben estar abiertas al exterior y ofrecer un valor añadido que sea diferencial respecto a sus competidores. Este valor añadido es el resultado de esta variable clave que llamamos innovación.

Pero ¿qué es la innovación?

La innovación para muchos es imaginación, creatividad. Otros tienden a asociarla con tecnología. En realidad, la innovación incluye un amplio abanico de conceptos, no limitados a la tecnología y que pueden realizar empresas de distintos tamaños y sectores productivos. La innovación, según el manual de referencia (el Manual de Oslo de la OCDE), es la implementación de un nuevo (o significativamente mejorado) producto (bien o servicio), proceso, método de marketing, o método o práctica organizativa o de relaciones externas.

En este sentido, la innovación es diseño, la innovación es diversificación de productos, la innovación son nuevas formas de trabajar y organizarse. La innovación está asociada al concepto de novedad. Ésta se puede interpretar a distintos niveles: a escala mundial, para el mercado o a nivel de la propia empresa u organización (en este caso se toman en consideración aquellas actuaciones que son una novedad o son una mejora significativa para la empresa que las implementa).

¿Innovación en asistencia sanitaria?

A pesar de que esta situación económica ha empezado afectando a los sectores industriales y éstos han sido los primeros en introducir la innovación en sus modelos de gestión –como pasó en su momento con la calidad–, el mundo del servicio, entre los cuales se encuentra el servicio asistencial, no es ajeno a esta situación. Cada vez más empresas de servicios son referencia en la implantación de modelos organizativos o en la innovación de procesos (ya sean fruto de la utilización o no de nuevas tecnologías).

El sector sanitario ha hecho un esfuerzo muy importante para implantar primero sistemas de aseguramiento y gestión de la calidad y, posteriormente, sistemas de mejora continua. En estos momentos, la calidad continúa siendo un elemento competitivo muy importante y de valor añadido diferencial. No hace falta destacar que la calidad afecta a la satisfacción de los clientes, la motivación de los empleados, la disminución de costes, etc. y, en definitiva, a la cuenta de resultados de una organización.

Sin embargo, en el entorno económico actual que hemos descrito, la calidad total se ha convertido en un elemento necesario, pero no suficiente. Sin sacarle la relevancia a la calidad, hay otros aspectos de la gestión empresarial que deben priorizarse, ya que son los que generan las ventajas competitivas de unas organizaciones respecto a otras. En este sentido, podemos considerar la calidad total como un paso previo a estos otros aspectos como son la productividad y la innovación.

La innovación se puede sistematizar y, por tanto, puede integrarse dentro de los sistemas de gestión ya implantados en las organizaciones. Si hacemos un símil con el sector informático, podríamos decir que en la nueva versión 2.0 de nuestro sistema de gestión debemos tener la gestión de la calidad y la mejora continua como teníamos en la versión 1.0 más un upgrade de gestión de la innovación.

El camino de la innovación debe comenzar por una cultura básica que ha propiciado la satisfacción por el trabajo bien hecho, la aplicación sistemática de herramientas y métodos, el trabajo en equipo, la cultura de la prevención, etc. Convertirse en una organización innovadora supone un cambio cultural y, como todo cambio, puede ser doloroso pero no necesariamente traumático. El cambio cultural requiere más tiempo y esfuerzo que el de implantación de una simple metodología o la absorción de una tecnología.

Es por este motivo que conocer la experiencia de otras organizaciones que han pasado por este camino puede ayudar a entender los retos y oportunidades que genera este proceso. Ejemplos como los que se presentan en este con-

greso pueden ser una referencia para todos aquellos que emprendan este viaje que, como el de la calidad, es un viaje hacia la mejora competitiva de la empresa que no tiene final. La mejora continua y la innovación permanente son requerimientos del mercado actual.

En el ámbito de la asistencia sanitaria, las nuevas tecnologías ofrecen muchas posibilidades de aplicación para mejorar procesos. La innovación se puede llevar a cabo en los servicios médicos y asistenciales, generando y mejorando el conocimiento, las aplicaciones, las técnicas y el instrumentario clínico. Ya hay un elenco de ejemplos a destacar: aplicaciones web para mejorar en accesibilidad, tiempo de respuesta y satisfacción del ciudadano, con mejoras en la recogida de recetas; sistemas de información asistencial; utilización de simuladores virtuales y/o técnicas robóticas en formación sanitaria, listas de espera e historias clínicas electrónicas; y servicio a distancia.

A pesar de ello, queda mucho trabajo por hacer para que arraigue la cultura de la innovación. Debe sistematizarse la innovación como proceso estratégico, mejorando la capacidad de absorción tecnológica y la innovación organizativa, desarrollando prototipos, dando soporte a la comercialización de las innovaciones e, incluso, dando lugar a la creación de empresas *(spin-offs)* por parte de médicos, investigadores y otros profesionales.

El papel del Govern de la Generalitat de Catalunya

El sector biotecnológico, TIC-salud, las tecnologías médicas, etc. están dentro de los ámbitos prioritarios de la agenda del Govern de la Generalitat, no sólo desde el Departament de Salut, también desde el Departament d'Innovació, Universitat i Empresa. La asistencia sanitaria puede, a parte de repercutir de forma importante en el bienestar social, abrir nuevas oportunidades a actividades industriales y de servicios de alto valor añadido. En este sentido, cabe destacar que el sector biotecnológico es un sector tractor muy importante para nuestra economía. Además, debe tenerse en cuenta que cada vez más surgen nuevas necesidades a cubrir fruto del envejecimiento de la población y, por tanto, nuevos servicios y oportunidades de negocio.

Desde el Govern de la Generalitat ofrecemos soporte a las empresas para desarrollar proyectos de mejora, de I+D e innovación. En cierta manera, les ayudamos a integrar la innovación en los sistemas de gestión, como se hizo en su momento con la calidad cuando ésta no estaba arraigada entre las empresas (a través de metodología y el soporte a actuaciones y proyectos concretos). En el sector biotecnológico y sanitario trabajamos de forma estrecha fomentando el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), impulsando proyectos de I+D, potenciando la cooperación, promoviendo la investigación a través de distintos centros y parques de investigación y futuros centros tecnológicos (como será el de las tecnologías médicas) y dando soporte, asimismo, a iniciativas como la Bioregión.

Se han llevado a cabo muchas actuaciones y proyectos concretos. Para poner algún ejemplo concreto presentaré dos de los casos de proyectos de cooperación en I+D que se han apoyado y asesorado desde el CIDEM y que han recibido ayuda a través de la convocatoria de ayudas CENIT (son, por tanto, proyectos de cierta envergadura):

El primero es el proyecto ONCNOSIS: un sistema de detección avanzada de cáncer por diagnóstico molecular. En este proyecto colaboran empresas y laboratorios farmacéuticos, start-up biotecnológicas, centros e institutos de investigación y varios hospitales. Tiene por objetivo desarrollar, a través de una AIE específica, una multiplataforma tecnológica cooperativa y competitiva, enfocada al cáncer para la: 1) identificación de biomarcadores diagnósticos para el diagnóstico precoz, 2) identificación de biomarcadores de valor pronóstico, 3) identificación y validación de nuevas dianas terapéuticas, y 4) generación de nuevas tecnologías y herramientas nanobiotecnológicas de detección y terapia.

El proyecto está plenamente justificado para dar respuesta a las necesidades de un mercado creciente, que demanda nuevas formas clínicas de gestión y que está basado en el diagnóstico molecular, uno de los segmentos de mercado del diagnóstico con un crecimiento mayor. Las empresas farmacéuticas tenderán a incorporar pruebas que ayuden a prescribir sus medicamentos y generarán un nuevo actor en el mercado del diagnóstico.

La medicina personalizada y el diagnóstico molecular son una oportunidad para las empresas farmacéuticas catalanas y españolas, que pueden aspirar a ser líderes internacionales en este sector con una inversión y un esfuerzo realista y posible.

El segundo ejemplo es el proyecto GENIUS PHARMA: desarrollo de fármacos en fases precompetitivas. En este proyecto también colaboran empresas y laboratorios farmacéuticos, centros e institutos de investigación.

El objetivo del proyecto es desarrollar, consolidar y explotar, en el ámbito nacional, plataformas tecnológicas y buenas prácticas en el proceso de descubrimiento de medicamentos innovadores (etapas que van desde la identificación de dianas terapéuticas hasta la identificación de candidatos para el desarrollo preclínico). Con el objetivo de validar las plataformas tecnológicas en distintos ámbitos y minimizar los problemas potenciales de competencia, las empresas farmacéuticas participantes trabajarán en los campos terapéuticos en los que está focalizada su investigación.

Así pues, y para concluir, nos encontramos en un entorno en el que trabajar de forma eficiente y con calidad es un requisito indispensable, pero no siempre suficiente. La innovación se ha convertido en un elemento importante de competitividad que debe incorporarse también en la gestión estratégica de la empresa y de las organizaciones.

El sector de la asistencia sanitaria no es ajeno a esta realidad y también debe apostar por la innovación para mejorar y ser competitivo. La gestión de la innovación puede ser la clave del éxito y ya hay algunos casos de referencia a tener en cuenta.

Las administraciones nos hemos dado cuenta de la importancia de la innovación y ofrecemos distintos programas y actuaciones para dar soporte a la sistematización de la innovación y al desarrollo de proyectos de I+D e innovación. Es importante que la Administración, las organizaciones y las empresas cooperemos y trabajemos conjuntamente para incorporar esta cultura de la innovación, que con toda seguridad generará ventajas competitivas para el futuro.

No todo vale. Una reflexión empresarial desde la construcción y la industria

Pilar Almagro Marcos

Dirección General. Grupo VertiSub.

Son éstas unas reflexiones producto de la andadura durante 17 años de una empresa del sector de la construcción y la industria. Son reflexiones que acaban coincidiendo en su base en lo laboral y lo personal, y es por ello que probablemente también se le encuentre aplicación en sectores tan alejados como es el asistencial. En nuestro caso, aplicar estas reflexiones como principios rectores en nuestro quehacer diario nos ha convertido en empresa de referencia y se nos ha requerido, por ello, a formar parte de comités ejecutivos y juntas directivas de gremios, patronales y universidades de prestigio, dentro y fuera de nuestro país.

En nuestra civilización tecnocientífica las cosas –e incluso las personas– se valoran como intercambiables y equivalentes. Les asignamos un precio, uso y caducidad.

A menudo, a las personas y a las cosas que no se acomodan a nuestro bienestar, las destruimos, provocando a veces pérdidas de talento y desdichas innecesarias.

Hemos de considerar que vivimos inmersos en incoherencias; así, no es coherente que nuestra sociedad occidental individualista carezca de fuertes individualidades singulares y plenas. Tampoco es coherente que pretendamos crecer en el estado del bienestar, en oportunidades, en justicia, en paz y seguridad si sus individuos renuncian a la autodisciplina, ceden al bienestar superfluo y a la rutina. Se igualan, se reducen, dimiten de responsabilidades, desisten de ilusiones, se resignan a reducir sus libertades, a perder el espíritu de sacrificio y el anhelo de grandeza. Si se abandona ante la adversidad y el dolor. Si se prefiere la vergüenza al sufrimiento. No todo vale para lograr la humanidad. Pero la empresa excelente ha de saber reconocer y minimizar estas incoherencias.

Sin esfuerzo, no hay fuerza

Sin fuerza, el humano es impotente; derrocha lo que no ha ganado, ejerce con incoherencia una moral que no ha pensado, camina con inconstancia hacia una meta marcada (por otros). Nadie sabe (ni tan solo él mismo) lo que se puede esperar de él, pues sus más puros instintos vitales están debilitados y cederán con facilidad al ablandamiento de la pereza y a la inercia de la costumbre.

El débil se afirma cuando niega a su rival, cuando muestra indiferencia ante mejores argumentos y desfavorece a quien es mejor que él. Y es que aquello que tan fácilmente simula un triunfo y consuela hacia dentro suele engendrar animosidad hacia fuera. El débil es pues un incompetente y un desesperanzado. Esta actitud se aprecia en aquellos jefes que no permiten el ascenso de las personas sobresalientes bajo su mando. Se aprecia en la política cuando se elige antes a quien nos apoya que a quien mejor va a dirigir la cosa pública y se aprecia incluso en la academia o en la clínica mediante la concesión de becas o ascensos a quienes mejor medran, en detrimento de los excelentes.

Por eso, lo que reconocemos como máximamente valioso se ha de mantener a resguardo sin opción de negociación posible.

FIGURA 1. **Lo valioso constituye la génesis del anhelo, la nobleza y el valor. Nos reta, nos expone, nos arriesga, nos apasiona, nos da la vida humana**

En la Grecia Antigua decían que lo propio del hombre era proponerse finalidades, pero no toda finalidad era una finalidad propia del ser humano. Por ejemplo, nunca se debía dar prioridad a una finalidad particular por encima de las que atañen a nuestra humanidad, pues era impensable la posibilidad de no perjudicarse personalmente perjudicando a los otros; constituía una contradicción, un absurdo. Aún la exigencia iba más allá considerando que si todo lo que hago repercute en los otros, lo que no hago, también. De este modo, omitir o desentenderme de lo que creo que debo hacer de mí mismo, perjudica a los demás a la vez que me perjudica a mí. Ahondando aún más, podemos decir que quien renuncia a *lo que puede llegar a ser,* a progresar, se hace a sí mismo incompetente para serlo, abandonándose a la atrofia de sus facultades. Y al contrario, quien se ha ejercitado durante su vida en elevar sus potencias, tendrá mucha dificultad en resignarse a empequeñecerse, desmentirse, a desatender la amplitud de su vida. Y eso que es aplicable a las personas lo es también en aquellas empresas dependientes del factor humano.

En nuestra compañía tenemos colgados en la pared unos pictogramas chinos (Figura 2).

Peligro **Oportunidad oculta**

FIGURA 2. **Pictogramas chinos (el concepto "cambio" está formado por la suma de dos pictogramas, el primero representa peligro, el segundo oportunidad oculta)**

El concepto "cambio" está formado por la suma de dos pictogramas, el primero representa peligro, el segundo oportunidad oculta. Así, el cambio elegido libremente nos expone pero, a la vez, nos permite explorar nuevos caminos. Aquella persona –o empresa– que ha acumulado un patrimonio en cuanto a conocimientos y manera de ser afrontará dicho cambio como una progresión, no como una radical alteración de rumbo.

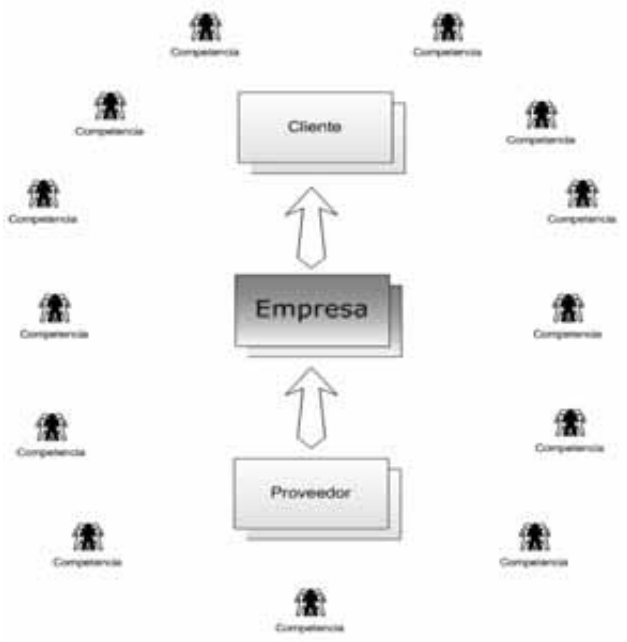


FIGURA 3. **Una empresa es un proceso dependiente en el que están implicados proveedores, clientes y competencia**

Si consideramos que cualquier finalidad que nos propongamos nos implica, no podemos desentendernos de cómo hacerlo. No todo vale. Hay una manera correcta, noble y elegante de hacer las cosas, tanto en nuestra vida privada como en la profesional. No es "la acción por la acción". Dado que una empresa es un proceso dependiente en el que están implicados proveedores, clientes y competencia (Figura 3) y que tiene como sustrato el momento social histórico y cultural en el que se desarrolla, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

– Es impensable no perjudicarme como empresa, perjudicando a clientes o proveedores, incluso a la competencia (porque rompo las reglas profesionales).
– Pero, además, cualquier perjuicio provocado interna o externamente contra mi empresa es un perjuicio contra mis clientes y contra mis proveedores posteriormente, que rompe la cadena de valor.
– Elegir y equivocarse. Cuando elijo lo que parece que me va a beneficiar pero a la larga me perjudica, he sucumbido a las apariencias, obviando lo que me hace más empresa.
– De este modo, cuando se comete un error, éste va contra uno mismo pero no sólo contra uno mismo.

¿Qué es lo valioso?

Valioso es cumplir las promesas (los compromisos, los acuerdos). Las promesas tienen entidad, porque presuponen el respeto al otro. Sin confianza en las promesas, la comunidad de seres humanos se destruye; las relaciones entre las empresas se degradan, la política produce desconfianza, los maestros pierden ascendencia sobre sus alumnos y el personal sanitario sobre los enfermos. En este entorno la amistad no es posible.

Valiosa es la verdad porque tiene cualidades reconocibles por cualquier ser racional que no tiene la mentira. Su valor es admitido incluso por quien miente, pues utiliza la verdad de los otros en su beneficio. La mentira se sustenta en la verdad de los demás.

Valioso es defender que no todo vale en la vida privada, en la vida laboral y en la vida social (Figura 4). Valioso es el amigo y lo más valioso de todo es el amor. Lo *valioso* constituye la génesis del anhelo, la nobleza y el valor, del desbordamiento y trascendencia. Nos reta, nos expone, nos arriesga, nos apasiona, nos da la *vida* humana.

Quien es tan débil que se revela incapaz de preservar lo valioso de toda negociación, lo ha perdido *todo*, acaso también la capacidad de reconocerlo.

FIGURA 4. **Valioso es defender que no todo vale**

Innovación en el sector de la alimentación

Carles Nin

Dirección de Investigación y Desarrollo. PANRICO.

El sector alimentario en continua evolución

El sector de la alimentación tiene un mercado muy maduro con un crecimiento que se ha estancado durante los últimos años. La dinamización se activa básicamente debido a los cambios socioculturales y económicos que ha habido durante las últimas décadas.

Cada vez hay más países y más población con un producto interior bruto (PIB) más elevado, lo que hace que haya más acceso a más bienes de consumo y a más alimentos y, además, más elaborados.

Por otro lado, la sociedad está en continuo cambio. Cambian las estructuras familiares: familias con menor número de hijos, familias monoparentales, familias sin hijos.

Otro factor a tener cada vez más en cuenta es que se ha incrementado la edad media de la población. Cada vez hay más gente mayor *(seniors),* con distintas necesidades, en nuestras familias.

También han cambiado los hábitos alimentarios:

– Las mujeres han entrado en el mundo laboral. Históricamente la mujer era el miembro familiar que confeccionaba las comidas y era el núcleo familiar.
– El mayor alejamiento de los puestos de trabajo de los hogares hace que aumenten las comidas fuera del hogar.
– Los niños comen cada vez más fuera de casa. Se calcula que cerca del 50% de los niños españoles come en las escuelas.
– Cada vez hay más población inmigrante con culturas alimenticias diversas. En los últimos 10 años la cifra no ha dejado de aumentar. Y ha llegado a convertirse en un punto fuerte de la sociedad. Los datos oficiales revelan que alrededor del 8% de la población es inmigrante; sin embargo, hay un número considerable de extranjeros sin papeles en el país. En el año 2015, el 27% de la población será extranjera, es decir, 11 millones de personas aproximadamente (Fuente: *Study of Foundation* FUNCAS).
– La frecuencia de las comidas (o actos de consumo alimenticio) ha variado de forma muy importante; ha aumentado el número de tomas y se ha introducido cada vez más el fenómeno del *snacking* o picoteo con porciones más pequeñas.

Además, si miramos las tendencias del mercado en general, no sólo el agroalimentario, observamos:

– Una disminución del ciclo de vida de los productos y servicios.
– Una oferta muy superior a la demanda; esto implica una necesidad de dar valor diferencial.
– Una competencia en coste deslocalizada (ventaja comparativa).
– La calidad como factor "higiénico".
– Una mayor preocupación por la salud.
– De la producción masiva se ha pasado a la personalización masiva.
– Un entorno tecnológico turbulento: polarización y necesidad de estrategia.
– La sostenibilidad ecológica (energía, medio ambiente, contaminación).

Las tendencias del mercado alimentario van en paralelo a estas tendencias del mercado:

– Cada vez más en las familias se dedica un tanto por ciento de los ingresos totales inferior a las comidas en casa; se han cambiado las prioridades de gasto hacia el ocio y el pago de alquileres y/o hipotecas. Por lo tanto, el factor precio empieza a ser un factor clave en las familias.
– Ha entrado la publicidad ya de forma definitiva en nuestras vidas. Los impactos en televisión, radio, revistas e Internet cada vez son mayores en el mundo alimentario e influyen en gran manera en el consumo.
– Se ha incrementado el hedonismo: se buscan alimentos unipersonales y placer no compartido. Como hemos dicho antes, se está pasando a formatos más pequeños, o sea, cada uno come lo que quiere en casa, no toda la unidad familiar come lo mismo.
– Se hace imprescindible la conveniencia en el almacenamiento, facilidad de preparación y uso de los alimentos. Ello conlleva el desarrollo de nuevos materiales de envasado, formatos de envasado, envases que aguanten tratamientos térmicos, cambios de temperatura, transporte, etc. También existe la necesidad de identificar y trazar convenientemente los productos.
– Crecen los productos de muy bajo precio y los productos muy exclusivos. Hay una polarización muy clara de consumo entre marcas de distribución y marcas de valor añadido en cuanto al precio. Cada vez disminuyen más las diferencias en cuanto a calidad.
– Crecen las tiendas de gran descuento muy baratas y crecen las tiendas especializadas.
– Crecen las marcas de distribución, que alcanzan niveles del 28% del total del mercado.
– La calidad ya no es un valor en la alimentación, se supone que todos los productos en el mercado ya cumplen las normativas de calidad. La Administración se ha posicionado de forma muy clara en este sentido y ha ampliado las reglamentaciones (trazabilidad, alergenos, GMO, alegaciones, etc.).
– Ha habido avances significativos en el conocimiento sobre la nutrición más adecuada. Se han desarrollado pro-

gramas específicos contra la malnutrición (hipertensión, obesidad, etc.).
– Ha aumentado mucho el culto al cuerpo y la preocupación por la salud, por lo que se han desarrollado mucho las gamas *light* y de "alimentos funcionales", y se controla mucho más y mejor la composición nutricional de los alimentos.

¿Cómo afrontar estos cambios por parte de las empresas?

Por todo ello, las empresas, dentro de sus planes estratégicos, han tenido que incorporar de forma sistemática la innovación como pilar esencial de sustentación y palanca de crecimiento para, de esta manera, mantener la rentabilización de las estructuras existentes, para competir de forma efectiva en el mercado con los cambios socioculturales antes descritos, para incrementar el valor de la compañía *(know-how,* patentes, exclusividades), para adecuar los productos y procesos a los requisitos nutricionales y legales que se van desarrollando y para crear barreras en los mercados (productos o procesos difíciles de copiar).

Para impulsar la innovación debe, además de existir una voluntad estratégica clara cara al futuro, haber los recursos necesarios para llevarla a cabo. Los últimos estudios realizados sobre la inversión media realizada en las empresas del sector en España muestran que en el año 2004 estaba por debajo del 1% (en Cataluña alrededor del 1,2%); en Europa, la media era del 2% y en Japón del 3% del PIB (Fuente: EUROSTAT 2004).

Los modelos de utilización de los recursos han ido modificándose y las empresas, para avanzar más y de forma más potente en la innovación, a parte de consolidar equipos internos potentes, cada vez se apoyan más en recursos externos que están más cerca de las innovaciones tecnológicas globales y tienen conocimientos más especializados sobre investigación básica, y dejan para el desarrollo interno la aplicación de estas tecnologías.

La innovación, tecnológicamente hablando, se puede basar en:
– El cambio o adecuación de los ingredientes (nuevas formulaciones). En el mercado cada vez hay más variedad de materias primas, ingredientes y aditivos, con funcionalidades más diversas y con especificaciones más definidas.
– Cambios en los procesos que nos aportan las nuevas tecnologías. Han entrado la robótica, la biotecnología, la nanotecnología, etc.
– Desarrollo de los materiales de *packaging*. Se diseñan nuevos tipos de contenedores, materiales con más funcionalismo, atmósferas modificadas, etc.
– Cambios en la distribución. Se precisan ciclos de vida distintos y formatos distintos.

También podemos hacer una categorización de los proyectos de innovación dentro de las empresas de la alimentación en función del objetivo. Así, podemos hacer un desglose de la siguiente forma:
– Proyectos de revisión y mejora de los productos existentes, utilización de nuevos ingredientes y nuevos procesos para mejorar en la calidad organoléptica, la composición nutricional y la conveniencia.
– Proyectos de ahorros: ingredientes más económicos, mejor balance de ingredientes, procesos más eficientes y procesos más automatizados.
– Proyectos de lanzamiento de nuevos productos: extensiones de gama, nuevas líneas de producto, productos de novedad mundial y alimentos funcionales.

De los nuevos productos que se desarrollan en el sector alimentario, tan solo el 10 % de los mismos se pueden considerar como productos de éxito, y de éstos, al cabo de 3 años tan solo quedan el 30 % en el mercado (Fuente: IRI 2006).

A los españoles no les gusta variar de alimentos. Entre los años 2005 y 2006 se lanzaron en el mercado más de 1.100 productos: cerca del 65% de los mismos eran productos de alimentación seca, entre los que destacaban los dulces, yogures, bollería pastelería, postres, etc., o sea, en su mayoría orientados a los niños y jóvenes, que son menos reacios a cambios y a probar nuevos productos.

Últimamente, en este sector, los factores económicos y nutricionales son una palanca de desarrollo e innovación muy importante.

Han aumentado muchísimo los precios de algunas materias primas muy básicas como las harinas y sus derivados así como los de las grasas y aceites debido a la utilización de estos materiales para elaborar biocombustibles.

Por otro lado, debido al aumento del conocimiento nutricional de los alimentos y a los problemas de los malos hábitos de consumo (porciones excesivas, poca variedad de alimentos y sedentarismo), las empresas han incorporado, en su mayoría, el compromiso de adecuar en lo posible la composición de sus productos sin perder sus características organolépticas.

Estos dos factores, en los cuales se está invirtiendo en innovación, no aportan, generalmente, nuevos productos de alto valor añadido para el consumidor, por lo que se pueden considerar como estratégicos de sustentación del negocio.

Si concretamos aún más en el sector de la panadería, bollería y pastelería, la innovación está dirigida para solventar básicamente los márgenes de producto escasos en este sector, los cambios rápidos en la demanda (estilo de vida del consumidor), la elevada competencia (dificultades para sobrevivir las empresas de pequeño tamaño, número creciente de marcas y productos en los lineales, cambios muy importantes en la distribución), la globalización (apertura de mercados, aumento del comercio mundial, entrada de productos de otros países), los precios mundiales de las materias primas y la adecuación nutricional.

La innovación en Panrico Donuts

Si hablamos de la empresa Panrico Donuts, la innovación es un pilar fundamental para la sostenibilidad y crecimiento del negocio. Durante los últimos años se han incrementado (doblado) los recursos para tener más y mejores productos en el mercado y poder competir con dignidad como líder claro en el segmento de la panadería y la bollería de marca.

Para ello disponemos de un equipo de más de 20 personas (tecnólogos con un nivel académico elevado) dedicadas

exclusivamente a actividades de investigación y desarrollo (I+D). Disponemos de instalaciones para llevar a cabo esta actividad (dos plantas piloto, laboratorios de control analítico de desarrollo, cámaras de almacenamientos y aulas de formación interna).

Para gestionar bien un número elevado de proyectos y un equipo tan grande es muy importante disponer de un procedimiento y una organización efectivos, para ello tenemos implementado un sistema de gestión de la innovación siguiendo la Norma UNE 166002.

La formación continuada de todo el personal de I+D es también una de las preocupaciones de nuestra empresa para disponer en todo momento del conocimiento de todas las innovaciones del mercado.

Las colaboraciones externas son imprescindibles para no perder oportunidades y poder realizar de forma efectiva todas las tareas de desarrollo de un número importante de proyectos; por eso, nos apoyamos en los mejores proveedores, que tienen a su disposición desarrollos tecnológicos muy importantes, y también disponemos de los recursos necesarios para contratar y conseguir los servicios externos necesarios para complementar dichas tareas de desarrollo en las que otros centros tecnológicos o universidades nos pueden ayudar.

Todo ello nos ha llevado a multiplicar por más de tres el aporte de la facturación de nuevos productos respecto a los existentes, y algunos de ellos ya se están consolidando en ventas de forma muy importante.

Como la mayoría de los segmentos del sector de la alimentación, el de la panadería y la bollería, y concretamente Panrico Donuts, invierte buena parte de sus recursos en I+D. Además del lanzamiento de nuevos productos, también invierte en la adecuación nutricional de los productos existentes ya que es una de las empresas impulsoras, junto a la Administración, de la Estrategia NAOS para combatir la obesidad. Para ello estamos estudiando los materiales más avanzados y los procesos más sofisticados para lograr tener un producto con las mismas características organolépticas pero con mejores perfiles nutricionales, si cabe.

De cara al futuro, el objetivo de las empresas líderes como Panrico Donuts, y todas las del sector de la alimentación en general, deberá apoyarse en la innovación para, de esta forma, mantenerse en este liderazgo y diferenciarse de la competencia ya que, como se ha dicho con anterioridad, los cambios socioeconómicos y las nuevas tecnologías no dan respiro y dejan en poco tiempo obsoletos los productos y los procesos.

Las 4 claves de cómo está innovando FUTURLINK

David Masó

Dirección General. FUTURLINK.

FUTURLINK proporciona tecnología que permite crear nuevos paradigmas para la comunicación en el punto de venta y sistemas de distribución de contenidos; se basa en la proximidad de los teléfonos móviles y utiliza tecnologías *wireless* incorporadas en los teléfonos móviles como *Bluetooth, Wi-Fi* o NFC.

Los productos de FUTURLINK incluyen tanto hardware como plataformas de software sofisticadas.

El hardware son unos puntos de acceso que se sitúan en el punto de venta y permiten la interacción con los teléfonos móviles de los consumidores utilizando tecnologías como *Bluetooth* o *Wi-Fi* (Figura 1).

FIGURA 1. **Puntos de acceso (hardware)**

El software que proporciona FUTURLINK permite facilitar al punto de venta y a las marcas la creación de contenidos avanzados para más de 800 modelos diferentes de teléfonos móviles, planificar de forma remota los contenidos de multitud de puntos de venta y obtener estadísticas en tiempo real (Figura 2).

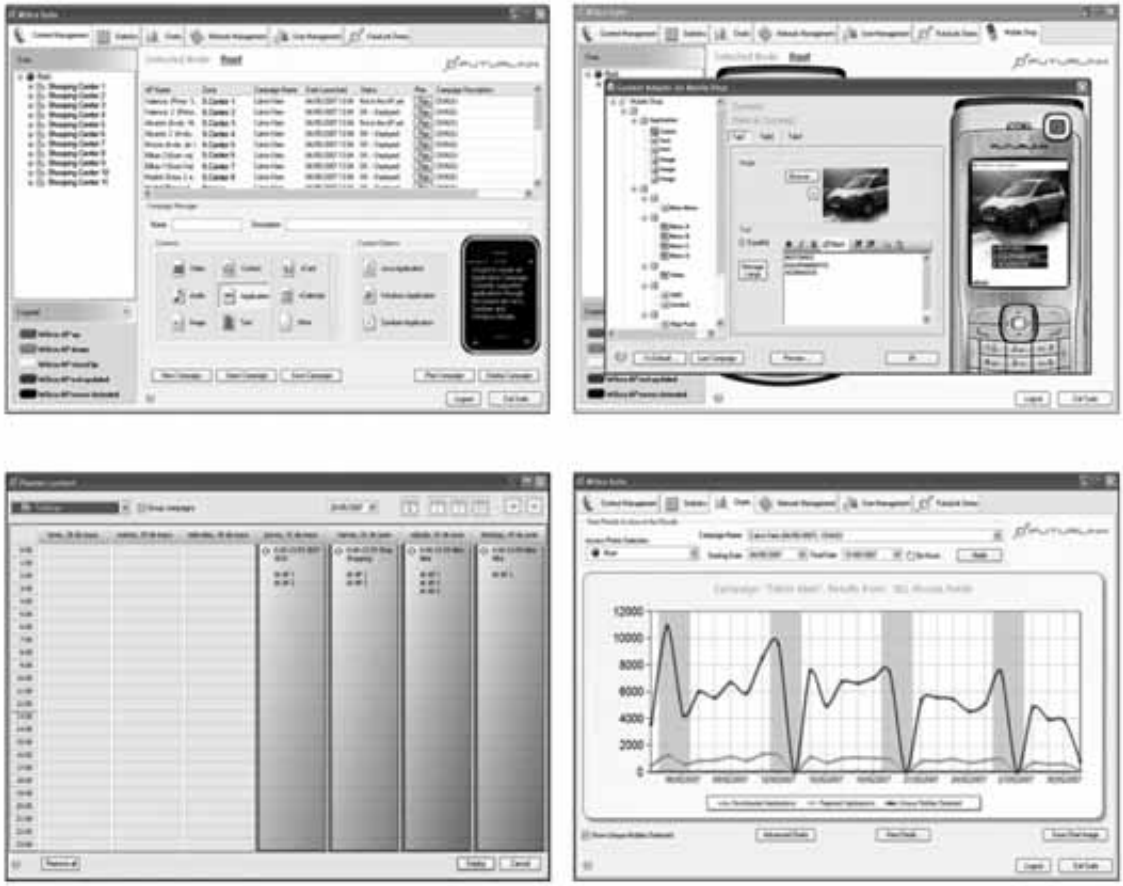


FIGURA 2. **Software de FUTURLINK. Algunos ejemplos**

En estos momentos, FUTURLINK tiene clientes en más de 40 países, en un mercado en pleno crecimiento que exige un nivel de innovación constante, tanto para mantener el liderazgo tecnológico como para adaptarse a los cambios tecnológicos constantes que ocurren en el campo de la telefonía móvil.

En este escenario, ¿como está enfocando FUTURLINK su proceso de innovación?

FUTURLINK dispone de un importante departamento de I+D+I compuesto por 18 personas que colaboran con las áreas de desarrollo de negocio de la compañía para realizar una innovación de producto aplicada a la demanda de mercado. Eso significa que en FUTURLINK se innova siempre pensando en necesidades reales de mercado a corto o medio plazo.

En todo el proceso de innovación hay una serie de elementos importantes a mencionar:

– La innovación es una cultura de hacer empresa para FUTURLINK
– El área de I+D+I es a la que se destinan más recursos en la empresa, más del 50 % del presupuesto total de la compañía
– FUTURLINK entiende que la economía del conocimiento será la más rentable a medio-largo plazo

El ciclo de desarrollo de producto está entre 2 y 3 años, de manera que FUTURLINK aplica una estrategia de lanzar productos pioneros, buscando "océanos azules con pocos tiburones". Una vez el producto está en el mercado, éste sigue recibiendo innovaciones incrementales cada 3 o 6 meses (Figura 3).

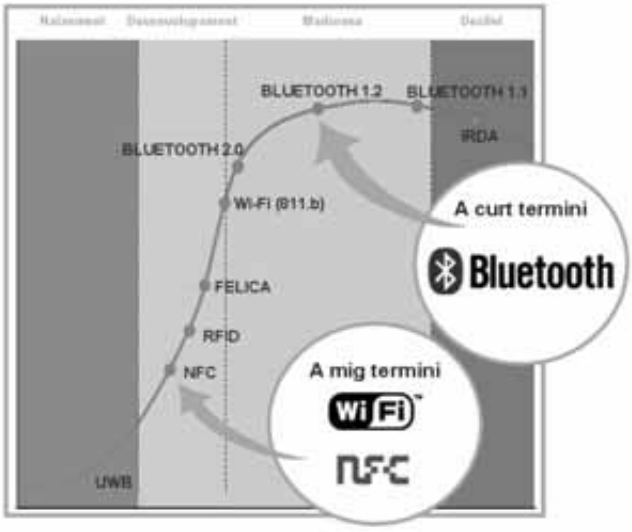


FIGURA 3. **Ciclo de desarrollo de producto**

Cada producto está alineado con la estrategia de la empresa y se realiza un plan de negocio. Se intenta involucrar a los clientes potenciales que comprarán el producto de aquí a 2 o 3 años. Con este método, muchas funcionalidades mueren por el camino pero también aparecen de nuevas que hacen que el producto sea un *killer* de mercado. FUTURLINK no empieza ninguna innovación de producto si no está adaptada a las necesidades de mercado y no dispone de un modelo de negocio claro.

Es muy importante entender que, cuando se está innovando, nos encontramos en un ecosistema interrelacionado. En el caso de FUTURLINK, las innovaciones realizadas sólo van a tener éxito si todos los nodos del siguiente ecosistema vibran en la misma dirección:

– Terminales móviles: necesidad de que los fabricantes incorporen tecnologías *wireless* como *Bluetooth, Wi-Fi* y NFC, así como capacidades multimedia avanzadas.
– Protocolos: necesidad de que los organismos que definen los protocolos inalámbricos se pongan de acuerdo en los estándares.
– Operadores: necesidad de que promuevan que los teléfonos móviles que venden incorporen las funcionalidades que la tecnología de FUTURLINK necesita.
– Usuarios: necesidad de que los usuarios vean utilidades en la tecnología que se les proporciona.

FUTURLINK observa 4 grandes retos en su proceso de innovación:

1) Mercado global muy bien conectado:
   FUTURLINK diseña los productos pensando desde el principio en un mercado global. Es importante ser atrevidos, sin complejos y entender que, para un producto tecnológico, el mercado es el mundo. Si no se realiza este paso, los competidores vendrán pronto y serán más fuertes, ya que ellos sí que habrán pensado en productos globales.
2) Demanda de productos cada vez más sofisticados:
   FUTURLINK debe centrarse en sus competencias de I+D+I que son *core-business* y cooperar con otras empresas o universidades para realizar el resto de sus productos, y conseguir mejorar así el *time-to-market* e incrementar la calidad del producto.
3) Inversiones importantes para ser excelentes:
   La innovación de producto requiere importantes inversiones. FUTURLINK soluciona este reto invitando a socios nuevos que nos acompañan durante el camino de manera temporal mediante *venture capital*. Es un *win-win*.
4) Reinventarse cada año:
   En el campo de las tecnologías de telefonía móvil, el ritmo es tan elevado que es necesario reinventase cada 6 meses para conseguir consolidad la compañía con nuevas visiones de producto complementarias, nuevos modelos de negocio o nuevas oportunidades.

Los retos que aporta la innovación se deben superar a través de una cultura de empresa. En FUTURLINK somos atrevidos, colaboradores, abiertos y dinámicos.

La calidad asistencial desde la perspectiva de los pacientes

Ana Etchenique

Relaciones Institucionales de CECU (Confederación de Consumidores y Usuarios). Presidenta de AUS (Asociación de Usuarios de la Sanidad).

El sistema sanitario español partió de una realidad política y socioeconómica que no tiene nada que ver con la situación actual.

La participación de los ciudadanos hubiera sido impensable hace unos años y ahora es imprescindible trabajar en la creación de espacios donde ésta sea real y eficaz.

En la actualidad, el ciudadano de a pie considera, con razón, que la reclamación –única vía posible de hacerse oír– sólo lleva a un laberinto burocrático lento y frustrante; y tiene razón. Estos procedimientos hacen que ni siquiera sirvan para recabar y analizar datos y, mucho menos, para corregir los problemas denunciados.

El comportamiento del usuario del sistema sanitario es diferente cuando reclama por la atención recibida que cuando lo hace como consumidor en la adquisición o uso de cualquier otro tipo de bienes o servicios. Aún así, en España se reclama menos que en otros países de nuestro entorno.

La cultura de la reclamación se asienta en España tras el dramático escándalo del aceite de colza adulterado. Es tras este hecho cuando surge la primera Ley de Consumo, en 1984. Recientemente, en diciembre de 2006, se promulga la Ley de Mejora.

Pero la lógica del ciudadano respecto a sus derechos como consumidor/usuario y la realidad vivida ante un procedimiento de reclamación, hace que la mayoría de las personas renuncien *a priori* a ejercer sus derechos.

Cuando abordamos las reclamaciones en las relaciones paciente/usuario de la sanidad con los profesionales del sistema surgen, además, otros condicionantes que no podemos pasar por alto. Las dificultades se acrecientan por la situación física y anímica del paciente (en este caso sí lo es) y lo complejo de la burocracia y de las diferentes actitudes de los profesionales del sistema.

El ciudadano no acude libremente ante un deseo o necesidad de acceder a un bien o un servicio; lo hace por una necesidad, la más básica, y sin la información necesaria para elegir o decidir. Además, lo hace acompañado por el peor enemigo del ser humano: el miedo.

Por otro lado, las características psicológicas (y a veces sociales) de los *pacientes* hacen que exista, de entrada, una actitud pasiva que a veces parece incluso sumisión. Si añadimos a esto lo obsoleto del Sistema Nacional de Salud en cuanto a la comunicación con sus usuarios, tenemos un panorama muy complejo y frustrante para todos, incluso en situaciones sencillas y que se resuelven correctamente.

En CECU y en AUS hemos tramitado reclamaciones al Sistema Nacional de Salud y a la sanidad privada durante años. Éstas se nos plantean ante casos de negligencias muy graves o por ciudadanos con un nivel alto de exigencia de sus derechos. La mayoría de los ciudadanos cree que no merece la pena ni protestar; desconoce los cauces, tiene dificultades para conseguir la documentación necesaria, no quiere enfrentarse al médico, etc. Las causas son muy diversas, pero el resultado es que ni los responsables de los diferentes ámbitos de la sanidad conocen realmente las incidencias en los diferentes niveles del sistema sanitario. Muchos de los problemas podrían resolverse fácilmente.

Después de muchos años, observando la evolución de la sociedad española y la pirámide de población, ya se ven situaciones muy complejas que requieren un gran esfuerzo de todos para abordar seriamente las posibles soluciones en lo que respecta a la organización. Si, por otro lado, valoramos el resultado de las transferencias a las Comunidades Autónomas, nos encontramos con demasiados casos de discriminación por edad, por lugar de residencia y por la situación socioeconómica. No podemos negar que son situaciones inconstitucionales.

La primera respuesta social ha sido la proliferación de asociaciones de afectados por enfermedades concretas. Casi siempre se trata de enfermedades crónicas con diferentes niveles de invalidez. Aquí ya nos encontramos con una situación diferente a los orígenes del sistema sanitario: en aquellos momentos la mayoría de los casos eran agudos y la población era muy joven.

En este caso, las asociaciones plantean su actividad, lógicamente, en torno al diagnóstico, tratamiento, formación de los profesionales, apoyo a los familiares, etc. Hay pocas organizaciones que aborden la sanidad de una forma global.

¿Qué soluciones se pueden plantear? ¿Qué participación de los ciudadanos es posible?

En primer lugar, no hablemos de pacientes. En el derecho a la prevención somos ciudadanos sanos. No debemos abandonar el concepto de ciudadano que implica la existencia de derechos. No debemos hablar de consumidores, aunque en los ámbitos de influencia de los *lobbies* europeos de la industria farmacéutica y tecnológica quieran que sea el término a usar. No somos consumidores: el consumidor decide y elige libremente cómo resolver una necesidad o un deseo. En la sanidad, el ciudadano es usuario de unos servicios en los que la elección se ve muy limitada a la oferta y a la estructura a su alcance. Por otro lado, tenemos posibilidades de obtener información y la posibilidad del acceso a Internet, lejos de resolver, ha creado problemas nuevos.

La única manera que vemos para abordar un urgente análisis de la situación es con un enfoque global y sistémico.

Hay que empezar por hacer una puesta en común, entre todos los actores del sistema, de cuáles son los problemas principales y cómo afectan a cada uno de los colectivos. Para seguir, hay que acordar qué modelo de sanidad es posible. En CECU pensamos que el modelo común a todos los ciudadanos debe ser público y de acceso universal.

Se sigue considerando el modelo español como uno de los mejores, pero es evidente que el deterioro en los últimos años ha sido notable, sobre todo en algunas comunidades autónomas.

Repensar el modelo y reivindicar los aspectos positivos que ya hemos conocido en un pasado no muy lejano es una responsabilidad de todos. No sólo ante los ciudadanos más vulnerables (mayores, niños, inmigrantes, toxicómanos, etc.), también ante los países en desarrollo que necesitan el ejemplo visible de lo posible. Debemos crear un modelo, como lo hicieron los países más desarrollados en el siglo pasado.

La rentabilidad de la atención sanitaria debe hacerse desde una visión económico-social en el contexto de una sociedad con vocación de justicia y redistribución de la riqueza. Una sociedad sana, con hábitos saludables, ofrece muchas más oportunidades de prosperar a sus ciudadanos.

Partimos de una situación envidiable para la mayor parte de los habitantes de nuestro planeta: contamos con una democracia. Esto significa que podemos influir y decidir sobre cualquier cuestión y más cuando se trata de algo tan básico para el ser humano como es la atención sanitaria. En el siglo XXI, tanto los usuarios de la sanidad como los profesionales de la salud estamos en un nuevo paradigma. Debemos participar democráticamente, no sólo votando cada cuatro años a nuestros representantes. Debemos expresar permanentemente nuestras inquietudes y expectativas, así como exigir el cumplimiento de nuestros derechos. No podemos encontrarnos con situaciones sin conocer cómo ni porqué se han tomado decisiones que nos afectan tan directamente.

Para esto es necesario que haya una clara voluntad política y ésta sólo se puede valorar objetivamente en los presupuestos. La prevención, la educación de los ciudadanos, la formación de los profesionales de la sanidad, la revisión permanente de los resultados, la investigación científica, el apoyo a las asociaciones de ciudadanos relacionadas con la salud, la infancia, los mayores, las mujeres, los jóvenes, etc. deben ser contemplados por la Administración como activos e inversiones en futuro y en la calidad de vida de los ciudadanos individual y colectivamente.

Debe ser un enfoque sistémico: hay que definir los roles de cada actor del sistema; deben encajar como piezas de un rompecabezas, donde el todo sea más que la suma de las partes, con sus conjuntos de interrelaciones e interdependencias, capaz de funcionar integradamente como un organismo autoorganizado. Hay que diseñar espacios y tiempos para mantener una comunicación fluida. Debemos seleccionar a las personas adecuadas para que en esa interacción y diálogo surjan propuestas y críticas creativas y así se vaya construyendo día a día el modelo de atención del que se beneficie toda la población.

Queremos proponer una forma de participación partiendo de la madurez de los ciudadanos y el momento en el que se encuentran los profesionales y administradores de la sanidad. La calidad en el puesto de trabajo de los profesionales del sistema sanitario tiene que ser una reivindicación de toda la sociedad. Nuestro sistema actual funciona gracias a un porcentaje de médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos que son auténticos vocacionales. Si no fuera por ellos y ellas, el sistema se hubiera colapsado.

Somos, simultáneamente, ciudadanos, pacientes y usuarios. Como individuos podemos ser trabajadores por cuenta ajena, funcionarios, autónomos o parados; podemos padecer enfermedades agudas o crónicas o estar sanos; además somos alumnos, padres o madres, vecinos, consumidores o ecologistas, etc.; podemos ser carpinteros, abogados del estado, médicos o matemáticos; podemos tener una gran familia o estar solos…

Con esto quiero decir que nuestro sistema de salud tiene que responder a las necesidades de las personas de verdad. Personas que pueden estar afectadas por problemas físicos, psicológicos y/o sociales.

Necesitamos que los profesionales sean personas con vocación de velar por nuestra salud: personas que están orgullosas de su trabajo y que son valoradas por la sociedad.

Queremos ser atendidos en un entorno próximo y familiar, donde los ciudadanos-pacientes-usuarios nos encontremos con personas que, amablemente, nos den las citas, nos atiendan, nos receten, etc. y que no nos abandonen cuando tenemos que acudir al especialista o ir al hospital o cuando nos toque morir.

Todos sabemos que las soluciones van ligadas a las personas. La calidad de las personas hace que cualquier interacción (sea diálogo, información, negociación o cualquier otra) sea constructiva o todo lo contrario.

Ahora, el reto es abrirnos a todas las propuestas encaminadas a encontrar a las personas, espacios y tiempos donde empezar este viaje; un viaje apasionante hacia la reorganización de un sistema sanitario en el que todos seamos escuchados, apoyados y atendidos para sentirnos ciudadanos en una sociedad más sana y basada en el cumplimiento de los derechos propios de una democracia real.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bavelas PJ, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Ed. Herder; 1967.
2. Watzlawick P, Weakland JH, Fisco R. Cambio. Ed. Herder; 1974.
3. Diagnosing the system for organisations. London: John Wiley & Sons; 1985.
4. World Public Sector Report 2003: E-government and the crossroads. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2003, p. 93.
5. Walker J. The viable systems model. A guide for co-operatives and federations; 1991.

6. Espinosa A, Walker J. Autonomy, participation, and democracy. Questions from applied cybernetics.
7. Espejo R. Structure for transparency in nuclear waste management. 2002.
8. Capra F. La trama de la vida. Ed. Anagrama; 1998.
9. Principia Cibernética Web. Cybernetics and systems thinkers. http://pespmc1.vub.ac.be/CSTHINK.html. Acceso el 6 de agosto de 2007.
10. Maturana H, Varela F. The tree of knowledge. The biological roots of human understanding". Shambhala Publications; 1991.
11. Maturana H, Verden-Zollen G. Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano, desde el patriarcado a la democracia. Santiago de Chile: Instituto de Terapia Cognitiva, Ed. INTECO; 1997.
12. Espejo R, Harnden R. The viable system model: interpretations and applications of Stafford Beer's VSM. London: John Wiley & Sons; 1989.
13. Fukuyama F. The great disruption: human nature and the reconstitution of the social order. London: Profile Books; 1999.
14. Stafford B. Managing modern complexity. Futures; 1970, p. 114-22.
15. Stafford B. Managing modern complexity. Futures; 1970, p. 245-57.
16. Designing freedom. London: John Wiley & Sons; 1974.

La mejora continua de la calidad en la atención al ciudadano. La experiencia del CatSalut

Mercè Cruells Salla

División de Atención al Ciudadano. Área de Servicios y Calidad. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

La **misión** que tiene encomendada el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) es la de garantizar una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña mediante una adecuada adaptación de la oferta sanitaria a sus necesidades. El CatSalut garantiza las prestaciones de servicios de salud a sus asegurados estableciendo un contrato con diferentes proveedores para cada una de las diferentes líneas de servicio (atención primaria de salud, atención hospitalaria, atención socio sanitaria y atención en salud mental).

El **compromiso de servicio adquirido por el CatSalut** con sus asegurados implica una vocación de mejora continua de los servicios como respuesta a las profundas transformaciones de la sociedad actual. Así, los avances tecnológicos promueven modificaciones en los atributos y dimensiones de la calidad técnica (mayor seguridad, rapidez diagnóstica, no invasividad, etc.) y su bondad vendrá determinada por una revisión de las mejores evidencias disponibles (coste-efectividad). En el caso de la calidad percibida, es la misma sociedad la que origina los cambios y modifica las expectativas de las personas y el grado de exigencia para con el servicio que quiere recibir.

La incorporación de la voz del ciudadano en la gestión de los servicios sanitarios

Como respuesta al objetivo estratégico del CatSalut "Política Integral de atención al ciudadano", la División de Atención al Ciudadano ha ido proponiendo desde su creación en el año 2000 planes y estrategias orientados a la escucha activa de los ciudadanos con un enfoque de mejora continua de la calidad. Esta escucha activa y continua se plantea desde un doble abordaje: de forma reactiva, gestionando las demandas de los ciudadanos (información, trámites, reclamaciones y sugerencias), y proactivamente, mediante estudios de calidad percibida y satisfacción para conocer las per-

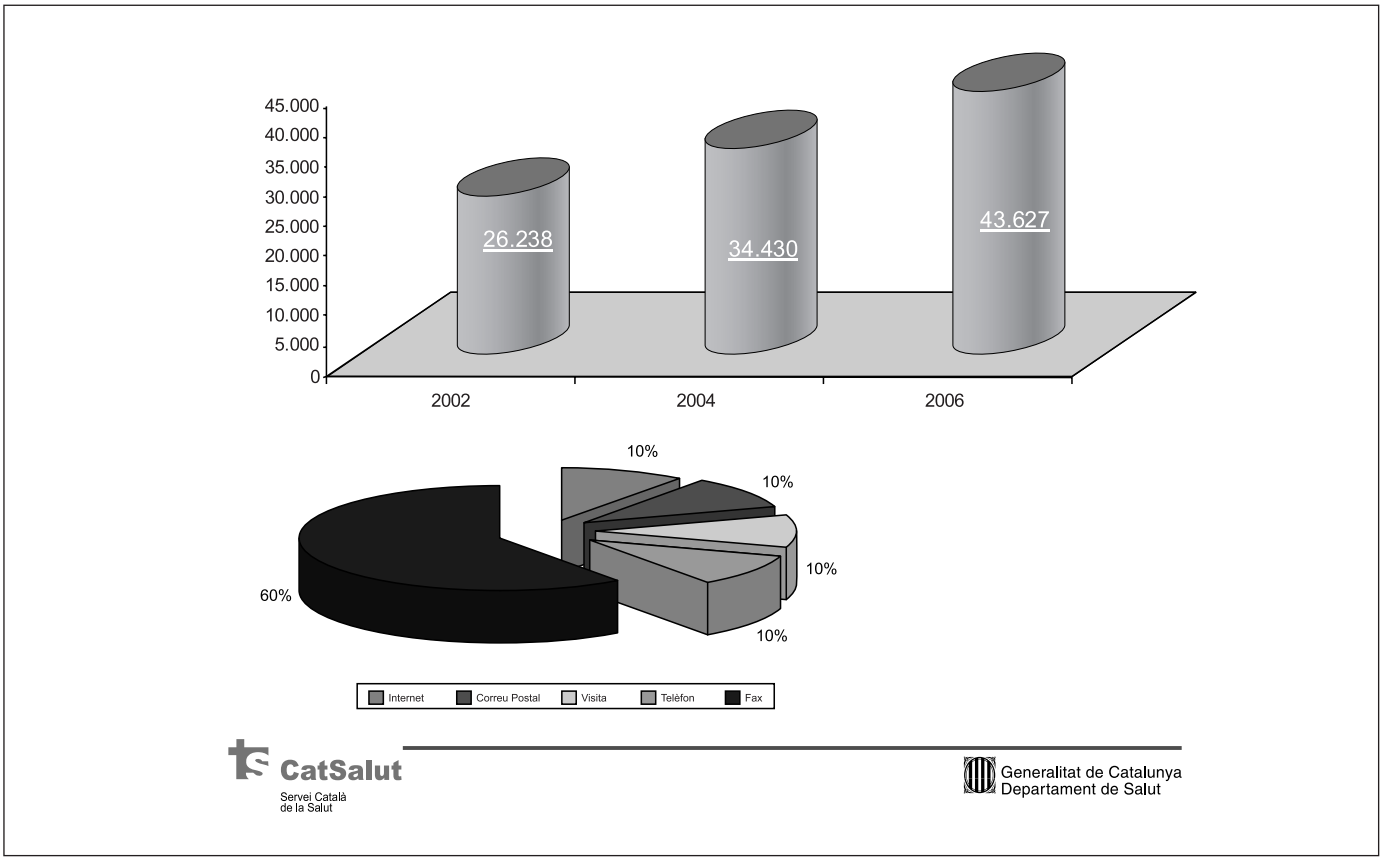


FIGURA 1. **Número de reclamaciones**

cepciones y expectativas de los ciudadanos y sus familias o referentes. Ambos enfoques permiten establecer propuestas de mejora que son incorporadas en los contratos anuales que el CatSalut establece con los proveedores sanitarios.

El enfoque reactivo

Este enfoque se basa en el análisis integrado de sugerencias y reclamaciones, que progresivamente ha hecho necesario la implantación de un sistema único de registro e información, compartido con el territorio y los proveedores sanitarios. Asimismo se han consensuado actuaciones, circuitos y procedimientos para promover la equidad y la eficiencia. El seguimiento de los indicadores basándose en la opinión reactiva nos muestra aquellos aspectos en los que los ciudadanos están disconformes con los servicios prestados. La progresiva implantación de las TIC posibilita un modelo de atención al ciudadano en el ámbito de la salud con "ventanilla única" que agiliza la relación con los ciudadanos.

El enfoque proactivo

Hasta hace unos años, la información disponible sobre el grado de satisfacción de los asegurados del CatSalut se obtenía

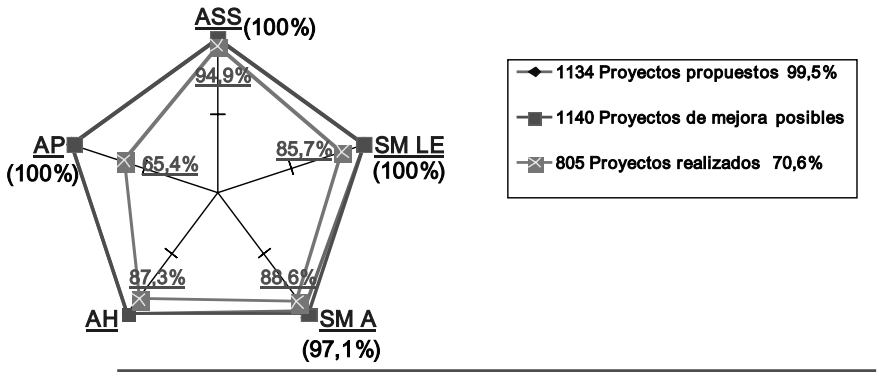
LINEA PREGUNTA	Atención Primaria		At. Hospitalaria		At. Sociosanitaria		CSMA		MILLE		Urgencias
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2006
Se entienden las explicaciones	92,3%	94,6%	93,1%	93,0%	83,4%	89,5%	87,1%	90,1%	89,7%	83,3%	89,4%
Tiempo que le dedica (médico-psiquiatra)	86,8%	88,7%	88,0%	87,5%	78,4%	85,8%	80,8%	78,6%	75.1%	78,1%	84,8%
Estar en buenas manos	91,4%	94,1%	97,4%	96,7%	95,3%	96,6%	87,9%	88,4%	87,7%	84,2%	90,0%
No dar información contradictoria	95,5%	80,9%	96,9%	82,7%	97,5%	97,9%	95,7%	83,0%	93,1%	91,2%	92,5%
Trato personal (médico-psiquiatra)	94,0%	94,9%	96,5%	95,6%	91,5%	95,9%	93,0%	93,6%	91,6%	87,7%	90,8%
Trato personal enfermera	91,9%	94,9%	96,2%	95,8%	97,3%	97,8%	-	-	90,9%	92,0%	91,5%
Disposición para escuchar y hacerse cargo (médico-psiquiatra)	89,2%	93,0%	92,8%	93,3%	84,1%	92,4%	86,1%	86,0%	83,2%	80,7%	86,3%
Poder dar su opinión	87,5%	92,3%	91,3%	90,5%	83,3%	90,6%	87,7%	87,4%	82,1%	79,2%	85,9%
Satisfacción Global	7,7 ± 1,7	7,6 ± 1,6	8,6 ± 1,6	8,2 ± 1,7	8,3 ± 1,8	8,2 ± 1,7	7,8 ± 2,0	7,6 ± 2,0	7,5 ± 2,5	7,3 ± 2,4	7,3 ± 2,2
Volvería a este centro/hospital	86,3%	88,9%	91,8%	88,4%	78,4%	83,1%	82,9%	83,7%	66,6%	63,0%	82,2%

CatSalut Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

FIGURA 2. **Aspectos comunes de satisfacción. Plan de encuestas 2003-2006**

	ASS	SM LE	SM A	AH	AP
Unidades proveedoras	89	14	70	59	338
Proyectos propuestos	176	28	136	118	676
Proyectos realizados	150	17	102	103	433
%	100,0%	100,0%	97,1%	100%	100,0%
Resultados	94,9%	85,7%	88,6%	87,3%	65,4%



CatSalut Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

FIGURA 3. **Resultados globales**

principalmente por iniciativa de los mismos proveedores. La heterogeneidad de metodologías y sistemas de evaluación hacía que los resultados fueran poco comparables. Así, en el año 2002 se diseñó un Plan de encuestas de satisfacción de los asegurados (2002-2007), cuyo objetivo principal es conocer de manera sistemática la satisfacción de los asegurados sea cual sea el servicio que reciban, mediante una metodología común, científicamente validada y contrastada, que permita una perspectiva de evaluación comparada de resultados entre proveedores en el marco de cada línea de servicio o producto. El diseño metodológico utilizado permite disponer periódicamente y de forma objetiva de datos de satisfacción comunes a todas las líneas de servicio estudiadas, así como identificar los factores predictores de la satisfacción a partir de los cuestionarios utilizados.

Esta aproximación posibilita también la identificación de áreas de excelencia y de mejora por línea de servicio, aspecto muy útil desde la perspectiva del CatSalut como comprador de servicios.

La mejora continua de la calidad percibida: los proyectos de mejora

Desde el año 2005 y con carácter bianual, se incorporan en los contratos de compra de servicios cláusulas específicas de mejora de calidad percibida, en las que se proponen actuaciones de mejora a realizar por los proveedores de servicios sanitarios sobre aquellos aspectos que tienen un mayor impacto en el nivel de satisfacción de los pacientes. El objetivo es, además, obtener a medio plazo la 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 Regiones Sanitarias así como a los responsables de las organizaciones proveedoras sanitarias de Cataluña en una sinergia que promueva un entorno de *benchmarking*.

	Alt-Pirineu	Lleida	Tarragona	T.de l' Ebre	Girona	Central	Barcelona	Total
Hospitales	4	3	4	2	8	4	34	59
Proyectos posibles	8	6	8	4	16	8	68	118
Proyectos propuestos	4	6	8	2	16	6	61	103
Relación	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proyectos realizados	50%	100%	100%	50%	100%	75%	90%	87%

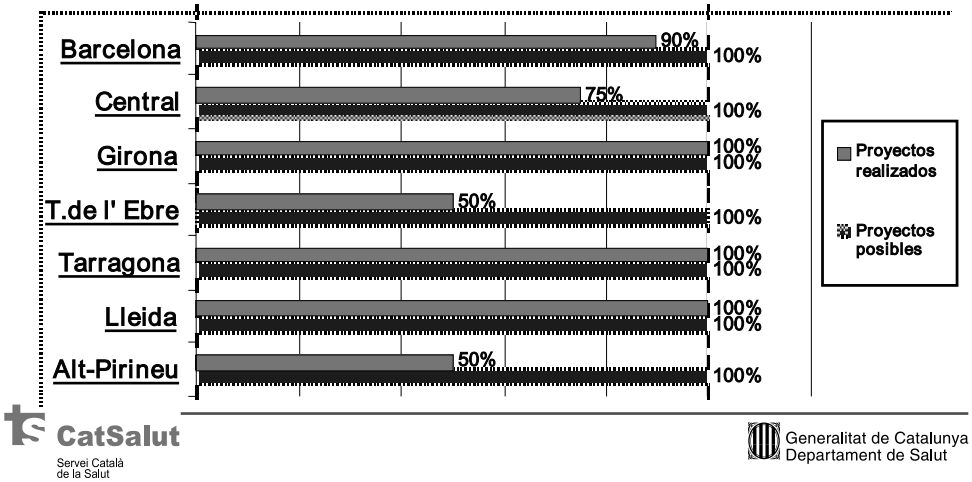


FIGURA 4. **Línea de atención hospitalaria**

La información está disponible en la página Web corporativa: http://www10.gencat.net/catsalut/esp/index.htm
Contacto: dac@catsalut.net

Aportación de la industria farmacéutica a la mejora de la calidad de los servicios de salud

Eugeni Sedano Monasterio

Director de Relaciones Institucionales. Esteve.

Un nuevo marco de actuación

El aumento de la prevalencia de determinadas patologías –sobre todo crónicas–, la aparición de otras emergentes, el envejecimiento poblacional, el aumento del gasto sanitario, el mayor protagonismo de la(s) administración(es) y la demanda ciudadana de servicios de alta calidad asistencial, son algunos de los factores que están produciendo profundas reflexiones y cambios de orientación y actuación en todos los actores sanitarios.

La industria farmacéutica, como parte del clúster sanitario, no es ajena a esta situación y está reorientando su forma de ser, pensar, planificar y actuar.

Pocos discuten su contribución a la creación de una sociedad más saludable aportando fármacos eficientes, seguros y de alto valor terapéutico, desarrollando líneas de investigación innovadoras y coste-efectivas, contribuyendo al desarrollo científico y clínico o facilitando la instauración de medidas que contribuyan a la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, sus funciones han de ir más allá de las de investigar, producir y comercializar fármacos. El salto cualitativo se ha de producir mediante la orientación de estas funciones a la mejora del servicio al paciente a través de los profesionales sanitarios.

Nuestro compromiso con la sociedad nos ha de llevar a velar por el destinatario final de nuestros productos y en consecuencia a preocuparnos también, tanto por la correcta administración farmacológica como por el seguimiento de su seguridad y efectividad.

Para este cambio precisamos no actuar aisladamente sino llegar al ciudadano interactuando con el resto de los actores sanitarios: desarrollando proyectos con los profesionales (médicos, farmacéuticos, enfermería) –a través de sus sociedades científicas y corporaciones–, aumentando el diálogo y colaboración con la(s) administración(es) para procurar la confluencia de objetivos, integrando en este proceso a las asociaciones de pacientes mediante su consulta y aceptación de aportaciones, etc.

Conocer las necesidades específicas de los pacientes a través de sus asociaciones debe ser una de las prioridades para todo el clúster sanitario; en nuestro caso, no sólo para procurar abordajes diferenciales de su enfermedad a través de los profesionales sanitarios, sino también para realizar un seguimiento específico de la efectividad de los fármacos o para colaborar con la(s) administración(es) sanitaria(s) y sociedades científicas en programas educacionales que faciliten, por ejemplo, la adherencia terapéutica o el mayor conocimiento de la enfermedad.

Aportaciones de la industria farmacéutica a la mejora de la calidad asistencial mediante la orientación al paciente

Son varias las empresas farmacéuticas que han iniciado y lideran este camino. Sin embargo, permítanme centrarme en la que mejor conozco y represento, Esteve, para poner algunos ejemplos que evidencien lo hasta aquí expuesto.

Para Esteve la orientación al paciente es un compromiso estratégico plasmado desde hace años en la puesta en marcha de distintas iniciativas propias o codesarrolladas mediante convenios específicos con la(s) administración(es), sociedades científicas, entidades colegiales u otras instituciones. Se pueden citar algunos ejemplos:

1) De carácter asesor:

– CREACIÓN DEL CONSEJO ASESOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE: Formado por personas relevantes del mundo sanitario que proponen a Esteve proyectos prioritarios para la mejora de la calidad asistencial al paciente.

2) De reconocimiento:

– PREMIOS ESTEVE "UNIDOS POR LA ATENCIÓN AL PACIENTE": Premios a profesionales sanitarios que hayan desarrollado iniciativas innovadoras y de notable repercusión en beneficio del paciente.

3) De colaboración entre profesionales sanitarios:

– MEDAFAR: Programa de actuación y colaboración entre centros de salud y oficinas de farmacia para mejorar la calidad asistencial del paciente asmático e hipertenso.
– PRESSFARM: Estudio de seguimiento farmacoterapéutico en oficinas de farmacia con pacientes hipertensos orientado a la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y a la evaluación de la efectividad de la intervención del farmacéutico.
– DOCUMENTO MARCO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA: Colaboración con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos para complementar la actuación médica domiciliaria en el uso del arsenal terapéutico doméstico.
– PROGRAMA DE GESTIÓN DE FARMACIA EN RESIDENCIAS DE MAYORES: Programa de gestión orientado a la mejora de la utilización de los medicamentos en las personas mayores ingresadas en residencias.
– CUIDANDO AL CUIDADOR: Programa orientado a mejorar la atención sanitaria de los cuidadores no profesionales de pacientes con demencias.

4) De mejora de la información y relación profesional con el paciente:

– MONOGRAFÍA SOBRE LAS FUNCIONES Y UTILIDAD DEL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO: Propuesta de mejoras del actual prospecto, realizada por los distintos agentes sanitarios en aras de su funcionalidad, comprensibilidad y utilidad.
– PORTAL PACIENTE: Web orientada a dotar al paciente y familiares de información útil sobre la enfermedad y a la oferta de herramientas de ayuda.
– KITS NUEVOS PACIENTES. Documentos facilitados al nuevo paciente a través del médico y el farmacéutico en los que se da información sobre su patología y consejos higiénico-dietéticos si procede.
– KIT FACILITADOR VISITA AL MÉDICO: Herramientas de ayuda al paciente para organizar su visita al médico de forma efectiva y provechosa.
– PROGRAMA DE APLICACIÓN A LA ENTREVISTA CLÍNICA DEL MODELO CICAA (conectar con el paciente, identificar sus problemas, acordar actuaciones y ayudarle en ellas): Proyecto de investigación en el que se pretende evaluar las aportaciones de este modelo a la mejora del diagnóstico y seguimiento del paciente.

Por otra parte, la falta de adherencia terapéutica es un problema sanitario de gran magnitud que se traduce en negativas consecuencias (empeoramiento del estado patológico, disminución de la esperanza y calidad de vida y aumento de los costes sanitarios). Esteve desea contribuir a su mejora mediante el diseño de programas y actividades orientados a este fin de la mano del resto de actores sanitarios. Esta línea de actuación es prioritaria en nuestro compromiso de contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

Safety data for safer care. International progress in monitoring patient safety

Edward Kelley

Dr. Edward Kelley is the former Director of the US National Healthcare Reports and the former Head of the OECD's Health Care Quality Indicators Project. He is currently Head of Strategic Development for the World Alliance on Patient Safety with the World Health Organisation. He has numerous publications on quality and safety improvement and has worked in 15 countries internationally.

Summary

This presentation will summarise some of the keyefforts to generate patient safety data and improve its availability and comparability internationally. Major national efforts have been initiated in numerous countries across the world, including the US, Canada, the United Kingdom, Australia, Sweden, Spain and Denmark, among others. These national level efforts have resulted in the publication of major reports on patient safety, such as the US National Healthcare Quality and Disparities Reports. These reports present data annually on trends in patient safety and gaps in safety for key "at risk" populations (the poor, racial and ethnic groups, etc.) However, tracking trends in patient safety is extremely difficult as changing rates of adverse events are difficult to interpret and differences across states in patient safety performance may be influenced by numerous data coding and collection issues. During 2007, the US National Healthcare Reports(the first assessment of progress at improving patient safety is offered and this presentation) will present for the first time a preliminary look at some of these data.

Building on this interest at the national level, the WHO, in partnership with the United Kingdom's Department of Health and other national agencies, initiated the World Alliance for Patient Safety in 2004. WHO launched the World Alliance for Patient Safety in response to a World Health Assembly Resolution (2002) urging WHO and Member States to pay the closest possible attention to the problem of patient safety. The Alliance raises awareness and political commitment to improve the safety of care and also facilitates the development of patient safety policy and practice in all WHO Member States. The Organisation for Economic Cooperation and Development launched in 2001 the Health Care Quality Indicators (HCQI) Project which aimed to develop a set of indicators that could be used to raise questions about quality and safety across countries. The HCQI Project'ss focus has been twofold, first on patient safety and secondly on mental health. The work on patient safety builds on a major conference on patient safety data held in Dublin in June 2006 and developed jointly with the OECD and the Irish Department of Health. These international efforts are at the heart of creating learning health care systems where, like in aeronautical safety efforts, errors in care and mechanical adverse events in one setting and one country can be shared and learned from in other countries. This presentation will also summarise the major data-based efforts currently underway at the OECD and the WHO on patient safety.

Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

Aranaz JM[1], Aibar C[2], Terol E[3], Agra Y[3], Laritzgoitia I[4], Gonseth J[5], Amarilla A[6], Restrepo FR[7], Urroz O[8], Sarabia O[9], Inga R[10], Santiváñez A[11], Limón R[1]

[1]Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche. España.
[2]Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. España.
[3]Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
[4]Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud.
[5]Organización Panamericana de la Salud.
[6]Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Argentina.
[7]Dirección General de Calidad. Ministerio de la Protección Social. Colombia.
[8]Dirección Nacional. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.
[9]Subsecretaría de Innovación y Calidad. Ministerio de Salud. México.
[10]Seguro Social de Salud. Perú.
[11]Ministerio de Salud. Perú.

Nota: El estudio IBEAS es una iniciativa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.

Resumen

Fundamento. Este estudio persigue mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables; identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos; incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente y, finalmente, incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Método. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica, a través del análisis de los efectos adversos identificados en 35 hospitales de 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, por medio de un diseño de prevalencia.

Discusión. El diseño transversal es eficiente en tiempo y recursos y fácil de realizar y, aunque no permite estudiar la totalidad del episodio de hospitalización, ha demostrado ser suficientemente capaz para sostener un sistema de vigilancia (más estable en el tiempo). Se ha de tener presente que debido a un posible sesgo de supervivencia, los EA que ocasionen un ingreso se verán sobrerrepresentados, y también aquellos relacionados con la infección nosocomial o los que sean difícilmente identificables si no se ve al paciente (como las contusiones). Al igual que el prospectivo, la comunicación con el personal de planta o la revisión del paciente (que está hospitalizado en ese momento) favorecen el juicio de la causalidad del efecto adverso y de su evitabilidad.

Palabras clave: efectos adversos, errores médicos, seguridad clínica, calidad asistencial.

Abstract

Title: IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals

Background. IBEAS study aims to improve the patient safety knowledge analysing the magnitude, the significance and the impact of the adverse events as well as the patient characteristics and of the healthcare. In addition, this study aims to identify the main problems in relation with the patient safety to make them easier and to dynamize the prevention processes through the adverse events reduction, the increase of the professionals involved in patient safety and the addition of the health care objectives and activities in the schedule of all countries.

Methods/design. Patient safety study launched in 35 Latin American hospitals through the analysis of adverse events identified in 5 countries: Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico and Peru using a cross sectional study.

Discussion. Cross-sectional design is efficient in time and resources and it is easy to carry out. Although cross-sectional design doesn't show all the hospitalization period, it has shown to be able to support a surveillance system (stable in time). Because of a possible survival bias, the adverse events which led to hospital admissions will be overestimated as well as the cross infections or those adverse events which are difficult to identify if the patient is not examined (for example, contusions). Either the communication skills with the health care staff or the examination of the patients support the causality judgment of the adverse events and their preventability.

Keywords: adverse events, medical errors, clinical safety, healthcare quality.

Introducción

Esencialmente, la asistencia que proporciona cualquier organización sanitaria consiste en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio interviene gran número de bienes y servicios, desde la administración, la hostelería y el material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. La integración de todos estos elementos en la organización sanitaria debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios puede favorecer la proliferación de errores y sucesos adversos. Del conocimiento de los mismos dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

Tomando como definición de efecto adverso (EA) el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí, se han realizado varios estudios[1-7] de cohortes históricas (retrospectivas), con una metodología similar, mediante la revisión de historias clínicas, en una primera fase por personal de enfermería que detectaba posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un EA. Posteriormente, en una segunda fase, esos pacientes que habían sido detectados por la guía de cribado eran reevaluados por médicos para decidir si se trataba verdaderamente de un EA o no. De esta manera, el estudio más importante fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el *Harvard Medical Practice Study* (HMPS)[1], que estimó una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de estos pacientes, el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no medir la posibilidad de prevención de los mismos. Las reacciones a los medicamentos eran el EA más frecuente (19%), seguidas de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%).

En 1992, utilizando métodos similares a los del HMPS[1], un estudio en los estados de Utah y Colorado[4] encontró una incidencia anual de sucesos adversos del 2,9% en las 15.000 historias revisadas. Al igual que en el estudio de Harvard[1], sólo informaban de un EA por cada paciente y, en el caso de que un paciente tuviera más de un EA, sólo tuvieron en cuenta el que más discapacidad le produjo. Además, como en el estudio anterior, no midió EA prevenibles y la perspectiva de revisión era médico-legal.

La tasa de sucesos adversos en ambos estudios[1,4] contrasta con las encontradas en otros estudios que utilizan una metodología similar, aunque en éstos las motivaciones fueron diferentes: inferir políticas nacionales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria del país conociendo los errores, su gravedad y su importancia. Así, en el QAHCS[3], estudio realizado en 28 hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales del Sur, se encontró una tasa de EA del 16,6%, y se vio que el 51% de los mismos era prevenible. Los sucesos altamente prevenibles fueron asociados con los que provocaron mayor discapacidad.

Las razones que se podrían argumentar para explicar las diferencias obtenidas en las tasas entre los estudios de Nueva York[1] y el de Australia[3] serían las siguientes: a) diferente definición de EA: en el HMPS el EA sólo se consideraba una vez (se descubriese antes o durante la hospitalización a estudio) mientras en el QAHCS el EA se incluía tantas veces como admisiones produjera; b) las motivaciones de los estudios eran diferentes; c) los dos estudios se hicieron según la información registrada en las historias médicas (estudios retrospectivos) pero en periodos de estudio bien distintos.

En el estudio de Vincent et al[5], realizado en dos hospitales de Londres, hallaron una incidencia de EA del 10,8% en 1.014 pacientes hospitalizados entre los años 1999 y 2000, siendo prevenibles el 48% de los mismos. La especialidad con más EA fue cirugía general, con un porcentaje de pacientes con EA de 16,2%.

Otros estudios que se podrían destacar son los de Davis et al.[6], realizado en Nueva Zelanda en 1995, y el de Baker et al.[7], llevado a cabo en Canadá en 2000, que obtuvieron unas tasas de EA del 12,9% y del 7,5%, respectivamente, siendo el servicio de cirugía el responsable del mayor número de EA.

Además de estudios de cohortes retrospectivos, se han realizado estudios de carácter prospectivo, entre los que destacan los dos siguientes: el estudio de Andrews[8] desarrollado en un hospital de Chicago (en dos unidades de cuidados intensivos y una unidad de cirugía general) entre 1989 y 1990 con 1.047 pacientes, en el que cuatro investigadores entrenados previamente recogieron diariamente datos de EA de las tres unidades, registrando una descripción del EA, quién lo había identificado, cuál podía haber sido la causa, los efectos en el paciente, los posibles daños y si había habido algún tipo de respuesta al EA. Estos investigadores no preguntaban nada a los profesionales ni emitían juicios médicos, pero estaban con ellos en todas las reuniones de equipo y conferencias que realizaban. Obtuvieron que el 45,8% de los pacientes presentaba algún EA, siendo grave en el 17,7% de los pacientes. Hay que tener en cuenta que, según González-Hermoso[9], se ha demostrado que las sesiones de morbimortalidad y las sesiones clínicas recogen una parte menor de los EA ocurridos, por lo que no sirven como control interno de la seguridad del paciente. El estudio de Healey[10] realizado en Vermont entre los años 2000 y 2001 con 4.743 pacientes que fueron seguidos de una manera prospectiva, halló un 31,5% de EA (48,6% prevenibles). Justifican la obtención de unas tasas de EA de 4 a 6 veces más altas que las del estudio de Harvard por lo siguiente: a) los dos estudios (Harvard y Utah y Colorado) no eran exclusivos de pacientes quirúrgicos; b) en ambos estudios se utiliza una definición más estricta para las complicaciones, de manera que su definición de EA corresponde con la de complicaciones mayores de este estudio (ignora las complicaciones menores); c) en el de Harvard y Utah sólo se analizaba la tasa de complicaciones del paciente en vez de la tasa de complicaciones total y d) el estudio estaba integrado dentro de la política del hospital que proporcio-

naba una cultura de mejora de la calidad continua, facilitaba el desarrollo de propuestas de mejora de la calidad y proporcionaba un foro para la formación médica continua que asegurase una óptima calidad en la atención sanitaria.

Progresando en ese afán por mejorar la seguridad del paciente, el *Institute of Medicine* (IOM) de los Estados Unidos inició en 1998 un proyecto denominado *"Quality of Health Care in America"* con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los Estados Unidos a lo largo de la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe, en una fase inicial, el informe: *"To err is human: Building a safer health system"*[11] que examina los errores médicos en los Estados Unidos y es una llamada a la acción para hacer que los cuidados sanitarios sean más seguros para los pacientes.

También en el Reino Unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover la política de identificación y reducción de errores médicos; así, tras la publicación del informe del NHS británico *"An organisation with a memory"*[12] se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda recogido en el programa *"Building a safe NHS"*[13]. Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y los Estados Unidos y entre otras ha llevado a la creación de un sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, que será gestionado por un organismo de reciente creación, la *National Patient Safety Agency*.

Recientemente se ha desatado en Europa la necesidad de conocer y cuantificar los efectos adversos, entendiendo como tales todo accidente que ha causado daño al paciente, ligado a las condiciones de la asistencia sanitaria y no al proceso nosológico de base. Se ha cuestionado la necesidad de ampliar esta definición a los incidentes (siempre ligados a condiciones de la asistencia) que, al no haber provocado daño, son difíciles de identificar, sobre todo a través de la historia clínica. Han merecido particular interés aquellos efectos adversos que contribuyen a alargar la estancia hospitalaria (por su repercusión en los costes) o a la aparición de secuelas que ocasionan algún tipo de discapacidad, ya sea temporal o definitiva, o incluso la muerte del paciente.

El Proyecto IDEA[14] ("Identificación de efectos adversos") constituye el primer estudio de cohortes en España diseñado para conocer la incidencia de efectos adversos tanto en servicios quirúrgicos o médicos como médico-quirúrgicos de 8 hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes. Pretendía analizar las características del paciente y las de la asistencia que se asocian a la aparición de efectos adversos, así como estimar el impacto en la asistencia de los efectos adversos, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) español y constituyó un excelente banco de pruebas para el "Estudio Nacional sobre Efectos Adversos" (ENEAS)[15]. El modelo teórico del Proyecto IDEA trata de ser explicativo, evidencia que la barrera que separa los efectos adversos evitables de los que no lo son es tenue, de tal modo que es difícil diferenciar los EA ligados a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por las características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínsecos del paciente[16].

En el estudio ENEAS[15] se estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) en un 8,4% (IC 95%: 7,7% - 9,1%). La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% (IC 95%: 8,6% - 10,1%). La densidad de incidencia fue de 1,4 EA por cada 100 días de estancia por paciente (IC 95%: 1,3 - 1,5). La densidad de incidencia de EA moderados o graves fue de 7,3 EA por cada 1.000 días de estancia (IC 95%: 6,5 - 8,1). El 42,8% de los EA se consideró evitable.

Solamente hemos identificado tres estudios[17-19] de prevalencia de EA; en el primero, el objetivo era comparar la eficacia de distintos métodos para el abordaje de los EA y encontró una prevalencia del 9,8% en 778 pacientes; el segundo es un trabajo específico en un servicio de medicina interna de un hospital en España que utiliza una metodología poco estandarizada y encuentra un 41% de EA en 129 pacientes y el tercero se realiza en un hospital de enfermedades respiratorias que, si bien habla de prevalencia, utiliza la misma metodología que el estudio de Harvard[1]; se trata, por tanto, de un estudio con seguimiento, más próximo a los estudios de incidencia, y encuentra un 9,1% de EA. De ellos se deduce que es razonable esperar una prevalencia próxima al 10%.

Material y método

Diseño

Estudio observacional de tipo transversal. Complementariamente, estudio de seguimiento para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos del estudio. En la Figura 1 se representa el diseño del estudio.

Ámbito de estudio

Treinta y cinco hospitales de cinco países de Latinoamérica.

Sujetos de estudio

Todos los pacientes de cualquier edad ingresados en el hospital en el momento del estudio (una semana del mes de septiembre) sea cual sea la causa del ingreso o la especialidad o el servicio.

Adicionalmente, sobre una muestra de un 10% de los sujetos incluidos en el estudio de prevalencia, seleccionados aleatoriamente, se realizará un estudio de seguimiento con el fin de realizar una revisión retrospectiva para estimar la incidencia de EA siguiendo la metodología del estudio ENEAS.

Instrumentalización

Los formularios y aplicación a utilizar para el estudio de los efectos adversos en el hospital son:

1) Guía para el cribado de efectos adversos, adaptada del estudio IDEA.
2) Versión en español del cuestionario modular para revisión de casos MRF2, adaptado tras la experiencia del estudio ENEAS.

3) Aplicación informática para la gestión de los datos: "Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos". Base de datos SIVCEA 1.0 - IDEA 4.0.

Determinaciones

Frecuencia de EA: prevalencia e incidencia. Proporción de EA evitables. Las definiciones operativas clave se presentan en la Tabla 1.

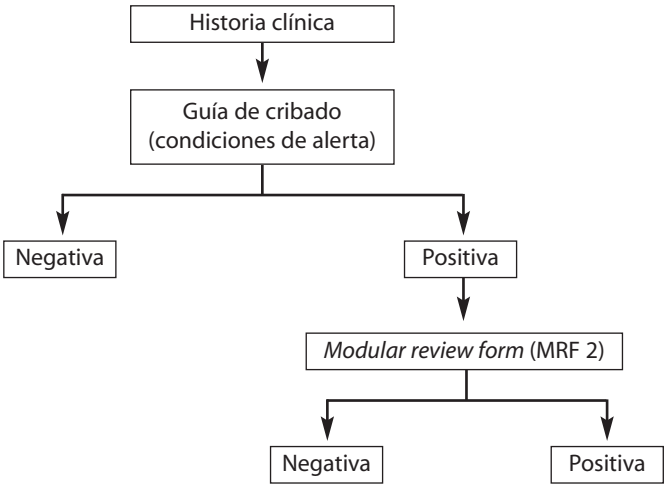


FIGURA 1. **Metodología del estudio**

TABLA 1. **Definiciones operativas clave**

Suceso adverso (SA). Se define para este estudio como todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de éstos. El incidente no causa lesión ni daño pero puede facilitarlos.

Efecto adverso (EA). Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo. Puede ser debido al manejo del paciente por parte de la asistencia o a las condiciones que le son propias o a su enfermedad. Se define **caso** para este estudio aquel EA que se considera más ligado al manejo del paciente que al proceso de su enfermedad o a sus condiciones propias.

Efecto adverso grave. Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Efecto adverso moderado. Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.

Efecto adverso leve. Lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.

Incidente (I). Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente.

Para determinar que el suceso adverso se debe a la asistencia, los revisores puntuarán en una escala de 6 puntos (1 = no evidencia o pequeña evidencia; 6 = evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. Se requerirá una puntuación ≥ 4 para darlo como positivo.

Se incluirán los EA activos o en fase de secuelas que estén presentes en el momento de realización de la encuesta o si han precisado un tratamiento que mantienen en el momento de recogida de los datos.

Para determinar que el suceso adverso es evitable los revisores puntuarán en una escala de 6 puntos (1 = no evidencia o pequeña evidencia; 6 = evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser evitable. Se requerirá una puntuación ≥ 4 para darlo como positivo.

Hipótesis

Basándose en los antecedentes expuestos, nuestra hipótesis de trabajo es que los sucesos adversos pueden afectar a alrededor de un 10% de los sujetos atendidos en el hospital y que al menos el 40% de ellos puede ser evitado.

Análisis de los datos

Los datos se introducirán en la base de datos del aplicación informática para la gestión de los datos "Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos", en la que se hará la depuración de datos mediante rangos y cruce de campos lógicos. Una vez depurada la información, los datos se exportarán a SPSS 14 con el que se realizará el análisis estadístico. Se describirán las variables mediante los estadísticos más apropiados a su naturaleza, tipo y escala de medida.

Se realizará un análisis descriptivo y se presentará el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas mientras que las variables cuantitativas se presentarán a través de medidas de centralización y dispersión según proceda.

Para el análisis bivariable se utilizará la prueba de χ^2 (Chi cuadrado) o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t de Student o la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas (según se cumplan o no criterios de normalidad), así como el análisis de varianza para la comparación de varias medias; se considerarán significativos valores de p menores de 0,05. La asociación entre variables se estudiará con regresión logística.

Discusión

La elección del método epidemiológico más apropiado para el estudio de los EA no es una cuestión trivial. Diferentes trabajos han analizado este punto y sus conclusiones se podrían resumir en que la elección del método hay que hacerla en función de los objetivos del estudio, intentando conjugar la minimización de sesgos y la validez de la identificación de EA con la reproducibilidad del juicio de valor sobre su carácter iatrogénico y/o su evitabilidad[20-23].

El estudio de los EA aplicando un diseño retrospectivo sería el método de elección desde el momento en el que todos los estudios nacionales se han realizado mediante esta sistemática, pero es un método cuyos resultados pueden verse muy influenciados por la calidad de la documentación clínica.

Un estudio prospectivo, aunque presente virtudes pedagógicas y comunicativas y permita un análisis concomitante de las causas raíz que favorecen la aparición de los efectos adversos, no sólo sería quizás demasiado costoso sino que además supondría una carga de trabajo elevada y excesiva complejidad.

El diseño transversal, sin embargo, es más eficiente en tiempo y recursos y fácil de realizar y, aunque no permite estudiar la totalidad del episodio de hospitalización, ha demostrado ser suficientemente capaz para sostener un sistema de vigilancia (más estable en el tiempo). Se ha de tener presente que debido a un posible sesgo de supervivencia, los EA que ocasionen un ingreso se verán sobrerrepresentados y también aquellos relacionados con la infección nosocomial o los que sean difícilmente identificables si no se ve al paciente (como las contusiones), debido a la sistemática propia del estudio de prevalencia. Al igual que el prospectivo, la comunicación con el personal de planta o la revisión del paciente (que está hospitalizado en ese momento) favorece el juicio de la causalidad del efecto adverso y de su evitabilidad.

En este caso se estudiarían todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez –una estancia para cada paciente–). Sin embargo, se estudiaría la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presenten EA (también se registraría la duración de la hospitalización de los pacientes sin EA –sólo la fecha de ingreso y la fecha de alta– para hacer comparaciones); esta estrategia nos permite estudiar el impacto del EA salvando las particularidades de este diseño. Por otra parte, si lo repetimos en el tiempo (una vez al año, por ejemplo) el estudio se convierte en sistemático de la prevalencia de EA (estudios en panel) y se transforma en una herramienta pertinente para la monitorización y la evaluación de programas de mejora de la calidad y de la seguridad.

Un ejemplo ilustra la diferencia de captación de EA según el método epidemiológico elegido. En la Figura 2, cada línea negra representa la hospitalización (duración de la estancia) de un paciente. Los rectángulos representados en estas líneas negras, corresponden a un efecto adverso (la longitud representa la duración en tiempo). El rectángulo vertical, que abarca todas las líneas, representa el corte transversal (prevalencia) de un día.

Un estudio de prevalencia detectaría 7 EA en 20 pacientes (P = 35%; 47% de casos detectados). Pero podría detectar 6 de 20 si en el paciente 2 (Figura 2), a pesar de ocurrir el día del estudio, no fuera anotado en la historia clínica hasta el día siguiente, por ejemplo (P'= 30%; 40% de casos detectados). Un estudio tradicional de revisión retrospectiva, que sólo considera el EA más grave que ha tendido el paciente, detectaría 8 en 20 (I = 40%; 53% de casos detectados). Si utilizáramos la metodología del estudio ENEAS detectaríamos 15 en 20 (I = 75%; 100% de casos detectados). En el ejemplo presentado, el estudio de prevalencia perdería respecto de los estudios tradicionales de revisión retrospectiva el 6% de casos. Todo ello en el supuesto de que toda la información estuviera recogida en la historia clínica y, además, estuviera disponible.

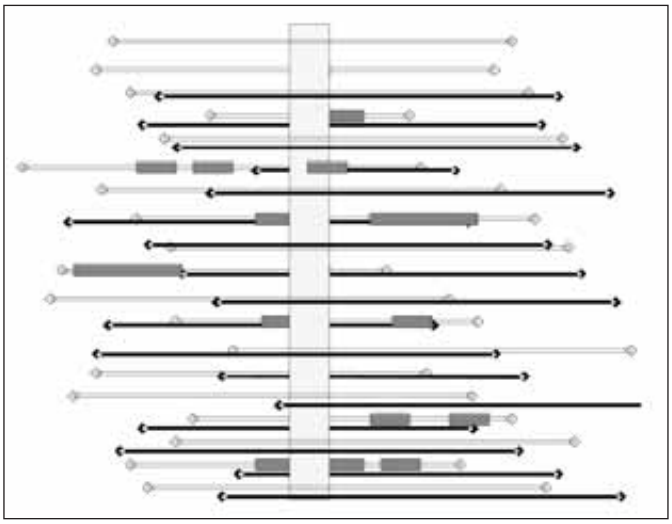


FIGURA 2

A la hora de elaborar un sistema de vigilancia, y debido a que la estimación de la incidencia real no es objetivo prioritario ni es estrictamente necesaria para evaluar un programa de control de riesgos, se plantea la conveniencia de utilizar el método transversal para el análisis de EA.

Para avanzar en la seguridad del paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema desde dos aspectos distintos: en primer lugar, desde el punto de vista político, desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de efectos adversos; en segundo lugar, a nivel local-hospitalario, mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar las soluciones.

Este estudio transversal, Estudio IBEAS, aspira a convertirse en un sistema de vigilancia (al repetirlo con la misma metodología al menos una vez al año) que permita valorar la evolución temporal de la prevalencia de EA en los hospitales de Latinoamérica, con el fin de conocer la epidemiología de EA en la región y, a nivel local, en cada hospital, lo que facilitará el desarrollo de estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos o, al menos, para minimizarlos. De manera específica se pretende determinar la prevalencia de EA y caracterizar los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no lo son.

Dificultades y limitaciones del estudio

La identificación del EA se realizará mediante la información recogida en la historia clínica. Una mala calidad de ésta podría llevarnos a infraestimar la prevalencia. El estudio de corte permite la consulta con el equipo médico en el momento de la recogida de los datos para aclarar cualquier incertidumbre o duda relacionada con el efecto adverso.

La caracterización del EA provocado por la asistencia más que por el proceso nosológico en sí es un juicio de valor del encuestador, por lo que para aumentar la confianza de que así sea, se pide al encuestador que puntúe de 1 al 6 la probabilidad de que se deba a la asistencia, requiriéndose un valor ≥ 4 para ser considerada como tal. El mismo criterio se utilizará para evaluar el efecto adverso como evitable.

La guía de cribado se ha utilizado en los estudios de cohorte americanos y en el australiano y en distintos países europeos. Presenta una alta sensibilidad (84%) para la detección del EA, por lo que asumimos que el número de falsos negativos debe ser pequeño, si bien el número de falsos positivos lo podremos detectar con la revisión del segundo cuestionario (MRF2). Esta valoración permitirá adecuar las condiciones de alerta para los estudios transversales.

La versión en español del cuestionario modular para revisión de casos MRF2 ha sido adaptada en España para la realización del Proyecto IDEA y modificada después del estudio ENEAS. Se trata de un cuestionario en el que el investigador debe realizar algunos juicios de valor, por lo que debe ser una persona experta en el tema, capaz de detectar los EA mediante criterios implícitos en la mayoría de las ocasiones. Aunque a *priori* esto supone una limitación importante, puede ser útil para que el experto se implique y participe en el proceso de análisis del problema y, *a posteriori,* colabore en la propuesta de medidas preventivas. La fiabilidad evaluada del cuestionario en otros estudios ha sido caracterizada como moderada.

Aplicabilidad práctica

Una metodología de evaluación de la seguridad del paciente eficiente, efectiva y adaptada a las características asistenciales de los hospitales de Latinoamérica contribuirá al conocimiento de la frecuencia, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los EA, a planificar estrategias de monitorización y vigilancia y a orientar las políticas y actividades dirigidas a su prevención.

Confidencialidad y aspectos éticos

El comité de dirección del estudio establecerá las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las leyes/normas correspondientes de los países sobre protección de datos de carácter personal.

El comité de dirección, en nombre del conjunto de investigadores del proyecto, asume el compromiso de conducir la investigación asegurando el respeto a los principios recogidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa (Oviedo) y en la Declaración Universal de la UNESCO. Todos los participantes en el estudio están obligados a mantener confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en el transcurso del estudio, como en cualquier otra de sus actividades profesionales.

La presentación de datos siempre será agregada, de tal modo que en ningún caso a partir de la difusión de datos se pueda llegar a la identificación de un paciente.

El estudio será sometido a la consideración del Comité de Ética e Investigación de la OPS y de los correspondientes comités de ética de los países implicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Eng J Med. 1991;324:377-84.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163:458-71.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38:261-71.
5. Vicent C, Neale G, Woloshyowych M. Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. BMJ. 2001; 322:517-9.
6. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: ocurrence and impact. N Z Med J. 2002;115:U271.
7. Ross Baker G, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004;170:1678-86.
8. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet. 1997;349:309-13.
9. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp. 2001;69:591-603.
10. Healey M, Shackford S, Osler T, Rogers F, Burns E. Complications in surgical patients. Arch Surg. 2002;137:611-18.
11. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
12. Great Britain Chief Medical Officer, Great Britain. Dept. of Health. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health: Stationery Office; 2000.
13. Great Britain. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organisation with a memory. London: Great Britain Department of Health; 2001.
14. Proyecto IDEA. Identificación de efectos adversos. http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index.html. Consultado el 30 de agosto de 2007.
15. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
16. Aranaz JM, por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:14-8.
17. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ. 2004;328:199-202.
18. Mostaza JL, Muinelo I, Teijo C, Pérez S. Prevalencia y gravedad de efectos adversos durante la hospitalización. Med Clin (Barc). 2005;124:75-9.
19. Herrera-Kiengelher L, Chi-Lem G, Báez-Saldaña R, Torre-Bouscoulet L, Regalado-Pineda J, López-Cervantes M et al. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico City. Chest. 2005;128:3900-5.
20. O'Neil AC, Petersen LA, Cook EF, Bates DB, Lee TH, Brennan TA. Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. Ann Intern Med. 1993;119:370-6.
21. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AM, Scemama O. L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France: les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine. Etudes et Résultats. 2003;219:1-8.
22. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring adverse events. J Gen Intern Med. 2003;18:61-7.
23. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:204-10.

La experiencia del programa de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad del paciente en Costa Rica

Orlando Urroz

Director del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente

Introducción

Costa Rica, país centroamericano, tiene 51.100 km^2 de extensión territorial y de acuerdo al Censo Nacional de Población, en el 2005 contaba con 4.266.185 habitantes. Geográficamente cuenta con 7 provincias regionales y 81 cantones. Su sistema único de salud provee servicios de un Seguro Público de salud a toda la población a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en tanto que el Ministerio de Salud desempeña las funciones de Rectoría Sectorial en Salud. La CCSS provee la atención médica a través de una amplia red de establecimientos de primer nivel a cargo de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y mediante una red de 29 hospitales, de los cuales 3 son grandes hospitales nacionales generales y 5 hospitales especializados en la atención de niños, mujeres, adultos mayores, pacientes psiquiátricos y rehabilitación. Costa Rica es uno de los pocos países de América con tasa de mortalidad infantil menor a 10 x 1000 nacidos, atención de parto en establecimientos de salud mayor a 97%, cobertura universal del Seguro Público y gasto público en salud equitativo de acuerdo a quintiles de ingresos. Se ha reducido las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, pero enfrenta el reto de reducir la mortalidad por enfermedades crónicas como cardiovasculares, neoplasias y diabetes.

En 1994 se inició un proceso de reforma sectorial dirigida principalmente a fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud, a la modernización institucional de la CCSS y a la readecuación del modelo de atención. Dentro de este proceso de reforma, los temas de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud fueron elementos claves para la mejora cualitativa y cuantitativa del sistema de salud y en particular para el fortalecimiento de acciones que condujeron al logro de un Programa de Mejoramiento Continuo del Sector Salud.

El desarrollo del programa de mejoramiento continuo de la calidad del sector salud (PMCC)

En el año 1997 se estableció formalmente el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad dentro de la CCSS y se integró la Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad como el órgano encargado de coordinar las acciones desarrolladas por este programa. Con la creación del mismo se produjo el reconocimiento oficial del concepto de calidad como parte integral de las definiciones conceptuales y filosóficas en las que se enmarca la actuación de la institución, y se dictaron políticas para el desarrollo de la calidad en la gestión de todos los niveles organizacionales, tanto de los servicios de salud como del régimen de pensiones a cargo de la CCSS.

Las acciones más importantes desarrolladas por el Programa han sido:

1) Sistematización de las diferentes metodologías para el mejoramiento de la calidad aplicadas dentro de la CCSS.
2) Capacitación bajo el concepto de "aprender haciendo", que pretendía lograr a un tiempo la adquisición de conocimientos y destrezas y su aplicación práctica, mediante la formulación y el inicio de la implementación de proyectos de forma simultánea a la capacitación.
3) Proyectos de mejoramiento de la calidad, elaborados durante los procesos de capacitación, ejecutados en todas las regiones del país.
4) Desarrollo de la metodología de capacitación (diseño curricular y material audiovisual).
5) Formación de equipos de calidad en todas las regiones del país, con facilitadores o coordinadores regionales encargados de impulsar el proceso de sensibilización y capacitación, como se muestra en la siguiente figura:

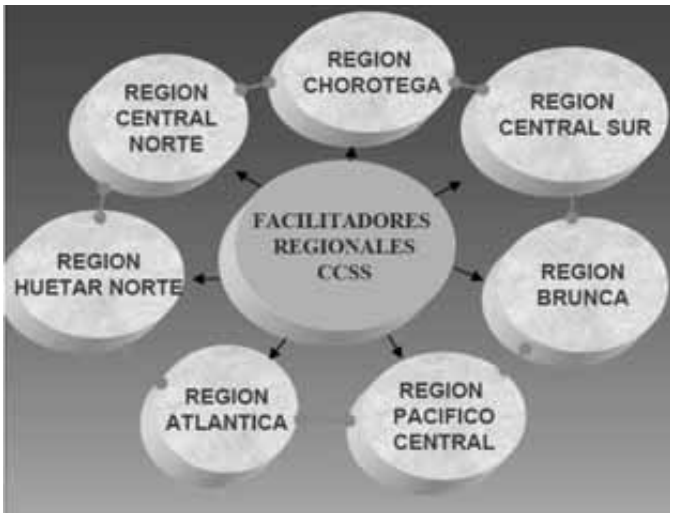


FIGURA 1. **Organización del PMCC de la CCSS mediante facilitadores regionales**

Otras dos acciones muy relevantes desarrolladas por este programa institucional fueron:

1) La creación de espacios de **interaprendizaje** entre los equipos de calidad, mediante la realización de foros nacionales en los que se presentan y analizan los proyectos de mejoramiento de la calidad realizados en todo el país.
2) La incidencia en las definiciones políticas y normativas de la institución y en la creación de herramientas como protocolos de atención, estándares e indicadores de calidad, así como en el desarrollo de metodologías de evaluación para los Compromisos de Gestión.

Luego, en el año 1998, recogiendo la experiencia que se había venido desarrollando especialmente en la CCSS y el Ministerio de Salud, y en menor grado en otras instituciones del Sector, se logró constituir un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad con carácter sectorial. El PMCC del Sector Salud se inició con la participación de la CCSS y el Ministerio de Salud, y posteriormente se fueron incorporando a él otras instituciones; así, en 1999 se creó el Consejo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, conformado por las autoridades superiores del Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Nacional de Aprendizaje (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), y la Universidad de Costa Rica (UCR). La siguiente Figura muestra los componentes del PMCC del Sector Salud.

FIGURA 2. **Componentes del PMCC del Sector Salud**

Un aspecto especialmente importante a destacar es la creación, en el año 2005, del Programa Nacional de Promoción de la Seguridad del Paciente, que ha dado un nuevo impulso a la dimensión de la seguridad como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud.

Una estrategia desarrollada más recientemente –durante los últimos cuatro años– ha consistido en la actualización y fortalecimiento de la capacitación de la Comisión Coordinadora y de los Coordinadores Regionales de calidad, mediante la asistencia de un grupo importante de funcionarios a capacitaciones ofrecidas en Japón por la Universidad de Tohoku sobre la metodología de EPQI mencionada.

Desde el punto de vista operativo, el Programa ha mantenido también un funcionamiento semejante desde su inicio, basado en una coordinación central, a cargo de la Comisión Coordinadora, coordinaciones regionales y pequeños equipos de calidad en varios servicios de salud de cada región.

Una particularidad importante del Programa consiste en que, aunque éste se encuentra formalmente constituido, el trabajo de los funcionarios que participan en él es voluntario, pues el trabajo de los equipos no se considera de manera independiente en cuanto a distribución de las tareas y tiempos asignados dentro de sus respectivos centros de salud.

Principales logros de la experiencia de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Costa Rica

A continuación se enumeran algunos de los logros más relevantes obtenidos en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el Sector Salud de Costa Rica:

1) **Creación de capacidad:** La estrategia de capacitación implementada permitió contar con un número importante de trabajadores de la salud con conocimientos y destrezas para el mejoramiento de la calidad. La realización del Primer Foro Nacional sobre Calidad, en el que se presentó una gran cantidad de proyectos de mejoramiento de la calidad desarrollados en las distintas regiones del país, evidenció la existencia de una "masa crítica" de profesionales que estaban aplicando efectivamente los conceptos y las herramientas adquiridas para el mejoramiento de los servicios de salud en sus respectivos centros de trabajo. La cantidad de profesionales capacitados en el mejoramiento continuo de la calidad siguió aumentando durante los años siguientes.

FIGURA 3. **El Dr. Orlando Urroz Torres, Coordinador Nacional del PMCC y del Programa Nacional para la Promoción de la Seguridad del Paciente, y funcionarios de distintos hospitales del país durante un curso de capacitación sobre calidad**

2) **Sensibilización:** Se logró sensibilizar a un grupo importante de profesionales que mostrarían, a través de los años, un gran compromiso con el mejoramiento de la calidad, fruto de la motivación y del convencimiento que desarrollaron durante este período.
3) **Articulación en torno a una sola estrategia de trabajo:** La sistematización de los diversos programas y metodologías relacionadas con la calidad y su articulación en una sola estrategia de trabajo evitó la dispersión y la duplicidad de actividades, y permitió aglutinar el valioso aporte de profesionales que venían trabajando de manera separada.
4) **Continuidad de las acciones:** La permanencia de las acciones desarrolladas a lo largo de los años, a través de distintas coyunturas políticas e institucionales, permitió acumular experiencia, lecciones aprendidas y afianzar el posicionamiento del tema de la calidad dentro de la institución, así como la credibilidad y la confianza en los equipos de calidad.
5) **Aprovechamiento de condiciones favorables en el contexto político-institucional:** El contexto político institucional de esos años, marcado por el inicio del proceso de reforma del Sector Salud y la preocupación por la eficiencia en los servicios, la modernización institucional y la descentralización –todos éstos aspectos centrales del nuevo paradigma de gestión de los servicios de salud que se buscaba implementar–, constituyeron sin duda un escenario propicio para el mejoramiento de la calidad. Sin embargo, constituye un logro el haber aprovechado adecuadamente este contexto para posicionar este tema dentro del quehacer institucional.
6) **Incidencia exitosa en la definición de políticas y en la institucionalización del mejoramiento continuo de la calidad:** Así como el contexto institucional fue un marco propicio y pudo incluso influir en el posicionamiento del tema de calidad dentro del Sector Salud, se produjo también un efecto en sentido inverso, es decir, desde el movimiento constituido por los equipos que venían trabajando en el mejoramiento de la calidad hacia las definiciones políticas generales de la CCSS y del Sector Salud en su conjunto. La existencia de este trabajo y la experiencia acumulada en esta área permitió incidir en la adopción de políticas sobre calidad y en la creación oficial del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Las lecciones aprendidas

La experiencia del proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el Sector Salud de Costa Rica permite extraer lecciones importantes, a continuación se presentan de manera resumida algunas de ellas:

1) **La importancia de la creación de capacidad:** La estrategia puesta en práctica significó que el conocimiento y las destrezas que permitirían mejorar la calidad, no se hubiesen concentrado en un grupo reducido de funcionarios –por ejemplo de los niveles gerenciales o de las jefaturas– sino que fuera accesible a un mayor número de profesionales de la salud. Con el paso del tiempo, este aspecto se ha revelado esencial para que actualmente se cuente con un contingente importante de trabajadores del sector salud con capacidad de incidir efectivamente en el mejoramiento de sus respectivos servicios y de multiplicar el conocimiento, al convertirse ellos mismos en capacitadores de nuevos integrantes de los equipos de calidad en todo el país.
2) **La importancia del liderazgo:** Una lección que surge de manera muy clara en el análisis de este proceso consiste en el reconocimiento de la importancia de un liderazgo capacitado, comprometido, y con la habilidad de generar sinergias y de promover el interés, la participación y la creatividad de otras personas. Para el éxito del PMCC, en efecto, han sido claves el liderazgo del Coordinador Nacional del Programa, así como el de la Comisión Coordinadora y los Coordinadores Regionales.

Recuadro 1: Proyecto Reducción de listas de espera para atención de especialidades en Belén Flores

El equipo detectó el problema de largas filas de espera para la atención en especialidades; analizó los orígenes del problema e inició cambios en el proceso para descongestionar las consultas.

Los resultados fueron la reducción del plazo de citas a menos de un mes, la eliminación del rechazo de los usuarios en un 100%, y el incremento de nuevos usuarios en todas las especialidades.

3) **La gran trascendencia de los "proyectos pequeños":** A menudo, las oportunidades de mejoramiento de la calidad identificadas en los servicios de salud consistían en lo que, a la vista incluso de los propios proponentes de los proyectos, parecían pequeños cambios. No obstante, el impacto de muchos de estos proyectos para la unidad en la cual se desarrollaron fue de gran trascendencia –en términos de reducción de costos, de mejora en la satisfacción de los usuarios y, en general, de un cumplimiento más efectivo del derecho a la salud de las personas– y tuvo además una especie de "efecto demostración" de cara a otros centros hospitalarios y servicios.
4) **El conocimiento y la acción en un solo paso:** La conveniencia de integrar en un solo momento la adquisición de conocimientos y su aplicación constituye otro de los aprendizajes importantes de este proceso. El diseñar y empezar a ejecutar proyectos durante el proceso de capacitación facilitó que los conceptos y herramientas estudiados no se quedaran sólo en la teoría, sino que se tradujeran en acciones desde el primer momento. Pero además, esto permitió contar con una especie de "laboratorio", constituido por todos los centros en los cuales se encontraban en ejecución los proyectos, que ha sido de utilidad para retroalimentar y mejorar la capacitación.
5) **La importancia de una metodología adaptable a las especificidades:** Una consecuencia del tipo de metodología empleado fue la posibilidad de adaptar las herramientas que se iban adquiriendo mediante la capacitación a las necesidades de cada hospital, clíni-

ca o área de salud en la que se desarrollaran los proyectos de mejoramiento de la calidad, lo cual permitió que se incorporara al proceso un gran número de equipos.

Recuadro 2: Proyecto de cirugía ambulatoria en el Hospital San Carlos

El equipo de calidad identificó como problema las listas de espera para cirugía y detectó que una parte de las cirugías pendientes podían realizarse en forma ambulatoria.

Con una inversión mínima se logró acondicionar un espacio del hospital para la realización de este tipo de cirugías, mejorando las condiciones en las que se realizaba hasta ese momento las cirugías ambulatorias, y reduciendo significativamente la lista de espera.

6) **La importancia del trabajo interdisciplinario:** En la experiencia del PMCC, ha sido una constante la participación de profesionales de distintas disciplinas. Tanto el personal de enfermería, como el personal médico y el administrativo, han cumplido un papel importante en los proyectos desarrollados, lo cual ha permitido sumar esfuerzos, vencer resistencias y ampliar las posibilidades de éxito de los mismos. El carácter incluyente de la metodología y el énfasis en la necesidad de trabajar en equipo, permitió ir configurando al PMCC como un "equipo de equipos".
7) **La importancia de que el movimiento de calidad se haya gestado sobre todo en los niveles operativos:** No fue en el terreno de las grandes definiciones políticas, sino en el de la cotidianeidad de los profesionales de la salud, donde se originó el movimiento por la calidad. Este arraigo del PMCC entre los niveles operativos ha constituido un factor de permanencia y de sostenibilidad de las acciones.

Recuadro 3: Proyecto de mejora en la administración de medicamentos en el Hospital Calderón Guardia

Se detectó el problema de que los pacientes internados recibían sus medicamentos con retraso, debido al proceso empleado para la distribución de esos medicamentos.

Se realizó una división diferente del trabajo de las enfermeras encargadas de estos servicios, con lo cual se logró reducir sustancialmente el tiempo de distribución y aplicar los medicamentos a los pacientes con mayor puntualidad.

8) **La necesidad de involucrar a los niveles gerenciales:** A pesar de lo dicho en el punto anterior, la experiencia del PMCC ha mostrado también que es necesario que las gerencias se integren al proceso de mejoramiento continuo de la calidad.
9) **¿Cómo vencer resistencias? La importancia de la solidez de los proyectos y de la definición de oportunidades de mejora a partir de evidencia:** Otra lección importante que ofrece la experiencia del PMCC, consiste en que es posible enfrentar las resistencias al cambio que ocasionalmente se encuentran cuando se plantean proyectos de mejoramiento de la calidad. Para ello es importante que la identificación de las oportunidades de mejoramiento, o de las "áreas críticas", se realice a partir de evidencia, que permita demostrar la necesidad de desarrollar un proyecto en esa área.
10) **La utilidad de los foros anuales:** Los foros nacionales de calidad celebrados cada año han permitido a los equipos de calidad compartir lecciones aprendidas y soluciones aplicadas a diversas situaciones, aumentando el conocimiento de los participantes. Han constituido además un espacio para la celebración de los logros alcanzados, la motivación y la renovación del compromiso de trabajo en el mejoramiento de la calidad.

Los desafíos del programa de cara al futuro

Algunos desafíos importantes que el Programa tiene ante sí son los siguientes:

1) Extender el mejoramiento de la calidad a todos los aspectos del quehacer del Sector Salud.
2) Lograr un mayor número de definiciones, normativas y estandarizaciones referidas a criterios de calidad.
3) Resolver la tensión entre "movimiento" y "estructura" o iniciativa frente a institucionalización. Una de las claves del éxito del Programa ha sido el que éste se asemeje más a un movimiento que a una estructura formalmente reconocida por las instituciones. Esto ha permitido, entre otras cosas, un desarrollo ágil de las iniciativas de los equipos y un sentimiento de verdadero compromiso personal con el mejoramiento de la calidad. Además, ha contribuido a fortalecer la idea de que la calidad no es una "actividad aparte", sino una forma de realizar el trabajo asignado. No obstante, el trabajo por el mejoramiento de la calidad requiere a menudo esfuerzos extra por parte de los funcionarios, que no se encuentran reconocidos en términos salariales o algún otro tipo de incentivo, pero que además no se tienen en consideración dentro de la organización y distribución de tareas en el interior de las instituciones.
4) Continuar identificando liderazgos que garanticen la continuidad del PMCC.
5) Realizar los cambios pertinentes, sin desatender los énfasis anteriores que han mostrado ser necesarios y en los que se han realizado acciones exitosas.
6) Ampliar el concepto de participación: la incorporación de la participación social como aliada en el mejoramiento de la calidad y la seguridad.
7) Profundizar el carácter sectorial del Programa, manteniendo los logros institucionales. Aunque se trata de un programa definido como sectorial, el mejoramiento de la calidad ha tenido un mayor desarrollo e impacto en algunas instituciones, como la CCSS y el Ministerio de Salud. La continuidad del PMCC como programa sectorial requiere continuar avanzando en una visión compartida sobre el mejoramiento de la calidad en el sistema de salud costarricense, sobre todo con miras a los procesos de acreditación que se impulsan actualmente. A la vez, el reto consiste en mantener y consolidar los logros alcanzados institucionalmente.

Patient Safety, an EU Perspective

Lee McGill

Health Strategy Unit Public Health and Risk Assessment Health and Consumer Protection Directorate-General European Commission Bruselas..

"First Do No Harm" is one of the core principles of medicine, but medicine is not an exact science and mistakes can, and do, happen in our complex and high-pressure European health systems.

The current scientific evidence indicates that the same types of errors occur in all EU health systems, which would suggest that European added value can be obtained by addressing the same problems and concerns systematically throughout the EU. Individual Member States are often trying to tackle problems and find solutions in a unilateral way but by tackling common problems at the EU level, European expertise can be pooled and inequalities stemming from unsafe care reduced. European level cooperation to share best practices, especially in relation to patient safety interventions or solutions, between Member States, needs to be further developed so that the incidence of preventable harm across the EU as a whole is reduced.

There is only a limited body of evidence concerning the prevalence and incidence of adverse events in health systems in EU Member States and globally. The lack of data on the full scale of the problem across health systems reflects some of the methodological difficulties in counting adverse events, but also the fact that only a few EU Member States or other countries have national patient safety reporting systems or have undertaken detailed research on the prevalence of adverse events. Patient safety's inclusion in the European Commission's 7th Framework Programme for Research, and the related conference in Porto this year, is a sign that steps are being taken at the EU level to close the gaps in patient safety research. There is also a need to try to narrow the patient safety data gap in the short-term.

However, there are a few studies that provide us with some understanding of the scale of the problem. For example, the report from the English Health Department, *An organisation with a memory*[1], estimated that adverse events occur in around 10% of hospital admissions (about 850, 000 adverse events a year). Similarly, a report by the European Hospital and Healthcare Federation[2] (HOPE) has also estimated that every tenth patient suffers from preventable harm in the European hospitals.

Furthermore, several other international studies, including in France and Spain, support the view that about 10% of hospital admissions involve some kind of harm to patients. In the USA, the Institute of Medicine report *To err is human*[3] (1999) has shown that "medical errors" cause between 44,000 and 98,000 deaths annually in hospitals in the USA - more than car accidents, breast cancer or AIDS.

So whilst we do have some good quality data from a few Member States and international sources, it is true that in most EU Member States, data either does not exist or has not been shared at the EU level. There are big gaps, not just in the available information on the extent of the patient safety problem, but also on the associated economic costs of iatrogenic harm - both to health systems and, more generally, to Member States' economies.

Despite this need for more evidence, nobody would deny that patient safety is one of the biggest challenges facing our EU health systems. Of course, individual Members States have a duty to take all possible steps to minimize the incidence of harm to their citizens and to reduce harm-related morbidity and mortality, and the EU has its duty under Article 152 of the EC Treaty to support them in doing so.

Some important areas of patient safety are already being addressed at the EU level. There is existing legislation in the areas of pharmacovigilance and the safety of medical devices, for example. Work is ongoing on the development of e-health systems at the European level. The European Medicines Agency is currently developing new requirements for the naming of medicines seeking a centralised marketing authorisation in an attempt to reduce medication errors due to look-alike and sound-alike medicines. A proposal for a recommendation in the area of healthcare-associated infections is being developed. The safety of blood, tissues, cells and organs is regulated at the EU level.

However, there is a clear need for an overarching framework at the EU level, to cover all aspects of patient safety.

The European Commission has initiated a number of actions to address the issue of patient safety together with the Member States, important EU stakeholder bodies and key international health organisations. These actions alone do not fully meet the demands of the current situation or the needs of patients or governments to tackle this major public health concern of the safety of patients in EU healthcare systems, but are a useful starting point.

Patient Safety Working Group

For over two years, the sharing of best practice and information on patient safety issues has been taken forward by the patient safety working group of the High Level Group on Health Service and Medical Care (the High Level Group). This group came about at the request of Member States, and whose membership includes all 27 Member States and European organisations representing doctors, nurses, patients, hospitals, pharmacists and dentists. The World Health Organisation, the

Organisation for Economic Co-operation and Development, and the Council of Europe, all internationally-renowned health organisations with experience and expertise in the field of patient safety, are also members of the working group. The Commission provides the secretariat to this group.

The High Level Group's 2006 Report included mention that the working group on patient safety had agreed to develop a single integrated framework for patient safety which would include a recommendation for consideration by the High Level Group and, as part of that recommendation, one of the proposed actions would be the establishment of a EU network for patient safety. The High Level Group supported those proposals.

Patient Safety Recommendation

The working group discussed the text of the patient safety recommendation over a number of months and has now produced a draft version that has been agreed by all 27 Member States and the stakeholder members of the group. The recommendation sets out the broad areas for desired action on patient safety at the Member State and EU levels, and the intention is to ask the High Level Group to signal Member States' support for those aims by endorsing at their next meeting. Areas for action include the training and education of health professionals, the development of reporting and learning systems, strengthening patient safety cultures in national, regional and healthcare setting levels, the development of patient safety indicators and a taxonomy and the sharing of evidence on effective solutions and interventions.

An EU Network for Patient Safety

Earlier this year, the Commission's Call for Proposals invited project proposals under the Public Health Programme to establish and manage an EU network for patient safety. In addition, in order to perform+an information-sharing and best practice role, such a network would also run concrete work packages in areas such as reporting and learning systems, training and education, the development of a patient safety culture as well as the piloting of projects to test possible patient safety solutions.

Bids to set up and run a patient safety network across the EU were received but at the time of writing, those bids were still being considered for funding. If one or more is successful, their work would be instrumental in addressing some of the areas for action identified within the draft patient safety recommendation.

APS 2008

Patient safety has been included in the Commission's Annual Policy Strategy for 2008 in the area of health, as part of the proposal with a working title of *Patient Safety (EU Co-operation on Patient Safety, Quality of Health Care and Prevention and Control of Health Care Associated Infection)* This means that it will be built upon the good work of the patient safety working group and develop concrete Community proposals to tackle the challenge of improving patient safety in the second half of 2008 under the French Presidency.

As previously mentioned, a recommendation to address Health Care Associated Infection (HCAI) issues is underdevelopment. Concerning overall patient safety, there is much work to be done on defining the patient safety problem on, qualitatively and quantitatively basis as well as identifying the causes. . The current data needs to be analysed and further data needs to be collected across all 27 Member States. By this, clear objectives of the Commission proposal on patient safety can be developed, together with a number of options for achieving those objectives. An impact assessment of those options in terms of likely social, environmental and economic effects –both positive and negative– will be carried out before the Commission arrives at its final proposal for patient safety.

Work on trying to fill some of the data gaps and to accurately predict the potential impacts of the various options for action on patient safety at the EU level will require the involvement of Member States and key stakeholder groups. It is anticipated that the patient safety-working group should have a key role in these areas. The draft recommendation developed by the working group can also have a very useful role in that it captures the major areas for action at Member State and EU levels.

Community Action on Health Services

It should be noted that work on patient safety is not being developed in a vacuum. There are other policies and developments which will have an impact on that. Most notably, the preferred way forward with respect to action on patient safety at the EU level is, partially depends on the content of, and the preferred instrument for, the proposal which could emerge at the end of 2007 on health services, following the recent public consultation exercise. Ensuring good quality and safe healthcare for patients accessing that care outside of their home Member State is currently a key challenge due to the increased patient mobility. At this time, we do not know either the content of the proposal arising from that consultation process or the preferred instrument, but quality and safety of healthcare systems were considered as key issues in responses to the consultation. Hence, it is envisaged that the health services proposal may well address those issues to some degree.

However, irrespective of whether or not the health services initiative does open the door to a proposal specifically on patient safety, alternative means of ensuring action on patient safety at the EU level are also being considered.

Conclusion

All EU Member States recognise that patient safety is the foundation stone of high quality health systems. They, and other key stakeholders, also recognise that there is added value in trying to address some of the key patient safety issues and challenges from an EU perspective. The pooling of expertise and sharing of information, particularly in the area of solutions, can be of ben-

efit to all Member States. Joint working on patient safety at the EU level has so far been enthusiastic, inclusive and useful. However, the Commission's decision to take forward an initiative to provide a framework to assist Member States in strengthening their patient safety cultures, systems and processes, should produce some real concrete deliverables and improved outcomes in terms of the safety of EU citizens in our health systems in 2008 and beyond.

REFERENCES

1. Department of Health Expert Group. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in NHS. Chairman: Chief Medical Officer London: The Stationery Office, 2000.
2. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report of the Working Party on quality of care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS Eds. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

Herramientas de evaluación de sistemas de salud

Rafael Manzanera

Dirección General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Los sistemas de salud disponen de la evaluación como componente ineludible dentro del ciclo de mejora continua que se inicia con la planificación y despliegue de las actuaciones que tienen como objetivo la mejora del conjunto de directrices, procesos y recursos que de forma sinérgica darán respuesta a los problemas de salud de las personas de la sociedad.

La perspectiva de la gestión de calidad total incluye la evaluación para la mejora continua tanto entre sus premisas como para objetivar el resultado de la comparación entre organización y el desarrollo de los sistemas de salud y la obtención de resultados adecuados o susceptibles de cambio, aprendizaje e innovación.

El desarrollo de sistemas de gestión de la calidad acordes a la Norma ISO 9001:2000 plantea con el proceso de evaluación, análisis y mejora el cierre del ciclo de planificación y desarrollo de los procesos y, de la misma forma, el Modelo EFQM balancea toda su segunda parte en la consecución de unos resultados que con su evaluación llevarán a la innovación y aprendizaje en un enfoque hacia la excelencia.

La responsabilidad de la evaluación queda definida a todos los niveles de forma que desde la Administración Sanitaria se establecen herramientas y metodologías de evaluación a lo largo de todas sus etapas. Desde los procesos de autorización, acreditación y la propia inspección se es garante de unos servicios de salud para los ciudadanos mediante instrumentos, finalidades y directrices distintas.

Por otro lado, los centros asistenciales que prestan servicios sanitarios deben también plantear metodologías de evaluación que, integradas en sus sistemas de gestión de la calidad, permitan una mayor reorientación hacia la cuantificación de sus actividades y una creciente objetivación de los resultados obtenidos por las mismas.

Los profesionales, en cualquiera de los niveles de la organización, también serán responsables ante sus pacientes, ante la sociedad como tal y ante ellos mismos y sus compañeros, de llevar a cabo metodologías de evaluación de sus procesos y resultados como elementos dinamizadores de la mejora continua de los servicios prestados.

Como conclusión, en todas y cada una de las distintas actuaciones encaminadas a la mejora de la atención deberán desplegarse estudios de evaluación basados en la comparabilidad, ya sea a través del cumplimiento de estándares definidos para el aseguramiento de unos niveles de calidad determinados como a través de su monitorización mediante la utilización de indicadores de calidad. En este sentido, las herramientas de evaluación disponibles se aplicarán en función de la necesidad de los sistemas de salud dentro de lo que significa la evaluación como etapa previa al cambio, la innovación y la mejora progresiva de la calidad.

Este aspecto es el que quiere reflejar mediante los diferentes enfoques y la amplia experiencia que, en este sentido, presentan los participantes en esta mesa redonda.

Evaluación de resultados de servicios de salud

Mercè Casas

Dirección General. Iasist. Barcelona.

Introducción

El conocimiento es considerado por algunos como el principal producto de la sociedad moderna destacando que los sistemas sanitarios son las empresas más complejas y dinámicas del mundo[1]. Estas empresas, sin embargo, han sufrido un notable retraso en la incorporación de las ventajas que las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han aportado en la forma de operar y funcionar de todas las actividades. Basta comparar la forma de facturación en la caja de cualquier supermercado con la forma de transmisión de órdenes e instrucciones y los medios en los que se registran datos importantes para el cuidado de los pacientes. ¿Es eso sólo debido a la falta o retraso de inversión en las TIC? ¿O es el efecto de las formas organizativas, cultura y descreimiento respecto al valor del conocimiento que pueden aportar fuentes diferentes a las tradicionales en el mundo de la medicina? La base del retraso en la incorporación de las tecnologías está en la historia y en la cultura de la profesión médica pero también en las formas organizativas y de gestión adoptadas, que no han promocionado ni generado las estructuras, los medios y las formas de relación precisas para una organización del conocimiento o, aún más grave, no han considerado vital el conocimiento de evaluación clínica de los resultados y han generado información de control de gestión de carácter administrativo en lugar de poner a disposición de los profesionales sistemas de evaluación útiles.

Las tecnologías y sus avances son una condición necesaria, aunque no suficiente, para la incorporación de información objetiva en el proceso de toma de decisiones en la práctica profesional. En cualquier caso existen las tecnologías, los métodos y la posibilidad de obtener un caudal de conocimiento importante para la evaluación y mejora de los cuidados de los pacientes que desaprovechamos totalmente o en gran medida. Se aportan algunos ejemplos de estos medios, métodos y potencial.

Elementos básicos para la evaluación de servicios de salud

Si los profesionales sanitarios son la clave para ofrecer los cuidados precisos a los pacientes debe facilitárseles conocimiento útil para evaluar sus procesos y resultados y, por tanto, debe basarse en los problemas de salud y procesos de cuidados en términos clínicos.

Fue en los hospitales donde se inició el proceso de incorporación rutinaria de datos y análisis útiles para la evaluación de la actividad médica. En todos los países occidentales se ha seguido un proceso similar y de esa experiencia podemos extraer los elementos esenciales para otros servicios de salud.

Los requisitos básicos para el uso de información de evaluación por los médicos son:

1) "Medicalización" de la información:
   – Existencia de datos médicos rutinarios estándar (el conjunto mínimo básico de datos -CMBD- en el caso de la hospitalización, por ejemplo).
   – Metodologías de agrupación útiles (sistemas de clasificación de pacientes -SCP-).
2) Comparación entre pares:
   – Existencia de grandes bases de datos que permitan comparar con los resultados obtenidos por otros centros.
   – Metodologías de análisis robustas que permitan realizar comparaciones ajustando por los factores diferenciales, tanto de las prácticas como de los pacientes.
3) Orientación a la necesidad de los profesionales:
   – Valoración de los aspectos clave de decisión en el proceso de cuidados.
   – Fácil acceso a la información por parte de los profesionales.
   – Simplicidad de uso e interpretación.

El proceso anterior, culminado en el campo de la hospitalización y ya sólo sujeto a las mejoras metodológicas que la investigación vaya aportando, está en sus inicios en otros ámbitos de la atención a la salud. Así, este camino, seguido en el proceso de generación de información útil en el hospital, no será muy diferente del necesario para incorporar conocimiento de evaluación en otras áreas de la actividad de los servicios sanitarios: urgencias, actividad ambulatoria en todos sus ámbitos y, finalmente, en una visión integral de la atención sanitaria global ofrecida a las poblaciones adscritas.

La normalización de contenidos de datos y la inclusión de los elementos de información médica clave en cada caso (diagnósticos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos en la atención de agudos o nivel funcional en la atención socio-sanitaria), junto con la disponibilidad de los SCP adecuados a cada entorno, son la base imprescindible. El CMBD de hospitalización y los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)[2] han cubierto estas funciones en la mayoría de países de nuestro entorno, mientras que en otros ámbitos está en fases iniciales la adopción de sistemas ya disponibles.

En el ámbito de la atención ambulatoria existen ya SCP diversos, validados y comparados en diversos estudios. Entre ellos destacan los *Ambulatory clinical groups* (ACG)[3,4] por el nivel de validación y experiencia local ya disponible[5-7] y por la experiencia de uso en otros entornos[8,9]. Adicionalmente, su aplicabilidad como base para la evaluación de servicios de salud integrados les confiere un especial interés de futuro.

La existencia de bases de datos estándar genera, lógicamente, la creación de grandes repositorios que permiten acceder al segundo requisito: la comparación de resultados entre centros y poblaciones equivalentes o similares. Aparece entonces la necesidad de métodos de ajuste de riesgos más potentes que mejoren el potencial atribuible a sistemas de clasificación como los GRD. Los modelos logísticos de ajustes de riesgo se construyen a partir de información individual de cada episodio atendido relacionada con la medida deseada (edad, sexo, tipo de admisión, probabilidad de defunción de diagnósticos solos o en combinación) y del hospital donde este paciente resulta atendido. Entre los que mayor acogida han tenido en los hospitales españoles a efectos de su incorporación habitual en la evaluación de resultados para la gestión destacan los índices de mortalidad, complicaciones y readmisiones, que permiten comparar el número de sucesos adversos (se trate ya de defunciones, complicaciones o readmisiones urgentes a 30 días) observados en un hospital o servicio clínico con los que serían esperables dadas las características de los pacientes atendidos[10].

Aportaciones esperables

Una vez cubiertos los requisitos anteriores es plausible ofrecer a los profesionales información manejable, fácil de entender y que les permite trazar los resultados globales de su servicio o consulta hasta los pacientes individuales responsables de eventuales resultados mejorables. La generación de conocimiento comparativo con centros o prácticas similares puede alcanzar aspectos muy variados (casuística y complejidad de los pacientes atendidos, adecuación, eficiencia, proceso de cuidados, calidad, etc.). Desde un enfoque tradicional, la mayor aportación cabe esperarla en la mejora de la medida de los procesos asistenciales y sus resultados.

A título de ejemplo, en la Figura 1 se muestran las diferencias de mortalidad ajustadas por riesgo para 27 de los mayores hospitales españoles, derivándose la mayor utilidad del método en el trazado posterior a nivel de cada servicio y enfermedad pudiendo identificar los casos con baja probabilidad de defunción que han fallecido como base para una revisión de casos y la identificación de causas potenciales y la definición de acciones de mejora.

La descripción de los procesos asistenciales, las técnicas utilizadas, los fármacos o pruebas empleadas es otro de los campos donde los datos individuales contrastados con el promedio o con los de mejores resultados realmente alcanzados en el entorno tienen un gran potencial para la identificación de áreas de mejora (Figura 2).

Los dos ejemplos anteriores, provenientes de hospitales, son hoy perfectamente traducibles a la atención ambulatoria, entendiendo como tal la atención primaria, exclusivamente, o la atención global al paciente, que incluye la atención primaria, la urgencia hospitalaria, las hospitalizaciones y la atención ambulatoria especializada (si existen datos de este medio, hoy el menos desarrollado en términos de información). Así, en la Tabla 1 se muestra que los hipertensos moderados sin complicaciones graves de su hipertensión en el centro analizado tienen mayor proporción de casos en los de mayor comorbilidad y gravedad, los cuales muestran menos visitas año que en otros centros pero, en cambio, mucho mayor coste de farmacia, que también se da en los pacientes sin comorbilidades.

Epílogo

La relación entre evaluación y gestión es evidente: no es posible mejorar la prestación de un servicio (ya sea en términos de calidad, eficiencia o cualquier otra dimensión deseada) sin una medida comparada con los resultados realmente conseguidos en condiciones similares en el entorno. Los indicadores de evaluación deben aportar información útil a los distintos agentes implicados en la provisión y gestión de servicios sanitarios, pero muy especialmente a los profesionales de los que depende el proceso de cuidados de los pacientes. Dado que cada agente dentro del sistema sanitario está sujeto a expectativas, intereses y objetivos específicos de desempeño, distintos deberán ser también los fenómenos a medir en cada caso. A pesar de ello, en la producción de información útil como vehículo de conocimiento evaluativo deben convivir la pluralidad de objetivos anterior, el rigor en la métrica, la

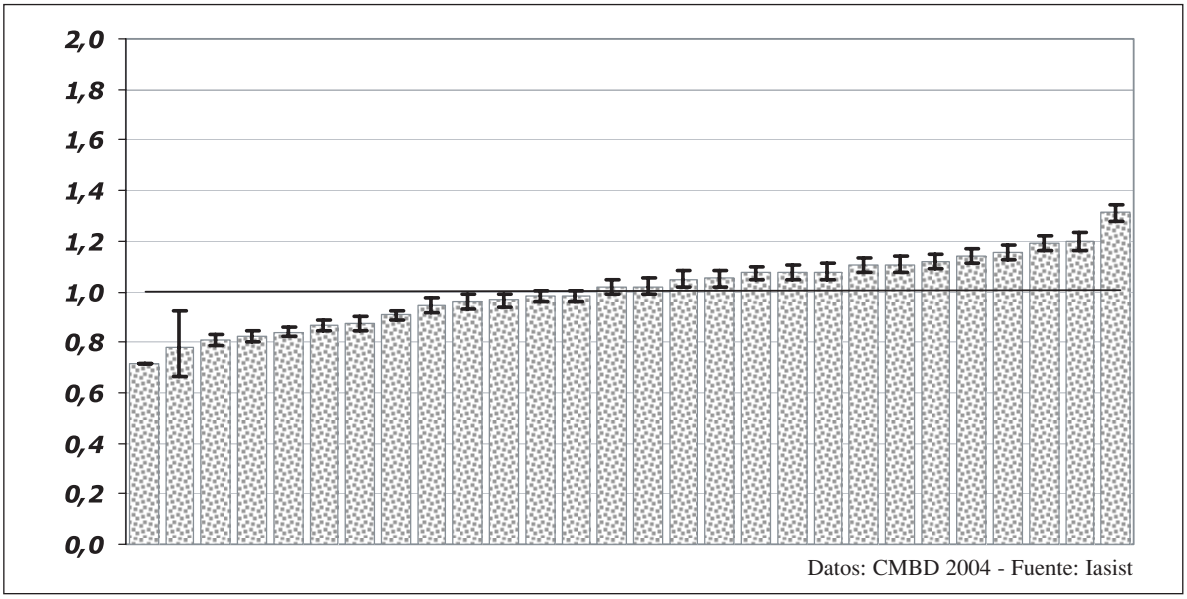


FIGURA 1. **Índice de mortalidad ajustado por riesgo: grandes hospitales docentes. Altas en 2004**

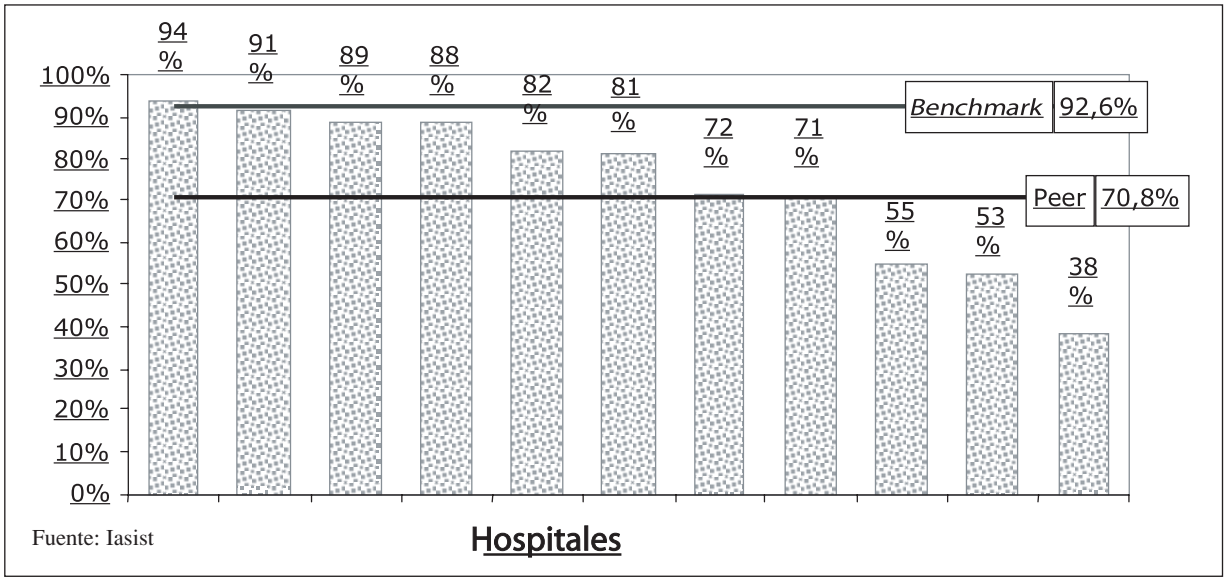


FIGURA 2. **Porcentaje de *by pass* coronario con arteria mamaria. Grandes hospitales docentes. Altas en 2002**

TABLA 1. **Visitas año y coste de farmacia en hipertensos sin complicaciones graves por ACG**

Pacientes con hipertensión moderada, sin complicaciones graves									
ACG más frecuentes	Peso relativo	% Casos		Visitas por paciente			Coste medio farmacia (€)		
		Centro	Referencia	Centro	Referencia	Impacto Visitas	Centro	Referencia	Impacto (€)
4100 2 - 3 ADG, edad > 34	1,11	22	20	8,8	13,6	- 10.094	511	494	**35.751**
4410 4 - 5 ADG, edad > 44 sin ADG mayores	1,48	14	14	12,0	17,7	- 7.628	549	557	- 16.824
4420 4 -5 ADG, edad > 44, 1 ADG mayor	2,76	11	11	13,6	19,4	- 6.099	797	840	- 90.429
4910 6 - 9 ADG, edad > 34, 0 -1 ADG mayor	3,43	24	22	18,7	25,3	- 15.142	976	913	**132.489**

necesidad de referentes de comparación y la información disponible para satisfacerlos.

Las dificultades reales derivadas de la complejidad de los fenómenos a medir son la razón del debate recurrente entre las bondades de la evaluación óptima y las realidades de la evaluación factible[11]; sin embargo, la falta de métodos perfectos no es excusa para el no aprovechamiento del nivel de conocimiento obtenible si con ello se contribuye a la mejora del servicio. De igual modo, no tiene sentido generar nuevas cargas de datos e información diseñadas *ad hoc* para fines específicos sin aprovechar previamente la inversión realizada en información disponible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Druker P. Post-capitalist society. New York: Harper and Row; 1993.
2. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis related groups. Med Care. 1980;18:1-53.
3. Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorisation of diagnoses for research and management. Health Serv Res.1991;26:53-74.
4. Weiner J, Satarfield B, Steinwachs D, Mumford L. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. Med Care.1991;29:452-72.
5. Juncosa S, Bolívar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los ambulatory care groups (ACCs). Gaceta Sanitaria. 1997;1:83-94.
6. Orueta JF, López-de Munain J, Báez K, Aiarzaguena J, Aranguren J, Pedero E. Applications of the ambulatory care groups in the primary care of a European nacional health care system: does it work? Med Care. 1999;37:238-48.
7. Orueta JF, Urraca J, Berraondo I et al. Adjusted clinical groups (ACG) explain the utilization of primary care in Spain based on information registered in the medical records: A cross-sectional study. Health Policy. 2006;76(1):38-48.
8. Carlsson L, Börjesson U, Edgren L. Patient based 'burden-of-illness' in Swedish primary health care. Applying the Johns Hopkins ACG case-mix system in a retrospective study of electronic patient records. Int J Health Plann Mgmt. 2002;17:269-82.
9. Gifford GA, Edwards KR. Health-based capitation risk adjustment in Minnesota public health care programs. Health Care Financing Rev. 2005;26(2):21-41.
10. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:107-18.
11. Peiró S, Casas M. Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalba JR, Aibar C, editores. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas. València: Generalitat Valenciana; 2002.

Evaluación de las estrategias de calidad de los hospitales europeos: Proyecto MARQuIS

Rosa Suñol[1], Paula Vallejo[2]

[1]Directora del Instituto Universitario Avedis Donabedian, Directora de la Cátedra de Investigación en Calidad de la Facultad de Medicina UAB y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); [2]Directora de proyectos del Instituto Universitario Avedis Donabedian y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Esta ponencia se enmarca dentro del proyecto de investigación "*Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies*" (MARQuIS), financiado por el sexto programa marco de investigación de la Unión Europea. El proyecto MARQuIS está coordinado por la Fundación Avedis Donabedian, cuenta con la participación de doce organizaciones europeas destacadas en el ámbito de la calidad asistencial y tiene una duración de 3 años (2005 - 2007).

La necesidad de investigar las estrategias de calidad asistencial de los distintos países europeos surge ante el aumento progresivo de la movilidad interna dentro de la Unión Europea. Aunque muchas personas se mueven por motivos no relacionados con la sanidad, este aumento de movilidad tiene un impacto potencial en los servicios sanitarios y crea nuevas necesidades y demandas. En estos momentos, ni los gobiernos ni los ciudadanos tienen información suficiente para comparar los servicios sanitarios proporcionados en Europa ni para decidir cuál es el mejor centro al que acudir para recibir un determinado tratamiento. Al mismo tiempo, se están aplicando multitud de estrategias para evaluar, asegurar y mejorar la calidad de la asistencia en los distintos países europeos. Por estos motivos, el proyecto MARQuIS tiene el objetivo de comparar las políticas y estrategias de mejora de calidad adoptadas por los servicios sanitarios de los distintos países de la Unión Europea y considerar su uso potencial cuando los pacientes reciben asistencia sanitaria en otro país de la Unión. Esta información, además, será útil para valorar la conveniencia de desarrollar sistemas de mejora de calidad asistencial a nivel europeo.

Aunque el objetivo del estudio se centra en la calidad de la atención a los pacientes transfronterizos, se partía de la premisa que ésta vendría determinada por el nivel de calidad asistencial general del centro más el cumplimiento de algunos requisitos específicos para este colectivo y se entendía que ambos aspectos debían ser estudiados conjuntamente. Entre los marcos teóricos de calidad asistencial existentes, en este estudio se tomó como referencia el modelo del "*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*" (PATH), desarrollado por la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud en el año 2003. Se escogió este modelo por ser reciente y estar basado en la revisión bibliográfica de todos los modelos publicados previamente y en grupos de discusión de expertos internacionales. El modelo conceptual del PATH aboga por un enfoque multidimensional de seis dimensiones interrelacionadas. Dos de estas dimensiones (seguridad y orientación al paciente) son centrales y están relacionadas con las otras cuatro dimensiones (efectividad clínica, eficiencia, orientación a los profesionales y responsabilidad social)[1]. En el proyecto MARQuIS se abordan principalmente las dos dimensiones centrales del PATH (seguridad y orientación al paciente) por su mayor importancia relativa dentro del modelo y su relación con las demás dimensiones.

Podemos estructurar todo el trabajo llevado a cabo durante estos casi tres años en dos grandes bloques: una primera fase del proyecto compuesta por distintos estudios para recoger información sobre las características de la atención transfronteriza prestada en Europa, así como las estrategias de calidad utilizadas, y una segunda fase de trabajo de campo, en la que se utilizan instrumentos de evaluación elaborados a partir de la información recogida en la primera fase.

En la primera fase del proyecto se identificaron, compararon y evaluaron las estrategias de mejora de calidad aplicadas a nivel nacional en la Unión Europea para definir, medir y mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria. Para ello, se realizó un estudio de la literatura existente, se elaboró un marco de análisis y se encuestó a profesionales destacados en gestión sanitaria de los 25 países que pertenecían a la Unión Europea en 2005. En este estudio se identificaron las 7 estrategias de calidad más relevantes a nivel nacional en estos momentos: acreditación, programas internos de mejora de calidad, auditorias internas, sistemas de seguridad del paciente, guías clínicas, indicadores de calidad y sistemas para recoger la opinión de los pacientes[2]. A continuación se llevó a cabo un estudio para identificar la tipología de atención más común prestada a los pacientes europeos transfronterizos y se identificó que la atención transfronteriza prestada en la Unión Europea es principalmente debida a procesos agudos (provocada, por ejemplo, por traumatismos) y que no supone más del 1% del total de la asistencia prestada en la Unión Europea[3]. Finalmente, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas mediante encuestador a pacientes que estaban ingresados en un país de la Unión Europea distinto al suyo y entrevistas semiestructuradas telefónicas a profesionales (médicos y enfermeros con experiencia directa en la atención a pacientes extranjeros) y gestores sanitarios para identificar los requisitos que cada uno de estos grupos consideraba más importantes respecto a la calidad y seguridad a la hora de recibir/prestar atención

sanitaria transfronteriza. Los resultados de este estudio incluyen requisitos de calidad que se agrupan en cuatro grandes bloques: requisitos de calidad específicos sobre comunicación y lenguaje, requisitos sobre aspectos administrativos, requisitos sobre aspectos clínicos de la atención y requisitos de calidad relacionados con la estructura física y los servicios hoteleros[4].

La información recabada en todos estos estudios de la primera fase del proyecto se utilizó como base para elaborar los instrumentos de medida que se utilizarían en el trabajo de campo del proyecto, llevado a cabo entre 2006 y 2007 en 8 países de la Unión Europea: Bélgica, España, Holanda, Irlanda, Francia, Polonia, Reino Unido y República Checa. El trabajo de campo tenía el objetivo de describir cómo habían aplicado los hospitales de estos países las estrategias nacionales de mejora de calidad y en qué medida daban respuesta a los requisitos de calidad identificados por los distintos grupos de interés en las fases previas del proyecto. Para ello se llevaron a cabo dos actividades de recogida de información:

1) En primer lugar se invitó a participar en el estudio a los hospitales de los países participantes que cumplían los criterios de inclusión (hospitales de agudos de más de 100 camas que proporcionasen atención al menos a 2 de los 3 procesos cubiertos en el estudio: infarto agudo de miocardio, partos y apendicitis). Se recogieron datos mediante un cuestionario autoadministrado compuesto por más de 500 preguntas cerradas que exploraba aspectos estructurales básicos del centro, aspectos del sistema de mejora de la calidad y cumplimiento de los requisitos más importantes para la atención de pacientes transfronterizos que habían sido identificados en las fases previas del proyecto. El cuestionario cubría la gestión de calidad en la institución a tres niveles: a nivel estratégico, a nivel global del hospital y en la atención de diagnósticos específicos. Cerca de 400 hospitales de los 8 países participantes contestaron al cuestionario, que se cumplimentaba a través de Internet.
2) Una muestra intencionada de los hospitales que habían contestado el cuestionario recibió además una evaluación *in situ* del centro. En la evaluación *in situ* de los hospitales, evaluadores externos independientes, experimentados y específicamente formados para este fin recogieron la información directamente en los centros, utilizando un instrumento de evaluación compuesto por 341 ítems de respuesta cerrada que cubría los tres niveles de estructura del cuestionario y una pregunta abierta para recoger los aspectos más destacados del centro a criterio del evaluador. Cerca de 100 hospitales de 6 países recibieron esta evaluación externa.

La información recogida mediante el cuestionario y la evaluación *in situ* de hospitales está siendo utilizada para analizar la aplicación de las estrategias de calidad en los centros y la medida en que se cumplen los distintos requisitos de calidad identificados. Además, a partir de esta información, el equipo investigador está desarrollando un instrumento estandarizado que servirá para evaluar el grado de madurez o desarrollo del sistema de mejora de calidad de los hospitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care. 2005;17:487-96.
2. Spencer E, Walshe. A survey of quality improvement policies and strategies in health care systems of member states of the European Union. Report for the project "Methods of Assessing Response to Quality Improvement Initiatives, MARQuIS". Project Report to EU DG Research.
3. Vallejo P, Suñol R, Van Beek B. Volume and type of care deliver in another member state. Report for the project "Methods of Assessing Response to Quality Improvement Initiatives, MARQuIS". Project Report to EU DG Research.
4. Groene O, Poletti P, van Beek B, Vallejo P, Comunian C, Suñol R, et al. Priorities for using care abroad / delivering care to non-residents: patients, financing bodies, health care organizations and professionals. Report for the project "Methods of Assessing Response to Quality Improvement Initiatives, MARQuIS". Project Report to EU DG Research.

Situación de la evaluación y la mejora de la calidad en el Sistema Nacional de Salud

Óscar Moracho del Río[1], Fernando Palacio Lapuente[2]

[1]Socio Director Innovasalud - Consultoría sanitaria. Bilbao; [2]Centro de Salud Ondarreta - Osakidetza. Donostia - San Sebastián.

El objetivo del informe consiste en conocer el enfoque, las herramientas y los resultados obtenidos en las diferentes Comunidades Autónomas para establecer un diagnóstico actualizado de la situación de la evaluación y mejora de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

Para ello se ha elaborado una ficha para la recogida de datos, que ha sido remitida por parte de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) a todas las Comunidades Autónomas para su cumplimentación.

A falta de recibir datos de alguna Comunidad Autónoma, se aprecia una gran diversidad tanto en el enfoque como en las herramientas de gestión utilizadas por cada una de ellas.

El formato utilizado se adjunta en la ficha adjunta.

COMUNIDAD AUTÓNOMA:
FECHA EN QUE SE RELLENA ESTA FICHA:
COLABORADOR QUE RELLENA ESTA FICHA
FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS PARA RELLENAR ESTA FICHA (personas, documentación, sitios web, conocimiento personal, etc.)
PLAN DE CALIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA SÍ ☐ NO ☐ Describir brevemente (fecha de inicio, objetivos y líneas estratégicas, nivel de implantación en estos momentos)
SISTEMA DE ACREDITACIÓN O DE CERTIFICACIÓN DE CALIDAD APLICABLE A LOS CENTROS SANITARIOS (HOSPITALES Y/O CENTROS DE SALUD) SÍ ☐ NO ☐ Describir brevemente (fecha de inicio, alcance, en qué se basa, nivel de implantación en la actualidad). Especificar la implantación de modelos de excelencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma.
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD O SIMILAR SÍ ☐ NO ☐ Describir brevemente la estructura específica responsable de la gestión de la calidad Existe la Dirección General de Planificación y Acreditación y la Dirección General de Planificación
RESPONSABLES DE CALIDAD EN LOS CENTROS SÍ ☐ NO ☐ Describir brevemente la estructura de gestión de la calidad en los hospitales y áreas básicas de salud
MEMORIA ANUAL DE CALIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA SÍ ☐ NO ☐ Dirección web donde puede consultarse. Especificar desde qué año se emite esta memoria anual
ACCIONES EMBLEMÁTICAS EN EL ÁMBITO DE CALIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Describir brevemente objetivos, fecha de inicio, despliegue y principales resultados
RESEÑAR SI EXISTE ALGUNA ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN EN LOS CENTROS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE: GESTIÓN POR PROCESOS, GUÍAS CLÍNICAS O VÍAS CLÍNICAS Especificar nivel de desarrollo actual
RATIO DE POBLACIÓN POR CAMA HOSPITALARIA
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ATENDIDA POR EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
GRADO DE INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN HOSPITALES

EXISTE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SÍ ☐ NO ☐ Si se ha evaluado la cartera de servicios, especificar los principales resultados y la periodicidad de esta evaluación
GRADO DE INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
PRINCIPALES DESARROLLOS DE LA LEY 21/2002 DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA. Aludir al desarrollo de: voluntades anticipadas y segunda opinión
ACCIONES IMPLANTADAS PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE EL EMPLEO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS (por ejemplo, solicitud de cita por Internet)
ACCIONES IMPLANTADAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES SÍ ☐ NO ☐ Descripción, fecha de inicio y desarrollo actual
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL O DE CLIMA LABORAL SÍ ☐ NO ☐ Descripción, fecha de inicio y desarrollo actual
ACCIONES IMPLANTADAS PARA DIFUNDIR MÉTODO Y CULTURA CALIDAD ENTRE PROFESIONALES Especificar los canales de participación de los profesionales en la evaluación y mejora de la calidad
EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Órgano responsable, acciones implantadas
ACCIONES IMPLANTADAS PARA LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICO-ASISTENCIALES

Herramientas de evaluación

Jorge de Miguel

Dirección de Proyecto Sector Sanitario de DNV

La gestión por procesos orientada al paciente: interpretación de los requisitos de la Norma ISO 9000 en la organización de la propia entidad sanitaria

Desde el año 2004, DnV dispone de un proyecto específico en el área sanitaria basado principalmente en tres grandes líneas de actuación:

– Criterios de auditoría transparentes y uniformes, asegurados por un equipo de 7 auditores seleccionados para el sector.
– Formación corporativa en organizaciones sanitarias, basada en la experiencia en certificación y en los criterios de auditoría.
– Auditoría basada en la orientación al paciente, revisando los criterios organizativos de la atención sanitaria para garantizar las necesidades y expectativas del paciente. Esta orientación hace que DnV se centre en el método, y no en la forma, para alcanzar este resultado.

Curiosamente los requisitos de la Norma ISO 9000 coinciden plenamente con los criterios de organización en los diferentes dispositivos de atención sanitaria, tanto especializada como primaria.

Los principios en los que se basa esta actuación residen exclusivamente en la orientación al paciente, que toma como núcleo de evaluación la satisfacción: a) las necesidades del paciente (diagnóstico certero, tratamiento eficaz en condiciones seguras para el paciente y garantizando la continuidad de cuidados); y b) las expectativas del paciente (derechos de información y trato, en instalaciones confortables y garantizando la intimidad del paciente y su alimentación, ésta bajo prescripción facultativa).

Con estos objetivos, se analizan, entre otros factores:

– Las etapas identificadas en cada dispositivo**,** bien sea de atención directa (i. e., hospitalización), de apoyo al área asistencial (i. e., apoyo al diagnóstico) o de apoyo estructural (i. e., alimentación o mantenimiento), velando para que toda aquella etapa que incida en necesidades o expectativas esté adecuadamente identificada: 1) etapas clínicas: las desarrolladas por facultativos, enfermería y auxiliares; y 2) etapas "no clínicas": traslados, limpieza, asistencia social, etc.
– Las interacciones / comunicación entre dispositivos y servicios y entre procesos, procurando, sobre todo, que se hayan identificado toda la información y las actuaciones necesarias que influyan en la continuidad de cuidados, seguridad, información o trato sin que existan "vacíos" organizativos o de responsabilidad que afecten a estas necesidades y expectativas.
– La definición de requisitos organizativos claros y asignación de responsabilidades para los mismos, requisitos organizativos basados en la coordinación necesaria en el dispositivo para cubrir las necesidades diagnósticas y de tratamiento, la continuidad y la seguridad. Se valora también la información como acto planificado.
– La estructura (infraestructura y equipos) necesaria para la seguridad del paciente y para la intimidad, incluso por encima de la confortabilidad.
– El registro de actividad, que debe coincidir y no debe exceder la necesidad de coordinación entre dispositivos (bases de datos de admisión, laboratorio, etc.) y los contenidos regulados de la historia clínica (Ley de autonomía del paciente, artículo 15).

A partir de la definición adecuada del proceso, surge la medición, nunca como fin sino como antesala del análisis, verdadero valor añadido de la gestión por procesos, con objeto de identificar la necesidad de recursos y/o de mejora en la organización para la definición de objetivos y planes de mejora.

Se debe indicar que el análisis es el "eterno" olvidado de la gestión por procesos.

La batería de información necesaria suele coincidir con herramientas de medición ya existentes en la organización y se puede agrupar de acuerdo a la siguiente distribución:

– Expectativas del paciente: encuestas, reclamaciones.
– Necesidades del paciente: accesibilidad al dispositivo; permanencia en el dispositivo; reingreso en cualquier dispositivo; *exitus*; y seguridad del paciente.

En definitiva, debe existir plena coincidencia entre la Norma ISO 9000, los criterios de certificación y las necesidades de gestión y organización de la propia entidad sanitaria.

Mejores comunicaciones del XXV Congreso de la SECA

María Pilar Astier

Presidenta del Comité Científico

El comité científico ha evaluado todos los resúmenes de comunicaciones presentados al Congreso, un total de 831, considerando diferentes aspectos como el diseño del estudio, la metodología utilizada, los resultados que se presentan y la conclusión o valoración global. Del total de resúmenes evaluados, el comité ha seleccionado los cuatro trabajos mejor puntuados a tenor del resumen presentado. Estas cuatro comunicaciones son además un buen reflejo de las áreas de trabajo de más actualidad en relación con la mejora de la calidad asistencial. A continuación vamos a poder disfrutar de su lectura más detallada.

Una de estas comunicaciones nos llevará a conocer la implantación de una estrategia global en seguridad de pacientes (SP) en un hospital de Asturias en el que se ha incluido la SP dentro del modelo ISO de certificación de calidad, siendo el mapa de SP un proceso estratégico y transversal.

Otra de las comunicaciones nos introduce en una herramienta de evaluación por comparación y aprendizaje de los mejores, con la propuesta de un *benchmarking* cuantitativo y cualitativo entre 7 hospitales públicos de diferentes comunidades autónomas. Nos exponen el proceso para implantar el *benchmarking* cualitativo (comparar procesos, aprender de quienes obtienen mejores resultados y aplicarlos en cada centro) para las patologías de fractura de cadera y EPOC reagudizado.

Partiendo de una revisión sistemática sobre estudios de satisfacción realizada en España entre 1986 y 2001, donde se criticaba la validez de los diseños de las encuestas de satisfacción y su metodología, surge el trabajo que se presenta en otra de las comunicaciones seleccionadas. Éste nos ofrece una propuesta para valorar la influencia de la disposición optimista del paciente sobre los resultados de 3 escalas de medición de la satisfacción del usuario utilizadas con frecuencia en el entorno sanitario (SGEM, cuestionario de expectativas de los pacientes y LOPSS de satisfacción con los cuidados de enfermería).

La mejora del proceso asistencial directo cotidiano tiene también su espacio con la presentación de los resultados de un proyecto de mejora de la calidad de la asistencia en el manejo de una patología muy frecuente en nuestro medio, como es el Síndrome Coronario Agudo (SCA) –IAM y angina inestable–, en un centro de salud de Cambrils (Tarragona) por medio del diseño de una guía de práctica clínica informatizada y un *checklist* de actividades a realizar ante la sospecha de este diagnóstico. Presentan los indicadores asistenciales de esta patología el año previo a la puesta en marcha del proyecto y del año de la implantación.

Esperamos que la lectura más detallada de estas comunicaciones nos resulte gratificante, además de inspiradora para nuevos proyectos de mejora en nuestro entorno de trabajo.

Influencia del optimismo en las escalas de satisfacción de los pacientes

Armand Grau, Maria Àngels Pérez, Laia Salleras, Sònia Adroher, Maria Pujol

Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà. Figueres.

Introducción

La satisfacción del paciente depende de la percepción subjetiva de la calidad de la asistencia recibida en relación con las expectativas que había proyectado sobre dicha asistencia. Los profesionales sanitarios se esfuerzan por mantener una calidad objetiva elevada (bajo parámetros científicos y técnicos) en los actos encaminados a mejorar la salud de los usuarios. Actualmente, siguiendo a Donabedian[1], se considera que una asistencia objetivamente adecuada alcanza un alto nivel de calidad si cumple las expectativas del paciente y le proporciona satisfacción. Por dicho motivo, los estándares de la *Joint Commission*, el modelo EFQM, el modelo iberoamericano y las normas ISO 9001:2000 coinciden en la importancia de la opinión del paciente[2].

La satisfacción del paciente suele medirse mediante técnicas cuantitativas utilizando encuestas. En una revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España durante los años 1986 a 2001 se criticaba la validez de los instrumentos utilizados y la metodología de los diseños[3]. Por dicho motivo consideramos importantes las contribuciones destinadas a mejorar el desarrollo y la interpretación de los estudios de satisfacción en los pacientes.

El optimismo es una característica de las personas que puede influir en sus percepciones y, por lo tanto, en las respuestas que realicen en cuestionarios que miden aspectos subjetivos, como pueden ser la percepción de salud, estados de ánimo y encuestas de satisfacción, entre otras. Sin embargo, la variable optimismo no suele ser valorada como posible factor modulador de estas percepciones para poder realizar medidas ajustadas.

Objetivos

Valorar la influencia de una disposición optimista del paciente sobre los resultados de tres escalas de satisfacción validadas y de uso habitual.

Métodos

Sujetos

La muestra del estudio estuvo formada por 351 pacientes (184 hombres, 52,4%; edad media 59,23 años, DT = 18,2), que ingresaron en el servicio de cirugía de nuestro hospital desde enero a diciembre del año 2006, permanecieron más de dos días ingresados, tuvieron un test de Pfeiffer (deterioro cognitivo) inferior a 5, sin impedimentos para contestar la encuesta y que aceptaron participar tras solicitar su consentimiento informado.

Instrumentos

La escala de optimismo disposicional LOT-R (*Revised Life Orientation Test*) en la versión validada al castellano por Fernández y Bermúdez (1999). Consta de diez afirmaciones, tres de significado positivo, tres de significado negativo y cuatro ítems que son distractores. Este cuestionario se responde con una escala del 1 al 5, siendo 1 "totalmente en desacuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". La puntuación de optimismo se obtuvo sumando las puntuaciones de los tres ítems positivos y restando las puntuaciones de los tres ítems negativos, sin tener en consideración los distractores.

La escala SGEM de satisfacción general con la hospitalización puntúa de 7 (mayor satisfacción) a 49 (menor satisfacción). Consta de 7 ítems con formulación neutra o positiva que miden la satisfacción global, la satisfacción con la información, con la atención médica, con los cuidados de enfermería y con el ambiente del hospital.

El cuestionario de expectativas de los pacientes CEP tiene 5 ítems con formulación neutra o positiva que valoran el cumplimiento de las expectativas de los pacientes en las mismas dimensiones descritas en SGEM. Puntúa de 5 (mucho mejor de lo esperado) a 25 (mucho peor de los esperado).

La LOPSS estudia la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Está compuesta de 12 afirmaciones que describen las conductas de enfermería, 5 formuladas en positivo y 7 en negativo. Cada enunciado dispone de 7 posibilidades de respuesta, desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo", y después de invertir los resultados de las afirmaciones de contenido negativo, la puntuación posible oscila de 12 (mayor satisfacción) a 84 (menor satisfacción). En el Anexo se incluye esta escala de satisfacción del paciente.

Resultados

La escala de optimismo disposicional LOT-R obtuvo una media de 3,7 puntos (DT = 4,1). La división por tertiles de los participantes los clasificó como optimismo inferior (OI = 111 pacientes con valor inferior a 2), optimismo medio (OM = 126 pacientes con valor entre 2 y 5) y optimismo superior (OS = 113 pacientes con valor superior a 5).

Las medias (DT) obtenidas en las escalas de satisfacción de los pacientes según los tres niveles de optimismo fueron los siguientes:

– En la SGEM los pacientes con optimismo superior estaban más satisfechos: OI 14,8 (5,7); OM 14,69 (5,8); OS 12,94 (5,6); p = 0,025.

– En la CEP no se observaron diferencias entre los niveles de optimismo: OI 11 (3,7); OM 10,76 (3,9); OS 10 (4); p = 0,145.
– En la LOPSS, a medida que aumentaba el nivel de optimismo también aumentaba la satisfacción: OI 35,48 (13,7); OM 31,63 (13,5); OS 25,17 (10,6); p = < 0,001. En la valoración de las actuaciones positivas de la LOPSS no se obtuvieron diferencias según el nivel de optimismo: OI 11,4 (6,5); OM 11,8 (5,5); OS 10,72 (4,7); p = 0,315. En cambio, en la valoración de las actuaciones negativas se aprecia una notable influencia del nivel de optimismo OI 23,05 (11,6); OM 19,63 (11,5); OS 14,4 (8,4); p = < 0,001. La valoración media obtenida para cada afirmación sobre la actividad de enfermería según el grado de optimismo puede visualizarse gráficamente en la Figura 1 (enunciados negativos de la LOPSS) y en la Figura 2 (enunciados positivos de la LOPSS).

No se observaron diferencias en los resultados de las escalas según las siguientes variables: sexo, edad, tener pareja, nivel de estudios, mantener actividad laboral y creer en una religión.

Discusión

En un estudio previo con una muestra de 1.091 profesionales sanitarios encontramos una relación entre la valoración personal del grado de optimismo mediante una escala lineal numerada de 0 a 10 y las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, el cuestionario de desgaste profesional *Maslach Burnout Inventory* y un cuestionario de clima organizacional [6].

Posteriormente, con una muestra de 265 personas, observamos que la escala lineal numerada de optimismo utilizada correlacionaba bien con el LOTR que mide optimismo disposicional, con una rho de Spearman de 0,638 y, en cambio, correlacionaba mal con el EASQ (*Expanded Attributional Style Questionnaire*) que mide el estilo explicatorio optimista, con una rho de Spearman de – 0,186 [7].

Se han conceptualizado dos tipos principales de optimismo: el optimismo disposicional y el estilo explicatorio optimista. El optimismo disposicional consiste en la creencia de que generalmente pasarán cosas buenas y los sucesos malos serán escasos[8]. Se trata del mantenimiento estable de unas expectativas generalizadas de obtener buenos resultados en importantes aspectos de la vida[9]. Dentro del optimismo disposicional, además de la expectativa de acontecimientos favorables futuros, hay una tendencia a valorarse a sí mismo en positivo.

El estilo explicatorio optimista se fundamenta en la observación de la diferente respuesta ante acontecimientos adversos, entre quienes explican el proceso con una visión optimista y quienes lo hacen con visión pesimista. Los optimistas no se consideran responsables directos del hecho, no son los causantes y no se culpabilizan. Valoran una determinada situación como un proceso transitorio, pasajero, no

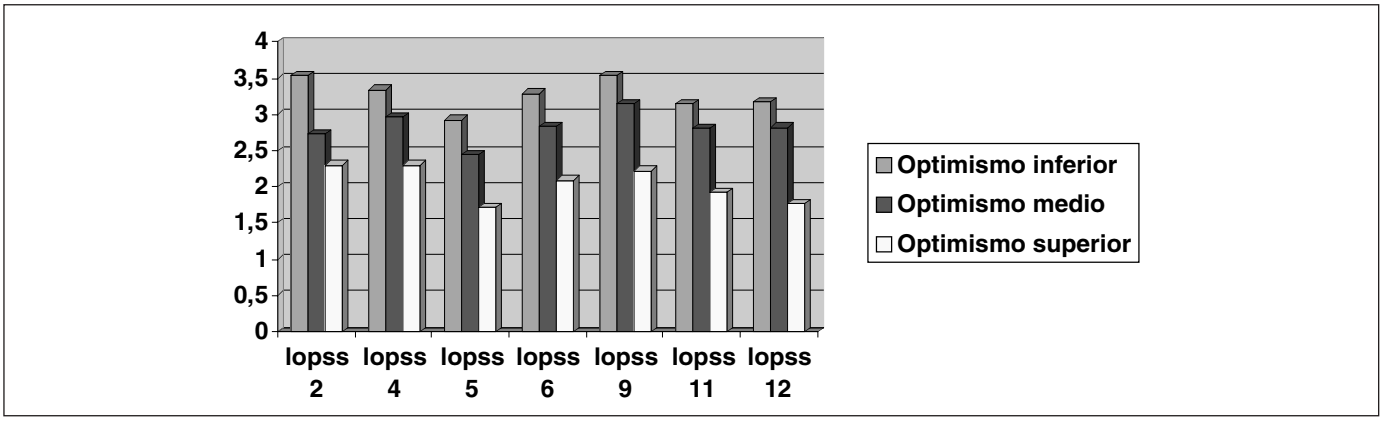


FIGURA 1. **Valoración de los enunciados negativos de la LOPSS según el grado de optimismo**

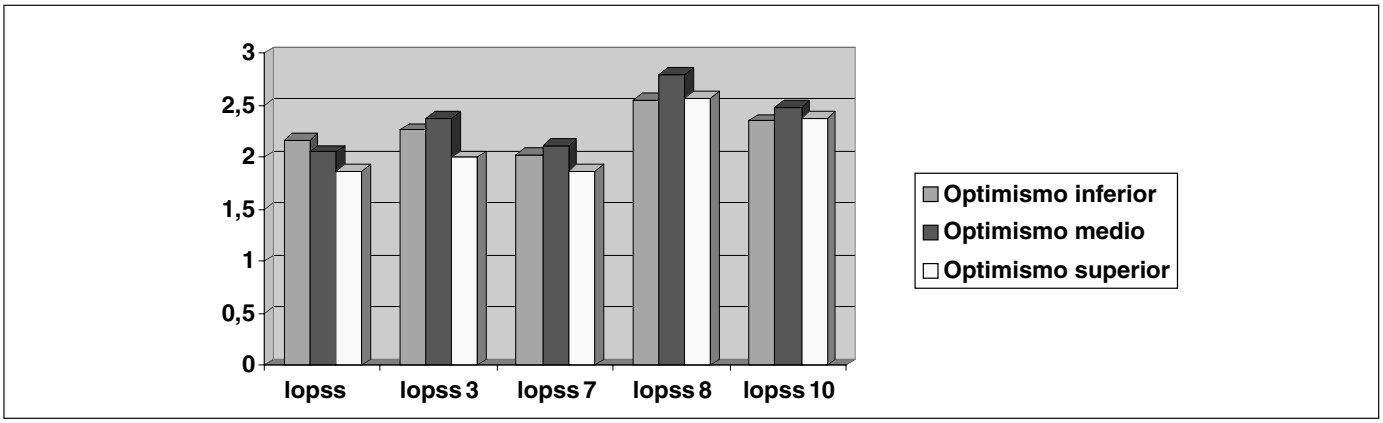


FIGURA 2. **Valoración de los enunciados positivos de la LOPSS según el grado de optimismo**

definitivo y siempre individualizan el hecho, sin extenderlo y generalizarlo al resto de los actos de su vida[10].

Nuestros resultados muestran pequeñas diferencias en la valoración del SGEM en función del grado de optimismo disposicional. Sólo los más optimistas tienden a una mejor valoración, siendo similar entre los niveles medio e inferior de optimismo.

En la CEP no hay diferencias en la valoración obtenida, aunque mantiene una tendencia hacia la mejor valoración en los más optimistas. Sería interesante explorar las expectativas previas (qué se espera) de los pacientes según el nivel de optimismo, con anterioridad a la realización del acto asistencial, para considerar su posible influencia en esta mayor homogeneidad, ya que la CEP valora el resultado como mejor, igual o peor a lo esperado. En estos dos cuestionarios la formulación de las preguntas es neutra o positiva.

En la LOPSS se produce una evidente gradación en la valoración de las actuaciones de enfermería según el nivel de optimismo del encuestado. Sin embargo, esta gradación sólo se aprecia cuando la formulación solicita el grado de acuerdo con aspectos negativos, sin observarse diferencias en los enunciados de aspectos positivos. Los pacientes menos optimistas parecen encontrarse más cómodos para valorar críticamente los actos de enfermería manifestando su acuerdo con afirmaciones de significado negativo.

Conclusiones

Los factores personales de los encuestados, como la disposición optimista delante de una situación determinada, influyen en el resultado de las encuestas de satisfacción a los pacientes. En el caso específico de la LOPSS, las diferencias en la valoración de las respuestas según el grado de optimismo afloran sólo cuando se solicita el grado de acuerdo con la aparición de actuaciones negativas por parte de enfermería. Aunque las encuestas con formulaciones negativas podrían ser más discriminativas, para poder realizar comparaciones entre diferentes muestras sería preciso ajustar los resultados por el grado de optimismo de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. The quality of care. JAMA. 1988;260:1743-8.
2. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:273-83.
3. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:580-90.
4. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-steem): A reevaluation of the Life Orientation Test. J Personality Soc Psychol. 1994;67:1063-78.
5. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertran C, Hortal G et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Enferm Clin. 2006;16:19-26.
6. Grau A, Suñer R, García MM. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:370-6.
7. Grau A, Font-Mayolas S, Gras ME, Suñer R, Masferrer L, Salamó A. Valor y significado de una pregunta simple para evaluar el optimismo. Póster presentado en el VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela. España; Setiembre 2006.
8. Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. J Personality. 1987;55:169–210.
9. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. Quality Life Res. 2003;12(supl 1): 59-72.
10. Peterson C, De Avila, ME. Optimistic explanatory style and the perception of health problems. J Clin Psychol. 1995;51:128-32.

ANEXO. **LOPSS: Escala de satisfacción del paciente**

Cuando usted responda sobre las siguientes afirmaciones piense que se refiere solamente al personal de enfermería.

1 Totalmente de acuerdo	2 Bastante de acuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Algo en desacuerdo	6 Bastante en desacuerdo	7 Totalmente en desacuerdo

1. Me ayudaron a comprender mi enfermedad	1	2	3	4	5	6	7
2. Parecían más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6	7
3. Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero	1	2	3	4	5	6	7
4. Deberían ser más amables	1	2	3	4	5	6	7
5. Tuvieron poca paciencia	1	2	3	4	5	6	7
6. Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado	1	2	3	4	5	6	7
7. Daban consejos útiles	1	2	3	4	5	6	7
8. Podía compartir con ellas mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
9. Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente	1	2	3	4	5	6	7
10. Me comprendían cuando les contaba mis problemas	1	2	3	4	5	6	7
11. Deberían realizar su trabajo más a conciencia	1	2	3	4	5	6	7
12. En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas	1	2	3	4	5	6	7

Hospital Monte Naranco: una estrategia global en seguridad de pacientes

María Dolores Menéndez-Fraga, María Luisa Parra-León, Ángeles Cueva-Álvarez, Inés Pérez-Suárez, Vicente Herranz-González, Fernando Vázquez-Valdés

Servicio de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico; Gerencia; Departamento de Enfermería. Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Introducción

En los últimos años, la calidad y seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. Según datos de los Estados Unidos se producen errores médicos que pueden producir hasta 98.000 muertes anuales y aproximadamente el 10 % de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos lo que tiene repercusiones económicas: hospitalizaciones, demandas judiciales, infecciones, pérdidas humanas, discapacidades y gastos médicos (MSC, 2005). En España, la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria es del 8,4 % (J. M. Aranaz Andrés *et al*., 2006).

El interés en los riesgos ya estaba ligado anteriormente a problemas como los efectos indeseables de los medicamentos, las infecciones nosocomiales o los errores diagnósticos, pero no se contemplaban de una manera holística dentro de la cultura de seguridad de los pacientes.

Estos sucesos adversos pueden ser de dos tipos: evitables o inevitables (T. A. Brennan *et al*., 1991); otros sucesos no tienen repercusión, como los sucesos potenciales, pero son un barómetro de cómo trabaja la organización y concretamente de cómo están implantados los sistemas organizativos del mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tomado como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que pretende -desde una posición estratégicadar respuesta a los problemas de seguridad de los pacientes y en el Taller de Expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2000) se hace hincapié en la ausencia de datos sobre cuáles son los problemas y qué magnitud tienen, y en la necesidad de la puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios con sistemas de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos así como la identificación de los factores latentes que influyen en cada centro.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2006) establece una serie de principios que son los de ofrecer garantías a pacientes, usuarios y profesionales para conseguir un Sistema Nacional de Salud centrado en las necesidades de pacientes y usuarios, orientado a la protección, la promoción de la salud y la prevención, entre otros, y, además, se establece la necesidad de desarrollar una cultura de seguridad, de diseñar y establecer sistemas para la notificación de incidentes e implantar en las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en áreas específicas. Además requiere una implicación de los profesionales que den soporte a esta estructura por lo que es necesario crear a nivel local, y de las organizaciones individuales en concreto, una cultura que permita estas notificaciones de forma activa.

Objetivos

La seguridad de pacientes (SP) forma parte integral de nuestro sistema de calidad y es una línea prioritaria en el hospital. El objetivo ha sido extender la SP a todo el hospital como una estrategia global de calidad después de iniciar una experiencia piloto en varias unidades y enmarcada dentro del modelo de calidad ISO *(Internacional Standard Organization)*.

Metodología

El Hospital Monte Naranco de Oviedo es un hospital asociado a la Universidad con 200 camas, principalmente geriátricas, con 4.690 ingresos anuales, 2.847 altas quirúrgicas y 302 trabajadores. La media de edad de nuestros pacientes es de 83,96 años (± DS 6,91) con una estancia media de 8,62 días en el área geriátrica.

Se ha estructurado la SP en tres grandes líneas de actuación: 1) estrategia y estructura de la SP; 2) medición de la SP, y 3) toma de decisiones en SP.

Para ello se han desarrollado los siguientes apartados en SP dentro de un ciclo PDCA de mejora de Deming: a) liderazgo de gerencia, departamento de enfermería y servicio de calidad y gestión del riesgo clínico; b) encuesta de clima de SP (encuesta de la Universidad de Texas); c) formación básica del personal en SP; d) fuentes internas de notificación de sucesos adversos de forma voluntaria (IR2 del Sistema Nacional Inglés de Salud –NHS–) y obligatoria (caídas de pacientes, accidentes laborales) y CMBD (Conjunto mínimo básico de datos); e) indicadores de SP (*Agency for Healthcare Research and Quality* –AHRQ– 17 indicadores excluyendo los obstétricos, *Patient Safety Agency y Joint Commission International* de control de la infección).

Los indicadores usados fueron: indicadores generales de sucesos adversos, complicaciones quirúrgicas y anestésicas, errores de medicación, cuidados de enfermería (caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP), dermatitis, flebitis, etc.), control de la infección (lavado de manos) y accidentes laborales.

Como herramientas en SP se han utilizado el análisis causa raíz y análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

Resultados

1. Estrategia y estructura

Se ha incluido la SP dentro del sistema de calidad en el marco del modelo ISO de certificación.

P: Mapa de procesos del hospital con inclusión del mapa de seguridad de pacientes como un proceso estratégico y transversal elaborando la ficha de inventario (misión, límite inicial y final, actividades, etc.), diagramas de flujo y hoja de actividades. Reestructuración de la Comisión de Calidad Asistencial. Elaboración de un plan de iniciativas para la instauración de la gestión de riesgo clínico.

D: Certificación ISO de los servicios. Formación de los gestores de riesgo clínico. Implantación de la cultura de seguridad mediante formación externa e interna.

Validación e introducción del formulario de notificación voluntaria del Servicio Nacional de Salud inglés (IR2) que cuantifica el riesgo mediante un sistema de códigos (verde, amarillo y rojo) y que define el riesgo como el producto del impacto real del incidente por la probabilidad de recurrencias, con un formulario de recogida; es obligatoria para caídas de pacientes y accidentes del personal, de los sucesos adversos registrados en el hospital. Inclusión de otras fuentes de información para la detección de sucesos adversos: Estudio ENEAS, indicadores de la AHRQ mediante el CMBD, notificaciones obligatorias, Servicio de Atención al Usuario (SAU) y rondas por las unidades.

Liberación de una diplomada en enfermería (DUE) para la gestión del riesgo clínico a tiempo completo, que se ocupa de las siguientes funciones: a) encuestas de clima de seguridad; b) formación interna del personal y externa en SP; c) registro y búsqueda de sucesos adversos voluntarios (IR2), obligatorios (caídas de pacientes y accidentes laborales) y mediante el CMBD; d) estudios observacionales; e) estudios de prevalencia y cortes internos; f) accidentes laborales; g) mejora del circuito de medicación con el Servicio de Farmacia; y h) elaboración de las memorias mensuales y anuales y del boletín interno de SP.

2. Medida de la SP

C: Estudio ENEAS en el año 2005 (7 % de sucesos adversos). Encuestas de clima de seguridad (50 % del personal). Formación interna del personal en SP (en grupos de 2-3 personas) en las unidades de hospitalización (70 % del personal) y externa, a través del Instituto Adolfo Posada, de otros hospitales de Asturias (15 ediciones, 300 personas) y de la Universidad para estudiantes (3 años académicos) de enfermería (80 por año), fisioterapia (50 por año) y medicina (90 por año).

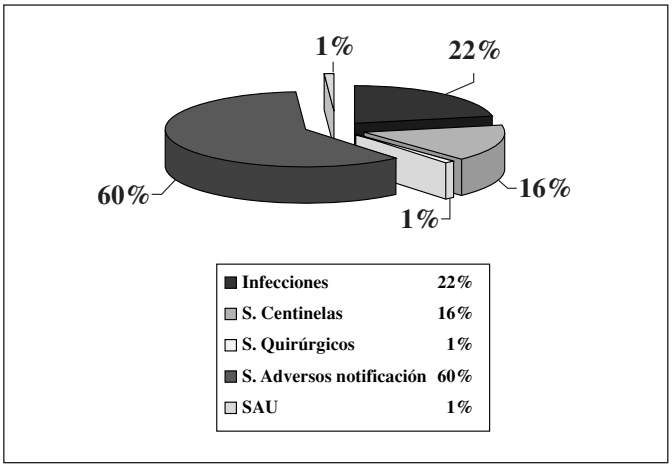


FIGURA 1. **Sucesos adversos por categorías generales**

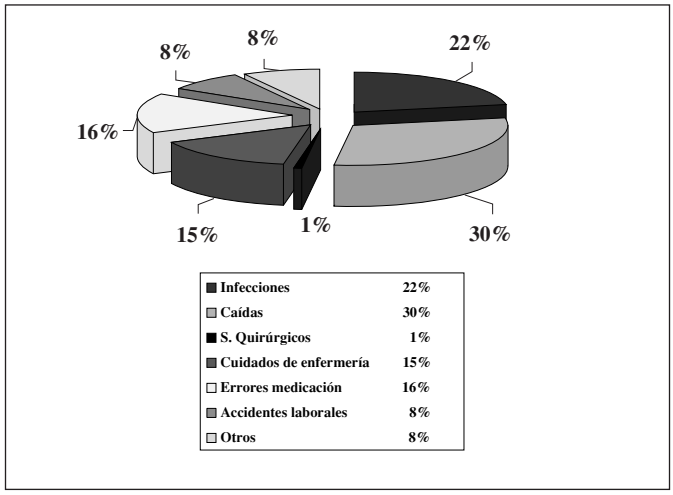


FIGURA 2. **Sucesos adversos por frecuencia**

Estratificación en categorías de los sucesos adversos (2.281 sucesos registrados en el año 2006) y evaluación de los formularios por los gestores de riesgo clínico, así como un análisis causa raíz de los sucesos centinela.

Los resultados se resumen en las Figuras 1 y 2.

Estudios observacionales: lavado de manos (cumplimiento del 30 %), control de contenedores de objetos punzantes y reingeniería del circuito de medicación. Estudios de prevalencia y cortes internos (Estudio Español de Prevalencia de la Infección Nosocomial –EPINE– 4,1%, UPP 2,2%, dermatitis 1,3%, flebitis 10%, mala identificación de pacientes 5,9%, Índice general de caídas –IGC– 0,07). Accidentes laborales (11 pinchazos por cada 100 camas año).

3. Toma de decisiones en SP

A: Priorización e instauración de acciones preventivas y correctivas mediante la cuantificación y estratificación de los sucesos en categorías o dominios, análisis de los factores contribuyentes mediante el marco desarrollado por Charles Vincent y priorización de problemas mediante las rondas en las unidades. Se ha enfocado fundamentalmente a 3 categorías:

a) Caídas. Recursos materiales: compra de camas articuladas, sillones y cinturones. Mejoras arquitectónicas: arreglo de baños. Protocolo de prevención de caídas.
b) Infección nosocomial. Recursos materiales: campaña del SESPA, introducción del lavado sin agua. Educación y formación del personal mediante talleres. Práctica observada y uso de placas de cultivo para ver el grado de contaminación en las manos. Indicador de prevalencia y su tendencia anual (EPINE 2,8%, 2007).
c) Errores de medicación. Reingeniería del circuito. Recursos materiales: compra de 3 carros de medicación y armario dispensador. Prescripción electrónica. Coordinación del Servicio de Farmacia y Gestión de Riesgos Clínicos para conseguir la minimización de riesgos.

Reevaluación de los sucesos adversos mediante las tendencias de los indicadores de seguridad de pacientes y análisis causa raíz dentro de un plan de minimización de riesgos y de las directrices de la cultura de seguridad del Ministerio de Sanidad y la SESPA.

Conclusiones

1) Fortalezas

a) La SP forma parte de la cultura de calidad implantada en nuestro hospital y se imbrica en el modelo ISO de calidad mediante el tratamiento de los sucesos adversos como no conformidades y la aplicación de acciones preventivas y correctivas.

b) La disponibilidad de una gestora del riesgo clínico a tiempo total ha permitido avanzar en la diseminación de esta cultura en todo el hospital.

c) La SP forma parte integral en estos momentos de actividades tales como planes de cuidados de enfermería, control de la infección o errores de medicación.

d) La introducción de varias fuentes de notificación ha incrementado y enriquecido la información de los sucesos adversos y sus posibles acciones de mejora.

e) El uso de indicadores internacionales para la SP es útil para la mejora y el *benchmarking*. Se han usado al menos 36 indicadores en 6 dominios.

f) La introducción de estas medidas de mejora es percibida por el personal de forma positiva en un proceso de retroalimentación continuo. Se han implementado al menos 15 grupos de intervenciones (liderazgo, mejoras informáticas, cuidados de enfermería y comunicación).

2) Debilidades

a) La implicación de todo el personal y fundamentalmente del estamento médico.

b) La certificación ISO de la seguridad de pacientes (a realizar previsiblemente en el año 2008).

c) Las acciones de mejora necesitan un análisis coste-efectivo adicional aunque en la literatura se conocen aspectos que permiten concluir la efectividad de las mismas.

3) Conclusiones generales

a) La seguridad de pacientes es una parte esencial de la calidad y permite su inclusión en el modelo ISO de calidad.

b) El ciclo PDCA de mejora permite constatar la aplicabilidad y sostenibilidad de las medidas de seguridad de pacientes en nuestro hospital.

c) La SP ha evolucionado a un marco global y estructurado que permite implementar medidas de seguridad gracias a la diseminación de esta cultura, a la madurez en el desarrollo de la cultura de seguridad, la reingeniería de procesos, la estandarización y la medición de las mejoras implantadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Herbert M, Localio AR, Lawthers A et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. N Eng J Med 1991; 324: 370-6.
3. Leape LL. Reporting of adverse events. N Eng J Med 2002; 347: 1633-38.
4. Millar J, Mattke S, and the Members of the OECD Patient Safety Panel. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. OECD Health Technical Papers. No. 18. París: OECD; 2004. Disponible en: www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf. Acceso el 6 de agosto de 2007.
5. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 8-9 de febrero de 2005.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Marzo 2006.
8. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Disponible en: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/survey&tools.htm. Acceso el 10 de diciembre de 2006.
9. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: WHO, 2002. Disponible en http://www.who.int/whr/2002/downland/es/. Acceso el 10 de diciembre de 2006.

¿Atendemos bien a los pacientes con síndrome coronario agudo en Atención Primaria? Efecto de la implantación de una guía informatizada

L Ríos, F Margalef, P Romera, T Bordell, Y Azeli, O Doblado

CAP Cambrils. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Grup Sagessa.

Introducción

La cardiopatía isquémica continúa siendo la primera causa individual de mortalidad en el Estado español. La efectividad en su manejo es especialmente sensible al factor tiempo, ya que la precocidad en el tratamiento de reperfusión reduce de manera significativa la mortalidad.

Actualmente se utiliza la expresión "síndrome coronario agudo" (SCA) para definir el dolor torácico que presenta síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda, y engloba a cualquier tipo de infarto agudo de miocardio y la angina inestable.

El SCA requiere una valoración y tratamiento inicial lo más precoz posible, y es la Atención Primaria el nivel que suele recibir al paciente con SCA en primera estancia.

Por todo lo expuesto, en nuestro equipo nos planteamos qué tipo de atención y tratamiento debía recibir un paciente que acudía con un SCA a nuestro centro. Se definieron unos criterios mínimos en la valoración inicial del paciente (anamnesis dirigida, antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, constantes vitales, electrocardiograma de 12 derivaciones y monitorización del paciente) y en el tratamiento (oxigenoterapia, tratamiento antiagregante y analgesia) y se valoró si la implantación de una guía informatizada, de fácil manejo, nos ayudaría a mejorar su atención.

Objetivo

Conocer la atención que se presta al paciente con SCA en Atención Primaria. Evaluar el efecto de la implantación de una guía de practica clínica (GPC) informatizada.

Material y métodos

Es un estudio descriptivo transversal, antes y después, de todos los pacientes atendidos por SCA durante el año 2005 (n = 66), antes de la implantación de la guía de atención al SCA, y en 2006 tras la implantación de la guía informatizada (n = 57).

Los datos se extrajeron de la historia clínica informatizada (OMI-AP 6.0)

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico (infarto agudo de miocardio o ángor inestable), factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, administración del tratamiento antiagregante, oxigenoterapia, constantes vitales registradas (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxigeno) y monitorización del paciente.

Se diseñó una GPC con soporte informatizado que se activa en el momento del diagnóstico y que marca los registros imprescindibles para una correcta atención, así como el tratamiento a seguir y la orientación diagnóstica.

Los datos se han extraído mediante el programa Access 2003. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados

En el año 2005 se atendieron 66 pacientes con SCA y en el año 2006, 57. No hubo diferencias significativas en la edad y el sexo.

En el año 2006 se atendió a un mayor porcentaje de anginas (66,7%), frente al 51,5% en el año 2005.

El 73,2 % de los pacientes atendidos tenían algún FRCV asociado, el más prevalente fue la hipertensión arterial (52,6%).

La guía fue utilizada por los profesionales en el 82 % de los casos atendidos en el año 2006.

Se administró ácido acetilsalicílico al 72,7% de casos en 2005 y al 81,3% tras la implantación de la guía. Se administró oxigenoterapia en el 69,7% de los casos en 2005 y en el 73,1% en 2006.

En relación con el tratamiento analgésico, se administró nitroglicerina sublingual al 64,7 % de los pacientes con angina y al 65,6% de los pacientes con infarto agudo de miocardio, sin que se hallaran diferencias significativas entre ambos periodos. El cloruro mórfico se añadió al 23,5% de los pacientes con ángor y al 34,3% de los casos de infarto agudo de miocardio ($p > 0,05$).

El registro de la tensión arterial pasó del 87,7% al 97% y la pulximetría del 59,6% al 60,1%, sin diferencias significativas entre el registro en casos de infarto o de angina. En el resto de constantes registradas, si bien en todas se ha logrado mejorar el registro, no se hallaron diferencias significativas.

La monitorización del paciente durante su estancia en el centro sólo fue registrada durante el año 2006, y se llevó a cabo en el 62,1% de los casos.

Conclusiones

Tendríamos que incrementar el grado de utilización de la guía, pues supone un recordatorio de las actividades a realizar delante de un SCA y una mejora de los registros de las mismas.

Hemos de mejorar el tratamiento con ácido acetilsalicílico del SCA dada la eficacia del mismo, con una relación riesgo-beneficio aceptable incluso en casos de duda diagnóstica.

La implantación de una guía informatizada ha permitido mejorar la atención en los pacientes con SCA y mejorar el registro de las constantes vitales, si bien, por el riesgo que supone un SCA en el centro, tendríamos que mejorar aún más su monitorización.

¿Es posible el *benchmarking* entre hospitales de diferentes comunidades autónomas? *Benchmarking* de procesos en la Red. 7

Red. 7

Palabras clave

Benchmarking, procesos, fractura de cadera, EPOC reagudizada.

Introducción

El *benchmarking* aplicado a los servicios de salud puede constituir una herramienta de gran utilidad en la gestión de la calidad ya que mantiene a la organización en un proceso continuo de análisis y medición de procesos. Se convierte, así, en un instrumento de suma utilidad en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de las organizaciones de salud y como tal está integrado en el modelo EFQM[1].

Existen numerosas definiciones del término *benchmarking* pero, en esencia, el concepto implica compartir información y aprendizaje y adaptar las mejores prácticas para efectuar paso a paso cambios en el funcionamiento de las organizaciones. Se puede resumir diciendo que *benchmarking* significa "mejorar aprendiendo de otros"[2]. En el sector sanitario, el tipo de *benchmarking* utilizado habitualmente es el análisis de indicadores, que suele limitarse al establecimiento de un estándar para cada criterio definido por aquellos centros que muestran los mejores resultados en el mismo (por ejemplo, utilizar como norma deseable de duración de la estancia en un proceso concreto el promedio del 5% - 10% de los centros con mejor comportamiento)[3]. En este sentido, ya existían experiencias de comparación entre hospitales que se basan en indicadores asistenciales. Antes de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, el INSALUD publicaba datos anuales de los indicadores que permitían la comparación entre los distintos hospitales.

Sin embargo, el *benchmarking,* tal y como se concibe en el ámbito de la gestión empresarial, va más allá, ya que implica la identificación de las mejores prácticas con la finalidad de obtener una estimación de los beneficios que se podrían alcanzar si las diversas organizaciones se situaran en el nivel de las mejores, facilitando de este modo el aprendizaje. Es decir, el objetivo del *benchmarking* es aprender acerca de las circunstancias o procesos que consiguen los mejores resultados para adaptarlos a la organización y no sólo compararlos (*benchmarking* cualitativo)[1].

En este contexto, en el año 2005, y a raíz de una acción de mejora priorizada en el Hospital Sierrallana de Torrelavega (Cantabria) tras la segunda autoevaluación del centro, surge la idea de poner en marcha una Red de *Benchmarking* entre hospitales similares que sirviese para comparar regularmente aspectos del desempeño (funciones o procesos) de los centros integrados en la red con el objetivo final de conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios de salud al ciudadano. Además, se pretendía, así, solucionar una carencia existente en estos momentos en el sector sanitario en cuanto a comparación y adaptación de mejores prácticas.

El resultado final de dicha acción de mejora fue la creación de una Red de *Benchmarking* entre hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), llamada Red.7, integrada por siete hospitales de otras tantas comunidades autónomas: Hospital General San Jorge (Aragón), Hospital Valle del Nalón (Asturias), Hospital Son Llàtzer (Baleares), Hospital Sierrallana (Cantabria), Hospital El Bierzo (Castilla-León), Fundación Hospital Alcorcón (Madrid) y Hospital Universitario J. M. Morales Messeguer (Murcia).

La constitución formal de la Red.7 tuvo lugar el 10 de noviembre de 2006 en una jornada científico-técnica realizada en el Hospital Sierrallana, mediante la firma del documento de creación de la Red por parte de los hospitales fundadores.

La Red.7 tiene como misión y visión convertirse en un grupo de hospitales de referencia a nivel nacional, que realicen regularmente actividades de *benchmarking* entre sí, compartiendo información e identificando y aprendiendo de las mejores prácticas, como una ayuda para la gestión de la calidad dentro de los hospitales miembros.

Son objetivos específicos de la Red:

1) Establecer un proceso para el intercambio de información y mejores prácticas entre los hospitales integrantes.
2) Compartir información de resultados clave periódicamente.
3) Elaborar los mejores estándares dentro de la red con los que comparar la gestión de cada uno de los hospitales.
4) Identificar mejores prácticas dentro de la Red, facilitando el aprendizaje y la adaptación de las mismas por los hospitales integrantes.

Todos los hospitales integrantes de la Red se han adherido al Código de Conducta Europeo de *Benchmarking* como instrumento para realizar actividades de *benchmarking* éticas y eficientes y que refleja los valores con los que se ha constituido la red.

Métodos

Una vez constituida la Red.7, el primer paso fue designar un responsable de la red de *benchmarking* en cada hospital. El segundo paso ha sido la formación de un grupo de profesionales en metodología para la realización del *bench-*

marking ya que ellos serán los encargados de coordinar la realización del mismo (*benchmarkers*). Esta formación se ha realizado de forma conjunta y tuvo lugar los días 28 y 29 de mayo de 2007 en el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

Se han iniciado tres líneas de trabajo para tratar de alcanzar los objetivos fijados: la creación de una herramienta corporativa de la red para facilitar la comunicación entre los hospitales integrantes, la identificación y selección de indicadores para realizar *benchmarking* cuantitativo entre los centros hospitalarios y la realización de *benchmarking* cualitativo de procesos, que es el objetivo de esta comunicación.

Para llevar a cabo el *benchmarking* cualitativo de procesos se ha constituido un grupo de trabajo integrado por siete profesionales de los distintos hospitales.

La metodología seguida para realizar el ejercicio de *benchmarking* comprende las siguientes etapas:

1) Elegir el proceso sobre el que se va a realizar el ejercicio de *benchmarking*
2) Definir la frontera del proceso (entrada y salida)
3) Identificar elementos de homotecia entre los hospitales de la red; si no la hubiese, trabajar en grupos dentro de la Red con homotecia
4) Definir los indicadores más adecuados para identificar el *benchmark* en el proceso
5) Elaborar el cuestionario de *benchmarking*
6) Cumplimentar el cuestionario en cada hospital
7) Intercambiar la información recopilada
8) Adaptar las mejores prácticas en cada hospital

En resumen, se trata de estructurar, recoger y compartir información entre los hospitales de la Red.7 para que posteriormente cada uno de ellos adapte las mejores prácticas identificadas en su centro. Para la adaptación se implicará a los profesionales responsables del proceso y se realizarán visitas a los hospitales con el mejor *benchmark*.

Resultados

Los procesos inicialmente seleccionados para realizar el *benchmarking* han sido dos: la fractura de cadera y la atención a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada. Se seleccionaron por su frecuencia e impacto en la gestión hospitalaria. En ambos procesos se han definido la entrada y la salida. Para el proceso de fractura de cadera se ha fijado la entrada al proceso en la asistencia en urgencias por diagnóstico de fractura de cadera. Para la EPOC reagudizada sin complicaciones se ha tomado el ingreso en el servicio de medicina interna como entrada. En ambos procesos la salida ha sido el alta hospitalaria.

Se valoraron como elementos de homotecia en el proceso de fractura de cadera: el tipo de población asistida, la realización de intervención urgente o programada de la fractura de cadera y los servicios implicados, y se observó que todos los hospitales de la Red.7 eran homotécicos en este proceso (Tabla 1). De igual forma se valoró la homotecia en el proceso de atención a la EPOC reagudizada y se evaluó el tipo de población, los servicios implicados y el proceso de admisión del paciente. Se detectó la existencia de una unidad de corta estancia médica en dos hospitales como posible elemento diferenciador.

Los indicadores para seleccionar el *benchmark* en ambos procesos fueron: estancia media de los pacientes con fractura de cadera, estancia media preoperatoria, número de reingresos por grupo relacionado de diagnóstico (GRD) fractura de cadera, estancia media del paciente con EPOC reagudizada y número de reingresos por GRD de la EPOC reagudizada.

Se ha elaborado el cuestionario de *benchmarking* para cada proceso, en el que se incluyen preguntas abiertas sobre las etapas del proceso, los recursos y los procedimientos empleados en cada etapa, que se va a cumplimentar por

TABLA 1. **Matriz de homotecia del proceso de fractura de cadera**

	Alcorcón		***El Bierzo***		***Morales Meseguer***		***San Jorge***		***Sierrallana***		***Son Llátzer***		***Valle del Nalón***	
	SÍ	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**
¿Todos tenemos un servicio de urgencias	–		–		–		–		–		–		–	
¿Se opera de urgencias?		–		–		–		–		–		–		–
¿Qué servicios intervienen?														
Urgencias	–		–		–		–		–		–		–	
Hematología	–		–		–		–		–		–		–	
Traumatología	–		–		–		–		–		–		–	
Bloque Qx	–		–		–		–		–		–		–	
Anestesia	–		–		–		–		–		–		–	
Hospitalización	–		–		–		–		–		–		–	
Rehabilitación	–		–		–		–		–		–		–	
Unidad de valoración					–						–			
Edad media de la población comparable	–		–		–		–		–		–		–	

cada uno de los hospitales. Las preguntas del cuestionario fueron las siguientes:

1) ¿Cuál es la entrada al proceso?
2) ¿Cuál es la salida?
3) ¿Qué etapas intervienen en el proceso de fractura de cadera?
4) ¿Qué profesionales sanitarios están implicados en cada una de las etapas? (número, perfil, categoría, responsabilidades)
5) ¿Qué recursos y servicios se utilizan en cada etapa? (tecnológicos, estructurales, materiales, etc.)
6) ¿Existen procedimientos/formularios en cada etapa del proceso? Si la respuesta es sí: ¿cuáles?
7) ¿Existen normativas/objetivos o criterios aplicados en cada etapa? Si la respuesta es sí: ¿cuáles?
8) ¿Qué indicadores se utilizan para la gestión del proceso?

Conclusiones

La metodología del *benchmarking* cualitativo permite identificar de forma sistemática las mejores prácticas dentro de la Red y facilita el aprendizaje y la adaptación de las mismas por los hospitales integrantes. Ello podría contribuir a la mejora de la calidad asistencial en nuestras organizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa JM. Benchmarking de procesos. Curso de formación de benchmarkers. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca; 2007.
2. Camp RC (editor). Benchmarking. Barcelona: Panorama Editorial; 1993.
3. Peiró S, Casas M. Comparación de la actividad y resultados de los hospitales en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. Informe SESPAS 2002. Valencia: Artes Gráficas Soler S. L.; 2002. Disponible en: http:/www.sespas.es/infor.html. Acceso en julio de 2007.

La investigación en España

Octavi Quintana

Los principales problemas de la investigación en salud en España son los siguientes:

1) **Falta de recursos.** Aunque es verdad que los recursos han aumentado sustancialmente en los últimos anos, todavía estamos lejos de la media europea, por lo que hay que doblar el esfuerzo presupuestario en los próximos 5-6 años. Un aumento de recursos no es suficiente si no se pueden absorber, y de ahí que ese esfuerzo haya que hacerlo simultáneamente atrayendo a los jóvenes a la investigación. Esto implica crear una carrera del investigador atractiva para los jóvenes. Asimismo, hay que separar la función de investigar de la de gestionar, que debe estar en manos de gestores.
2) **Fragmentación**: Al igual que en Europa, en la que los programas nacionales funcionan sin coordinación entre ellos, en España las comunidades autónomas tienen un problema similar, al que hay que añadir el que deriva de que la investigación básica y la clínica se lleven a cabo en lugares distintos y se comuniquen poco entre sí. La investigación en salud es responsabilidad de varios departamentos ministeriales, lo que no favorece una buena coordinación.
3) **Falta de Inversión del Sector Privado**: En principio, el sector privado debería contribuir con el 65% de la inversión total en I+D. En España, no llegamos ni al 50%. Hay que crear programas específicos con incentivos para aumentar la inversión de I+D por parte de este sector, y favorecer la colaboración de Universidad/Centro de Investigación Publico en el sector privado. El sector privado debe participar en los programas de financiación pública conjuntamente con los entes públicos.
4) **Comunicación**: Los investigadores deben tener entre sus funciones la de comunicarse con la sociedad para dar a conocer lo que hacen y responder a sus temores y expectativas. Los medios de comunicación son fundamentales en esta tarea.

El papel de la UE consiste en financiar investigación realizada por investigadores europeos a través del Séptimo Programa Marco, normalmente en forma de consorcios, aunque la creación del Consejo Europeo de Investigación permite proyectos con un solo equipo. El programa de becas es otro punto muy importante en la política de investigación de la Unión.

El programa de Salud de Cooperación, ofrece claras oportunidades y se presentará en aquellos aspectos que tengan más relevancia para los profesionales asistentes al Congreso.

COMUNICACIONES ORALES

Mesa 1

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 1

C-001 – C-009

C-001 PLANIFICAR, ORIENTAR, MOTIVAR Y FOMENTAR LA COMUNICACIÓN INTERNA DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE LOS OBJETIVOS (DPOS)

Autores: Ayala Márquez B, Vila Rodolf P, Muntades Agustí O, Carrasco Alconcher E.

OBJETIVO

Planificar, orientar, fomentar la comunicación interna y la motivación de los profesionales hacia la consecución de unos determinados resultados.

MÉTODO

Se realizó un procedimiento de elaboración y consenso de los objetivos. En éste participaron: Patronato (definición de la misión y objetivos estratégicos), Dirección General (objetivos estratégicos y generales), Comité de Dirección (objetivos generales y operativos), directores y mandos intermedios (objetivos operativos/personales y establecimiento de los indicadores de medida, ponderación de cada objetivo y la vinculación a la retribución variable), mandos con los profesionales (consenso de los objetivos personales e indicadores; también entrega de las hojas personales para la aprobación del profesional y su firma). Se definieron 5 objetivos estratégicos, 29 de generales vinculados a los anteriores y unos 200 objetivos operativos. Los objetivos personales son la concreción de los objetivos operativos. También se determinó un plan de actuación para conseguir la consecución de los objetivos. Se realizaron sesiones explicativas de los indicadores, cómo conseguirlos y cómo y cuándo se evaluarán. Calendario de implantación en 2007: de enero a marzo, elaboración del mapa de objetivos; en marzo-abril, asignación de los objetivos personales; en junio, seguimiento del cumplimiento de los objetivos asignados y recogida de las acciones a mejorar. Se facilitó un coordinador y soporte administrativo para gestionar los objetivos, así como la realización de un programa informático para facilitar la gestión (entrega de formulario y seguimiento de los indicadores y formulario de consulta –profesional, mando y dirección–). El programa también facilita la información sobre el porcentaje según categoría profesional y tipo de convenio; es decir, podemos saber la cantidad económica por personal, dirección y en general. El número total de profesionales registrados y en proceso de evaluación es de 780.

CONCLUSIÓN

Es un buen mecanismo de comunicación ascendente, que nos permite detectar puntos débiles y sugerencias de mejora. El programa informático nos facilita al máximo el seguimiento de los indicadores por persona y dirección, así como la referencia de porcentaje que se está cumpliendo y el importe económico a pagar. Con el programa informático cada mando puede visualizar mediante una contraseña la evolución de sus profesionales, y el profesional puede visualizar la evolución personal.

Contacto: Bartomeu Ayala Márquez – bayala@althaia.cat

C-002 INTERVENCIÓN SOBRE EL USO DE PRUEBAS DE LABORATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

Autores: Turón JM, Aznar A, Bonez B, Andrés E, Lou LM, Gimeno JA.

OBJETIVO

Aumentar la cobertura de la petición de parámetros analíticos con valor pronóstico recogidos por las principales guías de control de pacientes en programa de riesgo cardiovascular e insuficiencia renal. Reducir la petición de parámetros sin finalidad clínica en actividades de cribado no recomendadas por las guías.

METODOLOGÍA

Modificación del volante, desde un modelo "restrictivo" a un modelo basado en perfiles centrados en los principales programas de seguimiento en Atención Primaria (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia). Realización y difusión de un documento de recomendaciones de petición de las pruebas más consumidas en el sector, partiendo de la revisión de las recomendaciones de guías de práctica clínica nacionales e internacionales. Medición de indicadores de consumo de pruebas comparando los resultados de los 8 meses anteriores y posteriores a la intervención de 11 centros de salud del sector sanitario de Alcañiz. Evaluación de la significación estadística mediante la prueba de Wilcoxon. Realización de gráficos a partir del logaritmo de las tasas de petición para asegurar su comparabilidad.

RESULTADOS

Importante variabilidad en la petición de pruebas entre los centros de salud: partiendo de la práctica ausencia de determinación del cociente albúmina/creatinina en 6 de los 11 centros evaluados, se ha conseguido incrementar globalmente la petición el 195%. Las peticiones de transaminasas y perfiles colestásicos se han reducido un 50%. La petición de PSA (de una enorme variabilidad entre centros antes de la intervención) se ha reducido un 14%; su coeficiente de variación ha pasado del 73,8% al 57,7%. Este indicador además se ha visto influenciado porque la atención primaria ha tenido que asumir los análisis de PSA de las revisiones de los pacientes en los servicios de urología. Aunque de menor magnitud, se han producido reducciones en las tasas de petición x 1.000 habitantes en hemogramas ($p < 0,05$) y colesterol HDL ($p < 0,05$). En el momento actual se está desarrollando una evaluación económica de los resultados.

CONCLUSIONES

La intervención realizada se ha mostrado efectiva para modificar la petición de parámetros que inducía el volante previo e incrementar la petición de pruebas esenciales para el control de pacientes crónicos. La intervención educativa se ha mostrado efectiva para disminuir la petición de PSA y hemogramas.

Contacto: José María Turón Alcaine – jmturon@salud.aragon.es

C-003 INEQUIDADES EN EL ACCESO A LA ANGIOPLASTIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. CATALUÑA 2003-2006

Autores: Clèries M, Vela E, Mallol A, Bustins M, Salas T, Registre-CMBD.

INTRODUCCIÓN

La angioplastia es la técnica de elección en el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), sobre todo en la etapa inicial. Según datos del Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Cataluña es una de las comunidades autónomas con tasas menores de angioplastia (ACTP) en infarto agudo de miocardio.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar los factores que influyen en la probabilidad de recibir tratamiento con ACTP en el IAM y estudiar posibles inequidades del acceso.

MÉTODOS

Se han seleccionado todos los ingresos urgentes por IAM, financiados por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) en pacientes residentes en Cataluña y mayores de 17 años, durante el periodo 2003-2006 (número de infartos: 27.042). Se ha utilizado la prueba de chi cuadrado para la comparación de proporciones, la t de Student para la comparación de medias y la regresión logística para el análisis de los factores que influyen en la prescripción de la ACTP. Para calibrar el modelo se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow y la de la curva ROC para valorar la discriminación. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v. 15.

RESULTADOS

Los resultados muestran que el 32,3% de los hombres y el 18,9% de las mujeres con IAM fueron tratados con ACTP ($p < 0,0001$) y que a medida que aumenta la edad disminuye la utilización de la técnica (42,7% en los pacientes de 15 a 44 años y 4,4% en los mayores de 84 años). También se encontraron variaciones según la región sanitaria (RS) de residencia (entre el 10,4% y el 33,2%), el nivel hospitalario del primer contacto (entre 4,4% y 44,7%) y el año del alta (en 2003 el 20,0% y en 2006 el 35,7%), y fueron todas ellas estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). El análisis multivariado muestra que las mujeres y los residentes en determinadas RS tienen menor probabilidad de ser tratados con ACTP, ajustando por la edad, el año del alta, el nivel hospitalario del primer centro de atención, la localización del infarto y el índice de comorbilidad de Charlson (Hosmer-Lemeshow, $p = 0,14$; curva ROC, $p = 0,789$).

CONCLUSIONES

La utilización de ACTP en el tratamiento del IAM ha experimentado un importante aumento en los últimos años. Sin embargo, se observan desigualdades en la utilización de esta técnica en relación al sexo y a la residencia del paciente. Por lo tanto, se debería poner las medidas y recursos necesarios para mejorar la equidad de acceso a este tratamiento.

Contacto: Montse Clèries Escayola – mcleries@catsalut.net

C-004 GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ALBACETE

Autores: García Aranos J, López Escribano A, Ceres Rodríguez CM, Muñoz Sánchez-Villacañas R.

INTRODUCCIÓN
En la Gerencia de Atención Primaria de Albacete (GAP Albacete) existe un teléfono para uso de los profesionales y para dar respuesta a todas las incidencias en horario en el que la Gerencia no está abierta al público y evitar las demoras.

OBJETIVO
Determinar el tipo de incidencias que se producen. Colaborar en el desarrollo de un plan de mejora de calidad y aproximación al profesional.

DISEÑO
Estudio longitudinal descriptivo, realizado en el periodo enero-mayo de 2007. Emplazamiento: centros de salud y servicios de urgencias del SESCAM-GAP de Albacete. Material: se desarrolló una hoja de vaciado de elaboración propia, con datos de registros (día, hora, centro, persona que realiza la llamada, sexo, motivo, número de llamadas realizadas para resolver la incidencia, tiempo, solución, contratación de recurso externo y justificación del motivo).

RESULTADOS
Se recibieron un total de 101 llamadas; el 55,4% se produjo de lunes a viernes (0,55 llamadas/día laborable) mientras que las llamadas en sábados, domingos y festivos suponen el 44,6% (1 llamada/día). El 52,5% se produjo de las 15 h a las 24 h, el 25,7% entre las 10 h y las 15 h; el 15,8% de las 8 h a las 10 h y el 5 % desde las 24 h a las 8 h. El 34,7% venía de centros rurales, el 27,7% del punto de atención continuada de Albacete y el 19,8% de los centros de la ciudad de Albacete. Llaman con la misma frecuencia el personal de enfermería y el médico; el personal que con mayor frecuencia ha realizado llamadas han sido médicos de EAP y responsables de enfermería de los centros, con el 21,8% y el 20,6%, respectivamente. Los motivos que fueron causa del mayor número de llamadas fueron "personal" (43,3%) y "mantenimiento" (33%). Con un intervalo de confianza del 95%, el tiempo medio dedicado a cada incidencia fue de 19,76 ± 19,92 min, y fue necesaria la realización de 3,32 ± 4,05 llamadas. El grado de solución de incidencias fue del 88,3%; el 43% fueron consideradas llamadas no ajustadas a los criterios establecidos de llamada de incidencias.

CONCLUSIONES
Se da solución a la gran mayoría de las llamadas recibidas aunque buena parte de éstas no necesitarían el uso del teléfono de incidencias. Se produce un mayor uso del servicio durante los fines de semana y festivos. No hemos encontrado diferencias en el uso del servicio entre el personal médico y el de enfermería. Los resultados se toman como punto de partida para la realización del "plan de las pequeñas cosas". Se comienza con el desarrollo de un plan de actuación específico destinado al PAC de Albacete.

Contacto: José García Aranos – joseg@sescam.org

C-005 ¿POR QUÉ AUMENTA LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA?

Autores: Broto-Civera A, Peinado-Visanzay R, Ramírez-Gasca T.

OBJETIVO
Analizar la evolución de la lista de espera quirúrgica en los últimos 7 años. Detectar, mediante indicadores de lista de espera y consultas externas, los factores que determinan la progresión ascendente de pacientes pendientes.

METODOLOGÍA
Se han analizado 84.216 pacientes incluidos en lista de espera entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2006. De cada servicio quirúrgico se han analizado 14 indicadores de lista de espera, consultas externas y hospitalización. Los procesos más representativos por volumen o demora se han estudiado de forma independiente.

RESULTADOS
Las entradas han aumentado el 29% y el número de pacientes pendientes de intervención ha aumentado de forma global (36%). El mayor crecimiento se ha producido en la actividad que precisa hospitalización (45%). En CMA se han mantenido estables hasta el año 2006, año en el que el aumento ha sido del 28%. Los factores que influyen en este incremento progresivo y mantenido son diversos. Entre ellos se halla el incremento de consultas externas atendidas tanto de primer día (18%) como totales (9%), lo que motiva un aumento de entradas en cifras absolutas. Asimismo, el porcentaje de entradas por primera consulta atendida se ha incrementado el 14%. Pero estos dos indicadores difieren de forma tan significativa por servicios y año que ha motivado su análisis exhaustivo con resultados y actuaciones individualizadas. El índice entradas/salidas se ha mantenido (1,01) por un incremento sustancial de autoconciertos, conciertos externos y hospitales de apoyo. Sin la actividad extra hubiera sido 1,26. A pesar de las medidas adoptadas, la traumatología representa el mayor problema. En el año 2006 se aprecia el mayor aumento de entradas, indicaciones y pacientes pendientes, tendencia que se mantiene actualmente.

DISCUSIÓN
El estudio de la evolución de la lista de espera por actividad, servicio, e incluso por proceso, en un periodo de 7 años ha permitido evidenciar que el incremento del número total de pacientes pendientes de intervención es progresivo y mantenido a pesar de las medidas establecidas. Las causas determinantes son multifactoriales y, por ende, las posibles soluciones se deben establecer de forma diferente con cada servicio y proceso. La limitación existente del recurso cama y sesiones quirúrgicas disponibles en el propio hospital obliga a orientar estas soluciones hacia la mejora de los índices de sustitución, priorización de los procesos y coordinación de recursos externos.

Contacto: Ana María Broto Civera – abroto@salud.aragon.es

C-006 CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN DE CADERA Y TURISMO SANITARIO EN LA COSTA DEL SOL

Autores: Jiménez-Puente A, García-Ruiz JA, Guerado-Parra E, Lara-Blanquer A, Perea-Milla E, Rivas Ruiz R.

OBJETIVOS
Conocer el impacto sobre la actividad de un hospital situado en una zona eminentemente turística del denominado "turismo sanitario" o desplazamiento de pacientes desde otros países con la finalidad de obtener prestaciones sanitarias más accesibles en España que en sus países de origen.

METODOLOGÍA
Se estudió la nacionalidad de los pacientes intervenidos por sustitución de cadera en 2005 y 2006 en el Hospital Costa del Sol, empresa pública de la Junta de Andalucía que atiende a una población de más de 330.000 habitantes censados de la costa occidental de la provincia de Málaga, con un 27% de población extranjera empadronada y un 34% en el grupo de mayores de 65 años. Se compararon las intervenciones realizadas de forma programada por coxartrosis (diagnósticos CIE-9-MC 715.05-95 y procedimientos 81.51-2), en las que pudo existir "turismo sanitario", con aquellas realizadas de forma urgente por fractura de cadera (diagnósticos 820.0-9 y procedimientos 79.15 y 81.51-2), que deben corresponder básicamente a pacientes, extranjeros o no, residentes en el área. Las intervenciones se identificaron a través del CMBD. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS
Se analizaron 607 intervenciones, 111 realizadas de forma programada por coxartrosis, con un 44% de pacientes extranjeros, y 496 urgentes por fractura de cadera, con un 27% de extranjeros (p = 0,001, IC 95% de la diferencia: 12,6% - 27,0%). La nacionalidad más frecuente de los pacientes extranjeros fue la británica, tanto en intervenciones programadas como urgentes (22% y 12%, respectivamente), destacando también los pacientes procedentes de Finlandia, que supusieron el 5% del total de intervenciones programadas frente a ninguna de las urgentes.

CONCLUSIONES
Se detectó una proporción de intervenciones por coxartrosis en pacientes extranjeros superior a la que correspondería por población censada mayor de 65 años y en comparación a otras intervenciones urgentes de traumatología, lo que sugiere que pudo existir un desplazamiento de pacientes de otros países. Entendemos que dicha elección denota una buena valoración del sistema sanitario público español en general y del hospital en particular.

Contacto: Alberto Jiménez Puente – ajpuente@hcs.es

C-007 EL SERVICIO DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DEL HOSPITAL

Autores: Beltrán-Valenzuela T, Giménez-Ruiz A, Visedo-López JA.

INTRODUCCIÓN
Debido al incremento de población inmigrante atendida en el hospital, se inicia, tímidamente, el Servicio de Traducción e Interpretación en mayo del año 2000. Ante la demanda, cada vez mayor, de asistencia sanitaria de este colectivo, se amplía el servicio en el año 2003, contratando a una empresa del sector, con posibilidad de traducir cualquier idioma, incluso el lenguaje de los sordomudos.

OBJETIVOS
Resolver el grave problema de comunicación generado, tanto a los profesionales –que se veían obligados a atender a pacientes extranjeros sin conocer su idioma– como a los pacientes y familiares –que se encontraban completamente indefensos ante situaciones de riesgo y sin posibilidad de comunicarse con los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA
Contrato, mediante procedimiento negociado, del Servicio de Traducción e Interpretación. Éste atiende todos los idiomas, incluido el lenguaje de signos de los sordomudos. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año, con un tiempo máximo de respuesta de 2 horas. Las solicitudes, generadas en cualquier unidad o servicio del hospital, se canalizan a través de la Jefatura de Personal Subalterno del centro o, en su ausencia, a través del encargado de turno. Éstos cumplimentan un modelo establecido al efecto, donde se reflejan entre otros: fecha y hora de aviso, idioma solicitado, servicio solicitante, datos del traductor, etc. Esta hoja de control del servicio sirve de base para comprobar la facturación mensual de la empresa adjudicataria del servicio de traducción. Actualmente existen tres modalidades en la prestación: presencia física del traductor; vía telefónica; traducción de textos escritos, vía fax o correo electrónico.

RESULTADOS
El número de actuaciones del Servicio de Traducción e Interpretación ha ido en progreso desde el año 2000 (61 actuaciones), en el que se inició tímidamente; en 2003 se realizaron 155 actuaciones, año en el que se realizó la contratación de una empresa externa, siguiendo su progresión de incremento de actuaciones (322 en el año 2006). Se presentarán los resultados hasta el primer trimestre de 2007. Entre las actuaciones destacamos: textos escritos referentes a consentimiento informado de anestesia epidural, inscripción de recién nacidos en el Registro Civil, etc.

CONCLUSIONES
Gran aceptación por parte de los profesionales. Satisfacción de los usuarios.

Contacto: Teresa Beltrán Valenzuela – isabelt.beltran@carm.es

C-008 EVOLUCIÓN DEL PERFIL SOCIOSANITARIO DE LOS SOLICITANTES DE PLAZA RESIDENCIAL DE TENERIFE: CONOCER PARA PLANIFICAR

Autores: Díez-Salvador F, de la Vega-Pérez N, Duque-González MA, Sánchez-QuintanaMD, Méndez-Hernández J, Herrera-Valladolid D.

OBJETIVOS

Conocer la evolución de las características de los solicitantes de plaza residencial para planificar el desarrollo de las mismas.

MÉTODOS

Datos recogidos en la Unidad de Valoración de Usuarios recogidos en una base de datos Access mediante el baremo social del decreto 236/98 del Gobierno de Canarias y una evolución del RUG II para la determinación de los requerimientos sanitarios, en los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Análisis de los mismos mediante una hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS

El número de solicitudes recibidas en la Unidad de Valoración de Usuarios se ha incrementado exponencialmente entre 2003 y 2006, pasando de 234 a 732. La media de edad fue entre 70 y 85 años, sin diferencias entre los distintos años estudiados. La distribución por sexo fue 70% mujeres y 30% hombres. A lo largo de los años estudiados se incrementa el porcentaje de solicitantes que tienen hijos y viven acompañados y disminuye el de los que viven solos. En cuanto a la vivienda, se incrementa el porcentaje de problemas de barreras arquitectónicas con el tiempo. Los ingresos medios de los solicitantes están entre los 400 € y los 500 €, incrementándose ligeramente en el tiempo, aproximadamente el valor de una pensión mínima de jubilación, siendo un 10% menor los ingresos en las mujeres. En cuanto al nivel de requerimientos sanitarios, tiene una distribución de 70%/20%/10% correspondiente a requerimientos bajos/medios/altos, respectivamente. Este porcentaje se mantiene prácticamente igual en los 4 años estudiados, aunque lógicamente el número total de cada grupo se ha incrementado de forma significativa.

CONCLUSIONES

El análisis de estos datos nos ha llevado a calcular cuantas plazas residenciales de cada tipo de nivel de requerimientos sanitarios se necesitan y ha permitido ajustar el plan sociosanitario. Siempre es preciso un mayor número de plazas de mujeres que de hombres. Si se pretende atender la demanda existente se precisa que al menos el 20% de las plazas creadas sean de requerimientos sanitarios medios y el 10% de requerimientos altos. Si se plantea un sistema de copago habrá que tener en cuenta el bajo nivel de ingresos que presentan los usuarios ya que los datos analizados son la media y existen muchos solicitantes que perciben menos ingresos; es significativo que muchas mujeres perciben como mucho una pensión no contributiva.

Contacto: Félix Díez Salvador – fdiezsal@gmail.com

C-009 EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CIRUGÍA (UDRC). MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD

Autores: Muñoz F, Puig D, Planas V, Pieras E, Cerdán C, Llompart M.

OBJETIVOS

La creciente presión asistencial obliga a la creación de unidades funcionales para agilizar la atención de los pacientes, garantizando la calidad de la asistencia. La creación de una unidad de diagnóstico rápido de cirugía (UDRC) en la Clínica USP-Palmaplanas surge como intento de mejora de dicha situación. Nuestro objetivo es valorar el impacto de la implementación de la UDRC, unidad dirigida por un médico adjunto de medicina interna como coordinador asistencial, que cuenta con un especialista de cirugía general, vinculándose también a la unidad un urólogo y un ginecólogo. En dicha unidad se atienden pacientes con motivos de consulta quirúrgicos, sin criterios de ingreso urgente, derivados desde el servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, realizado en un hospital de 140 camas, de ámbito urbano, en el que se han analizado todos los pacientes atendidos en la UDRC durante el periodo de implementación (desde junio de 2006 hasta mayo de 2007). Para ello, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, desarrollando el proceso asistencial UDRC y se establecieron indicadores de proceso y resultado para su control y análisis. Se utilizó soporte informático SPS para Windows con significación estadística para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Total urgencias atendidas en el SUH durante el periodo de estudio: 21.298. Tiempos de espera en consultas externas de cirugía: cirugía menor, 8 - 10 días; cirugía mayor, 19 - 21 días; total de pacientes atendidos en la UDRC: 96; sexo: 65% mujeres, 35% hombres; edad: 14 - 24 años, 5%; 25 - 44 años, 39%; 45 - 64 años, 37%; > 64 años, 19%; motivo de consulta: dermatología 32%, colelitiasis 15%, hernias 12%, proctología 10%, biopsias 7%, patología mamaria 7%, enfermedades uterinas 5%, urología 5%, enfermedades tiroideas 5%, otros 2%; número de derivaciones para cirugía menor 26 (27%) y cirugía mayor 42 (44%); pacientes no derivados 29%, tiempo de espera de atención en el SUH: valoración en la UDRC < 48 h 32%, 2 - 4 días 34%, 5 - 7 días 22%; tiempo de espera de la valoración inicial-final en la UDRC: mismo día 73%, < 8 días 22%, 9 - 12 días 2,5% y 12 - 15 días 2,4%.

CONCLUSIONES

La implementación de una UDRC ha permitido optimizar el diagnóstico y tratamiento precoces de este grupo de pacientes, disminuyendo los tiempos de espera hasta la programación quirúrgica, con especial repercusión en la cirugía mayor. Ha facilitado el acceso a los circuitos intrahospitalarios, contribuyendo a mejorar la coordinación entre el SUH y la atención especializada, con seguridad para el usuario.

Contacto: Diego Puig Fortuny – mbobrador@hotmail.com

Mesa 2

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 1

C-010 – C-018

C-010 SIMULACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS MEDIANTE *SOFTWARE*. "REGRESO AL FUTURO"

Autores: Sahuquillo-Bartolomé S, Sangrador-Arenas LA, Revilla-Ramos F, Oto-Terrer JM, Fraile-Castelao R, Carrero-Rujas AB.

OBJETIVOS

Servir como herramienta de apoyo a la creación y dimensionamiento del proceso de acreditación de centros sanitarios. Identificar errores en la secuencia lógica del proceso y eliminarlos. Aumentar la cohesión entre las personas involucradas en el proceso de acreditación, fomentando la aparición de sinergias. Facilitar la comprensión del procedimiento por parte de los centros susceptibles de acreditación.

MÉTODO

Se utilizó el *software* de simulación WITNESS™ para la creación del modelo; se trata de un simulador dinámico de eventos discretos, basado en la simulación gráfica, que permite la interacción del usuario con el programa en funcionamiento, incluso en la creación. Para desarrollar el modelo de simulación se tuvieron en cuenta las etapas del proceso de acreditación: solicitud, visita de presentación, fase de preparación y autoevaluación, evaluación externa y decisión de acreditación con recomendaciones. Se siguió el desarrollo lógico del proceso, teniendo en cuenta los puntos en los que se toma una decisión, si el proceso se modifica o interrumpe, así como los flujos de información entre las diversas etapas. La duración de las diferentes partes del proceso se estimó mediante distribuciones de probabilidad, teniendo en cuenta, por un lado, las experiencias de otras entidades nacionales e internacionales de este ámbito y, por otro, la propia experiencia de técnicos del Servicio de Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.

RESULTADOS

Se ha creado una simulación mediante *software* para los procesos de acreditación de centros sanitarios con la que es posible probar los tiempos de desarrollo de las diferentes fases del proceso, lo que hace posible estimar la duración global del mismo. El modelo permite la parametrización de diversos aspectos (tiempos, plantillas, características de los centros), así como la búsqueda de situaciones óptimas en función de objetivos fijados por el investigador. El *software* proporciona una visualización del proceso de acreditación, con lo cual es posible saber el estado en que se encuentra en todo momento el procedimiento para cada centro simulado.

CONCLUSIONES

Este modelo de simulación reproduce el proceso de acreditación de centros sanitarios, aún antes de existir físicamente una entidad acreditadota y permite la depuración de errores en la concepción del proceso, así como la optimización de los recursos disponibles. La visualización del procedimiento lo acerca al usuario, mejora la comprensión del mismo y facilita su difusión.

Contacto: Sergio Sahuquillo Bartolomé – bec-sahbarse@jcyl.es

C-011 PAPEL DE LOS LÍDERES EN LAS CERTIFICACIONES DE CALIDAD POR TERCERA PARTE

Autores: Guilabert M, Pérez-JoverV, Mira JJ, Gómez-Gras JM, Rodríguez-Marín J.

OBJETIVO
Identificar actuaciones que los líderes de una institución deben llevar a cabo para afrontar con éxito un proceso de certificación de calidad por tercera parte.

MÉTODO
Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa: (a) entrevistas estructuradas a 7 líderes clave de organizaciones para identificar acciones imprescindibles a liderar; (b) Delphi con dos rondas sucesivas en el que se incluyen 107 ítems agrupados en 7 bloques redactados a partir de las entrevistas. El punto de corte considera la magnitud de la recomendación, la variabilidad y la coincidencia de valores máximos en cada ítem. Sujetos: 93 participantes que cumplían el requisito de pertenecer a *staff* directivo de organizaciones públicas y privadas. La tasa de participación en la primera ola fue del 53,76% y en la segunda del 48,38%.

RESULTADOS
Diez acciones de los líderes son imprescindibles para implantar sistemas de calidad: plan estratégico que defina con claridad objetivos y líneas estratégicas, calendario y responsables (x = 9,49); planes de mejora anuales (x = 9,00), que sean liderados por directivos (x = 8,52); objetivos e indicadores de calidad en todos los procesos clave (x = 8,82); disponer de un sistema para conocer las quejas y sugerencias de los clientes y atender las reclamaciones (x = 8,67); realizar anualmente una encuesta de satisfacción de clientes (x = 8,55); que los directivos identifiquen los factores críticos de éxito (x = 8,5); que conozcan y valoren las repercusiones de las quejas de los clientes y atiendan las reclamaciones (x = 8,48); un mapa de procesos clave que se ha revisado, al menos, una vez (x = 8,42); y que los directivos difundan la política y estrategia entre los empleados y pulsen sus opiniones y valoren su factibilidad (x = 8,41).

CONCLUSIONES
El papel fundamental de los líderes pasa por definir objetivos de calidad, trasladar a procesos dichos objetivos y contar con indicadores de resultado junto a la opinión de los clientes. Además, deben liderar planes de mejora y difundir y mantener informados a los empleados de los logros en la consecución de los objetivos estratégicos; en definitiva, el eje política-procesos-resultados-clientes central del modelo EFQM.

Contacto: M. Virtudes Pérez Jover – v.perez@umh.es

C-012 ANÁLISIS MEDIOAMBIENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS PASOS HACIA LA NORMA UNE-EN-ISO 14001:2004

Autores: Grande-Andueza JM, Ferrándiz-Santos J, González-Molinello J, Muñoz-González JJ.

OBJETIVO
Identificar el estado global medioambiental en un área de atención primaria conforme a la norma UNE-EN-ISO 14001:2004 y el Reglamento Europeo EMAS, como fase previa a la implantación de un sistema de gestión ambiental (SGMA).

MÉTODOS
Análisis de la evaluación inicial en los centros sanitarios del Área (38 centros, 850.000 personas): a) Trabajo de campo y técnico en 3 líneas; requisitos legales y reglamentarios ambientales; requisitos de norma UNE-EN-ISO 14001:2004; aspectos medioambientales específicos del Área. b) Cuestionario ambiental a todo responsable de centro sanitario. c) Entrevista y revisión en las unidades clave del Área. d) Verificación *in situ* en 11 centros sanitarios. e) Informe final de necesidades de actuación mediante agrupación en bloques de actividad: licencias de apertura y autorización; aguas, captación y vertidos; atmósfera; generación de residuos; almacenamiento de productos químicos y combustibles.

RESULTADOS
Las desviaciones se sitúan principalmente en: ausencia de una política y planificación medioambiental; ausencia de un control de documentación y operacional relativo al SGMA; actualización de las licencias urbanísticas y/o funcionamiento según el año de apertura; información sobre la autorización necesaria para los vertidos a la red de saneamiento; registros de focos de emisión atmosférica (calderas) y medición periódica de emisión sonora; segregación y gestión de residuos centrado en la recogida de reciclables, plan de ordenación de residuos biosanitarios y citotóxicos, plan de formación al personal, revisión de los almacenes y dispositivos de recogida, e inspección periódica de combustibles, según localidad.

CONCLUSIONES
El esfuerzo hacia la implantación de un SGMA y posible certificación ISO 14001 requiere un detallado estudio de evaluación inicial ambiental previo. La información real de la organización respecto de la Norma permite delimitar el grado de cumplimiento de requisitos, la identificación de impacto medioambiental, el examen de prácticas y procedimientos susceptibles de afectar al medio y la valoración de actuaciones correctivas. Se observan desviaciones coherentes con una organización sanitaria típica de Atención Primaria: gestión interna de los equipos de atención primaria, información y formación del personal, y condiciones derivadas del emplazamiento y recursos. La implantación de un SGMA aportaría beneficios internos y externos en términos de respeto medioambiental, legales, económicos y de sensibilización social, pero requiere un decidido compromiso directivo.

Contacto: Juan Ferrándiz Santos – jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org

C-013 ELABORACIÓN, VALIDACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS EN EL ÁREA-1-ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE MADRID

Autores: Castillejo M, Cobo R, Pérez A, Farchal, García E, Alonso JA, Baratas MA.

INTRODUCCIÓN
El Hospital Virgen de la Torre –Área-1 A Especializada– es una de las áreas de salud más extensas de la Comunidad Autónoma de Madrid, y asiste a una población de casi 800.000 habitantes. Una de sus actividades fundamentales es la consulta externa en sus seis centros de especialidades, donde se atienden alrededor de 1.000.000 de consultas al año. Uno de los planes de acción, tras la autoevaluación EFQM realizada en 2006, fue el de incrementar e implantar el número de encuestas en diferentes áreas y, específicamente, la elaboración de una encuesta de satisfacción propia y adaptada a nuestra población para ser realizada con una periodicidad semestral.

OBJETIVO
El propósito del proyecto es, en primer lugar, el conocimiento de la satisfacción, de las necesidades y de la percepción que tiene el paciente de nuestra atención sanitaria en consultas externas y, en segundo lugar, la realización de acciones correctoras y de mejora en consecuencia.

MÉTODO
1) Formación de un grupo de trabajo constituido por siete personas representantes de diferentes categorías profesionales (Servicio de Atención al Paciente, Enfermería de Consultas Externas, Subdirección Médica, Servicio de Informática y Unidad de Calidad). 2) Búsqueda de diferentes encuestas en consultas externas de otros centros, búsqueda bibliográfica, selección de áreas temáticas a evaluar, selección de preguntas y respuestas. 3) Validación de la encuesta tras una encuesta piloto sobre 168 encuestas recogidas (análisis de elementos de forma individualizada, análisis de la fiabilidad y consistencia interna, análisis de validez del contenido, y análisis de validez empírica predictiva). 4) Elaboración del procedimiento de realización de la encuesta y difusión a todo el personal. 5) Realización de la encuesta en días seleccionados.

RESULTADOS
Se aporta el diseño de la encuesta validada en formato tríptico: datos de identificación (10 preguntas), accesibilidad al centro (8 preguntas), infraestructuras (3 preguntas), atención recibida (11 preguntas) y valoración general (2 preguntas). Se aportan resultados de la primera encuesta realizada en el Área-1 Atención Especializada del SERMAS. Se aportan conclusiones extraídas de la encuesta así como consideraciones del grupo de trabajo y propuestas de mejora tras la primera experiencia.

CONCLUSIÓN
La realización de encuestas de satisfacción a pacientes supone una valiosa herramienta de calidad en la mejora de la atención sanitaria y orientación de los servicios a los ciudadanos.

Contacto: Rosario Cobo Soriano – rcobo.hvtr@salud.madrid.org

C-014 MANUALES PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Autores: Arasa E, Lacruz P, Sevillano R, Visconti JV, Rodríguez VJ.

OBJETIVOS
1) Disponer de una herramienta para la evaluación de la calidad asistencial de los centros sanitarios donde se definan criterios o enunciados de calidad explícitos y sus niveles de cumplimiento (estándares) y que comprenda todos los aspectos relacionados con la estructura, los procesos y los resultados. 2) Demostrar que los manuales para la acreditación de centros sanitarios pueden constituir un elemento de apoyo a los profesionales para la mejora continua de sus prestaciones.

MÉTODO
1) Normalización de una metodología de trabajo para la elaboración de los manuales para la acreditación desarrollada en seis fases: a) selección de criterios, b) consenso de criterios, c) selección de pruebas de evidencia y estándares, d) consenso, ponderación, y e) estudio piloto; para ello se crea un comité de elaboración, integrado por expertos en la materia en estudio y técnicos de calidad. 2) Definición y análisis de los procesos clave, estratégicos y de apoyo tipo desarrollados en la organización objeto de estudio. 3) Estudio del alcance del contenido del manual respecto a los procesos tipo identificados en la fase anterior.

RESULTADOS
En primer lugar, la obtención de un manual estructurado en diez áreas de actividad y compuesto por un número variable de criterios (400 - 650), y con unos estándares comprendidos entre 1 y 5 puntos. En segundo lugar, una vez definidos los procesos clave, estratégicos y de apoyo de una organización sanitaria tipo, se evidencia que todos se recogen en el manual para la acreditación, quedando incluidos aspectos relacionados con la dirección de la organización, la gestión de los recursos (humanos y estructurales), la gestión de la información, la mejora continua de la calidad, la relación con los pacientes y la gestión de acontecimientos adversos. Asimismo, se contemplan aspectos relacionados con los procesos asistenciales y la coordinación de la asistencia con otros niveles. Por último, contempla la definición de sistemas de indicadores para la evaluación de los procesos y la adopción de medidas de mejora.

CONCLUSIONES
Los manuales para la acreditación constituyen una publicación de consenso, adaptada a la realidad asistencial nacional, que presenta un doble beneficio: a) como herramienta de evaluación de la calidad de un centro sanitario donde se definen sus procesos y se cuantifica su nivel de calidad, y b) como guía de actuación y/o trabajo que oriente a los profesionales en el establecimiento de mejoras en la calidad de su actividad y específicamente en su proceso asistencial.

Contacto: Esther Arasa Gastaldo – arasa_est@gva.es

C-015 ACREDITARNOS SEGÚN EL NUEVO MODELO DE ACREDITACIÓN SANITARIO PARA HOSPITALES DE AGUDOS DE CATALUÑA

Autores: Ayala Márquez B, Sans Boix A, Bosch Sabater J.

OBJETIVOS

Obtener la acreditación sanitaria según el nuevo modelo de acreditación sanitario para hospitales de agudos del Departament de Sanitat de Cataluña.

MÉTODO

Primera fase: montar los equipos de trabajo y hacer la primera evaluación de cómo tenemos lo que nos piden en el modelo de acreditación. Esto se hizo utilizando el programa informático del departamento (que sirve para enviar y hacer la autoevaluación), y como complemento se hizo también un documento en el que se daba respuesta a cada estándar: lo tenemos, cómo lo tenemos, dónde, quién lo tiene y qué falta hacer. Este sistema se presentó al comité de dirección el día 13 de marzo de 2006, y se montaron los grupos de trabajo según los criterios. De aquí salieron 6 grupos de trabajo donde intervinieron los 9 directivos. De estos grupos de trabajo salieron 26 grupos, donde intervinieron directamente unos 60 profesionales (40% facultativos, 30% diplomados en enfermería, 30% oficios varios). Del resultado de esta fase se diseñó el modelo documental para dar respuesta a todos los estándares. Éste consistía en un documento guía general donde se relaciona toda la documentación. Al mismo tiempo se diseñó una matriz para realizar los procedimientos, documento y protocolos. Para facilitar la relación, cada propietario del proceso también tiene un documento donde se relaciona todo lo que pertenece a su servicio y los indicadores. La primera evaluación se realizó el día 26 de junio de 2006. A partir de aquí se facilitó a todo el mundo el sistema documental que está directamente relacionado en nuestra Intranet. La segunda evaluación ser realizó el día 14 de mayo de 2007, utilizando el mismo sistema para comparar.

RESULTADOS

Ciento sesenta y una horas dedicadas a la implantación del proceso; 33 h dedicadas a trabajar con el equipo directivo, 42 h trabajadas con las diferentes direcciones, 1 h dedicada a la segunda evaluación; 225 h dedicadas a la elaboración de la documentación, 179 correos electrónicos enviados y recibidos. Resultado de la primera evaluación: 67,4. Resultado de la segunda evaluación: 91,1.

CONCLUSIÓN

Con el sistema de relación que hemos utilizado sólo hemos tenido que realizar 52 documentos nuevos; el resto ya lo teníamos. Toda esta documentación es accesible porque la tenemos en nuestra Intranet.

Contacto: Bartomeu Ayala Márquez – bayala@althaia.cat

C-016 ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Autores: Martín-Castro C, Macías-Rodríguez F, Gómez-Jiménez J, Hidalgo-Martín M, Tejedor-Sánchez A, Olavarria-Govantes L.

OBJETIVOS

Describir el proceso de acreditación de una unidad de investigación extrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: se ha realizado un análisis evaluativo del proceso de acreditación de la Unidad de Investigación (UI) EPES. Ámbito de estudio: EPES. Período: de enero de 2005 a febrero de 2007. Los estándares y el modelo que se han seguido para la acreditación de la UI EPES son los recogidos en el Programa de Acreditación de Unidades de Investigación de la Consejería de Salud de Andalucía. La planificación de la acreditación de la unidad de investigación EPES ha estado constituida por cuatro etapas: identificar estándares, establecer un cronograma, designar responsables de la acreditación, y acciones clave a realizar. Grados de acreditación: el modelo de acreditación articula la progresión en diferentes grados, cada uno de mayor complejidad y exigencia que el anterior, propiciando así la mejora continua. A partir de la obtención de la autorización, se opta a los siguientes grados: avanzado, óptimo, excelente. Una vez obtenido un grado de acreditación, la unidad de investigación podrá optar de forma voluntaria a la acreditación en los grados sucesivos, o a la reacreditación en su mismo grado transcurridos cinco años como máximo.

RESULTADOS

Fase 1) Preparación: solicitud, designación del equipo de evaluación, visita de presentación, selección del responsable del proceso de acreditación. Fase 2) Enfoque interno: autoevaluación, informe de autoevaluación, plan de mejora interno. Fase 3) Enfoque externo: evaluación externa, informe de situación y mejora. Finalmente se reconoció por la Agencia de Calidad Andaluza el grado de acreditación avanzado.

CONCLUSIONES

Destacamos el gran número de áreas de mejora que permite implantar la acreditación de una unidad de investigación.

Contacto: Carmen Martín Castro – cmartin@gr.epes.es

C-017 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES RECONOCIDOS EN LA LEY 41/2002

Autores: García-Sánchez J, Sancho-González A, García-Sánchez F, García-Sánchez MJ, Conesa-Martí E, Pérez-Cárceles MD.

INTRODUCCIÓN

Los derechos a que se refiere la Ley se pueden resumir en derecho a la dignidad, confidencialidad, información sanitaria y autonomía del paciente. Estos preceptos constituyen una fuente de riesgos si no se toman las medidas oportunas para cumplir las obligaciones que impone a las administraciones y profesionales.

OBJETIVOS

Diseñar un protocolo de evaluación que incluya indicadores y que implique directa o indirectamente el cumplimiento de los derechos de los pacientes y familiares. Evaluación *in situ* para averiguar el grado de cumplimiento y qué variables influyen.

MÉTODO

Observación. Evaluador. Análisis de la historia clínica (HC): evaluación de 500 HC de pacientes con actuaciones de riesgo. Encuesta a pacientes y familiares: 1.500 encuestas de satisfacción (500 de poshospitalización, 500 de consultas y 500 de urgencias).

RESULTADOS

Observación. Evaluador: No existe exposición del lugar y hora de la información. Llamada a pacientes y familiares a viva voz o mediante megafonía. No se da información sobre cómo conseguir más información. Análisis HC: Alto porcentaje de consentimiento informado (CI) e informe de alta. No se anota en la HC que se informa al paciente. Encuestas poshospitalización: > información en hombres. Adecuado tiempo de espera. Bien atendido, bien informado, excepto en cómo conseguir más información y normas de funcionamiento. La información ha sido > en pediatría y servicios quirúrgicos y > en ingresos programados que en urgentes. Consultas: > información en mujeres, > información en jóvenes, > información en consultas sucesivas. Más del 80% se atiende antes de 45 días. Adecuada información. Excepto: cómo conseguir más atención. Información de procedimientos/demoras. Hoja inclusión en LEQ. El 30% no es atendido a su hora. Urgencias: > información en menores y en pediatría; > 80% se atiende antes de 30 minutos. Excepto en alternativas de diagnóstico y tratamiento, se da información periódica en pacientes en observación.

CONCLUSIONES

No consta en la HC que el paciente ha sido informado; el resto de derechos evaluados tiene niveles aceptables. La edad, género del paciente y el servicio establecen diferencias significativas en la información y el CI. El porcentaje de familiares informados es mayor que el de pacientes, incluso sobre las molestias o complicaciones de las pruebas, vulnerándose el principio de titularidad del derecho de información. Áreas de mejora: unificar la forma, lugar y hora en que se va a informar a familiares. Aplicar medidas que mejoren el derecho de confidencialidad como la megafonía. Asegurar en cirugía programada la copia de inclusión en LEQ. Implantar medidas para poder solicitar más información y sobre las normas de funcionamiento.

Contacto: María José García Sánchez – josefa.garcia24@carm.es

C-018 AUDITORIAS INTERNAS: INSTRUMENTO PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES JCAHO EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Autores: Mora-Banderas A, Canca-Sánchez JC, Pérez-Trueba E, García-Ortega T, Suárez-Alemán G, García-Ruiz JA.

OBJETIVO

Evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad del modelo *Joint Commission* mediante la realización de auditorías internas periódicas.

MÉTODO

Se realizaron auditorias internas por todas las unidades mediante entrevistas con profesionales y pacientes, revisión de historias clínicas y visita por la unidad.

RESULTADOS

Stock excesivo de medicamentos, 85%; medicamentos caducados, 15%; incumplimiento de la unidosis, 70%. Registros de historias clínicas segregados, 60%. Equipos externos sin evidencia de revisión, 70%. Pacientes identificados con pulsera, 40%. Política sobre manejo del dolor no implantada. Las medidas de mejora implantadas: los farmacéuticos se incorporaron al equipo de las unidades teniendo cada una su farmacéutico de referencia; se disminuyó en el 60% el stock en planta, se retiró el CLK concentrado en todas las unidades. En la UCI se incorporó un dispensador automático y en Urgencias se asignó un único responsable de la coordinación y control de los almacenes de medicamentos. Se mejoró el acceso a la historia clínica y la confidencialidad. Equipamiento: se incorporó un programa informático en las unidades con el histórico de cada aparato accesible a los profesionales del servicio. Se instauró una política de identificación de pacientes a través de identificadores validados con un porcentaje de implantación actual del 80% y se instauró en oncología el sistema de identificación por radiofrecuencia. Manejo del dolor: se implantó una política para control y manejo del dolor, utilizando como herramienta la Escala de Valoración Analógica con un nivel de cumplimiento actual del 75% a los 3 meses.

CONCLUSIONES

La existencia de un grupo interno evaluador permite realizar un análisis de situación, detectar áreas de mejora, implicar a los profesionales y guiarlos para conseguir la mejora en sus resultados. La realización de auditorías internas mantenidas periódicas siguiendo el mismo modelo de acreditación del centro supone un instrumento que permite mantener los niveles de cumplimiento de los estándares de calidad.

Contacto: Ana María Mora Banderas – anamb@hcs.es

Mesa 3

ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 1

C-019 – C-027

C-019 VÍA CLÍNICA DE CIRUGÍA ELECTIVA COLORRECTAL CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

Autores: Martínez-Serrano MA, Gil-Egea MJ, García M, Trillo L, Marín M, Grande L.

INTRODUCCIÓN

La cirugía colorrectal se produce en enfermedades de elevada prevalencia, que presentan gran variabilidad Las vías clínicas son herramientas para disminuir la variabilidad coordinando la actuación de todos los profesionales que participan en el proceso.

OBJETIVO

Elaborar una vía clínica en cirugía electiva colorrectal que incida fundamentalmente en las áreas de mejora identificadas al analizar los resultados de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal durante el año 2005.

MÉTODO

Formación de un equipo multidisciplinario con representantes de todos los profesionales que participan en el proceso. Identificación de las áreas de mejora al analizar los resultados de 109 pacientes consecutivos intervenidos durante el año 2005. Posterior elaboración de la vía clínica de cirugía electiva colorrectal, basada en el programa de rehabilitación multimodal propuesto por Kehlet y cols. Diseño de la documentación propia de la vía clínica y los protocolos correspondientes a cada servicio. Presentación de la vía clínica a todos los servicios que participaron en su elaboración para su discusión y aceptación.

RESULTADOS

Las áreas de mejora identificadas en los datos analizados de 2005 fueron: infección posoperatoria global (20,4%), estancia posoperatoria (11,9 días, con una mediana de 9 días); y administración de profilaxis antibiótica correcta (42 %). Diseño de la matriz temporal ejecutiva, hojas de información al paciente, encuesta de opinión e indicadores de evaluación. Elaboración de protocolos de anestesia, profilaxis antibiótica, y coordinación de todo el circuito. Tras la puesta en marcha se han ido realizando análisis periódicos para hacer las modificaciones oportunas. Finalmente, se llevó a cabo la puesta en marcha de la vía clínica definitiva en marzo de 2006.

CONCLUSIÓN

La puesta en marcha de una vía clínica debe ser multidisciplinaria y consensuada con todos los servicios implicados. Asimismo, debe elaborarse a partir de las áreas de mejora identificadas en el análisis de los propios resultados y de la evidencia científica.

Contacto: María Ángeles Martínez Serrano – 35780@imas.imim.es

C-020 EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores: Villaverde MV. Comisión de Transfusiones HCU Lozano Blesa de Zaragoza.

OBJETIVO

Determinar el grado de implementación en el hospital del Protocolo de Transfusión de Hemoderivados, elaborado por la Comisión de Transfusión, en el que se recogen las recomendaciones de práctica clínica de la *Guía sobre transfusión de componentes sanguíneos* de la Sociedad Española de Transfusión.

MÉTODOS

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Fuente de datos: historias clínicas. Población: pacientes dedos de alta entre enero y agosto de 2006 en cuyo CMBD figurase "transfusión" como procedimiento (Cod. 99.04). Muestra: aleatoria simple, 30 pacientes. La Comisión de Transfusión elaboró un protocolo de evaluación en el que se monitorizaron tres criterios: indicación, dosis y tiempo de transfusión, fijando las recomendaciones explícitas de la Guía.

RESULTADOS

La edad media de la muestra es de 65 años, el 80% de las transfusiones se realizan a mujeres y el 50% a pacientes de edades comprendidas entre los 71 y los 90 años. El principal servicio peticionario es Hematología, siendo los servicios médicos los principales clientes del Servicio de Transfusiones. La media de unidades de concentrados transfundidas es de 2,4 unidades por paciente. El 90% de los pacientes (IC al 95% 80 - 100) son transfundidos bajo alguna de las indicaciones aceptadas por la Guía. El 60 % (IC al 95% 42,5 - 77,5) cumplen con los criterios de dosis adecuada. En el 37% (IC al 95% 20 - 54) de las transfusiones realizadas el número de unidades a transfundir no es el recomendado, siendo en todos los casos superior; si el hospital implementase dichas recomendaciones se consumiría el 27,7% menos de unidades. En el 93% de las transfusiones (IC al 95% 84 - 100) el tiempo de transfusión empleado es adecuado.

CONCLUSIONES

La monitorización de la implementación del protocolo de transfusión elaborado según las recomendaciones de la Guía muestra que en el hospital tanto las indicaciones de transfusión, como la duración y el procedimiento se hacen de acuerdo con las mismas. Sin embargo, el número de unidades de hematíes utilizadas (dosis) excede en un 27,7% el que cabría esperar. A nivel práctico esto supondría que en un hospital como el nuestro donde se consumen unas 9.300 unidades/año, si implementásemos de forma correcta las recomendaciones fijadas por la Guía se consumiría unas 2.511 unidades menos al año, lo que supone un gran ahorro tanto en costes como en riesgos para el paciente derivados del procedimiento.

Contacto: M. Victoria Villaverde Royo – mvvillaverde.iacs@aragon.es

C-021 IMPLANTACIÓN Y MEJORA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Cárdenas J, Cañada A, Sanz-Virseda A, Rodríguez-Morales D, Sánchez-Perruca L, Mena JM.

OBJETIVO

Describir la implantación del Programa de Atención al Mayor Polimedicado, impulsado por la Dirección General de Farmacia de la Comunidad, en un área de Atención Primaria, su evaluación de resultados y las acciones de mejora desarrolladas.

MÉTODO

El Programa, dirigido a mayores de 75 años que consumen 6 o más principios activos (9.721 personas en nuestra área), se inicia en noviembre de 2006. Se basa en la coordinación con las oficinas de farmacia, la revisión sistemática del tratamiento, la educación sanitaria y la entrega de sistemas personales de dosificación para el correcto uso de la medicación. Para su implantación en nuestra área se formó a todos los profesionales y a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia conjuntamente, se nombró responsables en los equipos y se repartió material de ayuda. Mediante sentencias informatizadas se extraen datos de la historia clínica electrónica: cobertura, revisión del tratamiento por el médico (RT), revisión del uso del tratamiento por la enfermera (RU), conocimientos de la indicación del tratamiento y la posología (CM), test de Morisky (TM), valoración del tratamiento farmacológico real en relación al registrado en la historia clínica (VT) y recomendación de sistema personal de dosificación (SPD).

RESULTADOS

Primer análisis de datos (febrero de 2007): cobertura del 3,52% (342 usuarios), RT 2,05%, RU 51,17%, CM 84,8%, TM 57,60%, SPD 28,07%, VT 16,96%. Identificación de áreas de mejora que implican formación a los sanitarios, rediseño de protocolos informáticos de registro, elaboración de listados para los profesionales con los ancianos incluidos a los que les falta algún dato, un *flash* informativo que aparece al acceder a la historia electrónica de dichos pacientes y la inclusión de objetivos relacionados con el programa en el Contrato de Gestión de los equipos. En mayo de 2007 se vuelve a evaluar con los siguientes resultados: cobertura 38,48% (3740 usuarios), RT 62,35%, RU 54,47%, CM 86,26%, TM 82,46, SPD 57,14%, VT 50,13%.

CONCLUSIONES

La implantación de este novedoso programa en otros países ha mejorado considerablemente la seguridad, disminuido los ingresos hospitalarios, la terapia innecesaria y las visitas no programadas a los centros de salud y aumentado la adherencia al tratamiento. En nuestra área, tres meses después de implantar las medidas correctoras, mejoramos significativamente todos los resultados; ha sido clave implicar a los profesionales devolviendo la información y señalándola como objetivo estratégico en el Contrato de Gestión.

Contacto: Juan Cárdenas Valladolid – jcardenas.gapm04@salud.madrid.org

C-022 PREPARACIÓN, ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Autores: Sánchez-Nieto JM, Menchón-Martínez PJ, Carrillo-Alcaraz A, Paz-Ramírez L, Caballero-Rodríguez J, Pérez-García MC.

OBJETIVOS

1) Diseñar con metodología explícita y reproducible una vía clínica (VC) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) exacerbada que reciben ventilación no invasiva (EPOC-VNI). 2) Realizar el despliegue de la misma.

MÉTODO

De junio de 2005 a noviembre de 2006 se desarrollan las actividades de preparación, diseño e implantación de la VC: 1) Preparación: cronograma, formación del grupo de trabajo, análisis de la situación mediante medición de criterios de calidad, análisis de la experiencia interna y búsqueda y resumen crítico de evidencias (experiencia externa). 2) Elaboración: matriz temporal y documentación. 3) Implantación: estrategia de formación, difusión y despliegue.

RESULTADOS

1) Preparación. Grupo multidisciplinar con 18 profesionales (facultativos y enfermeros). Seis reuniones con metodología de consenso formal. Evaluación de seis criterios de calidad (Cr) en 150 pacientes (270 mediciones). Incumplimientos de criterios: Cr 1 (existencia de gasometría previa al inicio de VNI) = 35,1%; Cr 2 (registro en hoja de tratamiento de parámetros ventilatorios y horario) = 55%; Cr 3 (registro en hoja de tratamiento de FiO_2 y/o flujo O_2 y coincidencia con el aplicado al paciente) = 57%; Cr 4 (existencia de gasometría de control entre 1 y 3 horas desde el inicio de VNI) = 57%; Cr 5: (comprobación de fugas por mascarilla inferiores a 40 L/min) = 38%; Cr 6 (registro en la historia clínica de complicaciones cutáneas) = 76%. Mortalidad en la UCI: 6,7%; mortalidad en el hospital: 19,3%. Revisión de seis guías de práctica clínica (GOLD 2005; ATS 2003; NICE 2004, CJR 2003, BTS: Thorax 2002; AHRQ 2005). Síntesis de la evidencia con 26 recomendaciones.
2) Elaboración. Una matriz temporal, dos plantillas de verificación, 6 protocolos de actuación, dos formularios de registros de enfermería, tres planes de coordinación, un manual de ventilación para profesionales y uno para autocuidados del paciente.
3) Implantación. a) Plan de formación: 22 cursos "formato taller" (177 profesionales). b) Plan de difusión y despliegue: cinco presentaciones plenarias, instalación de documentos en los ordenadores de los servicios implicados, impresión y reparto de manuales.

CONCLUSIONES

1) El análisis de situación detecta numerosos problemas de calidad asistencial en la aplicación de la ventilación no invasiva; esto justifica la implantación de una vía clínica. 2) El diseño de la vía clínica ha generado numerosa documentación de apoyo para la mejora del proceso asistencial. 3) La estrategia de implantación ha requerido un amplio plan formativo entre los profesionales del hospital.

Contacto: Juan Miguel Sánchez Nieto – juanm.sanchez3@carm.es

C-023 NUEVA ESCALA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: LA ESCALA CATALANA

Autores: Gutiérrez J, Márquez MA, Martínez MT, Echarte JL, Skaf E, Pallás O.

OBJETIVOS

Comparar la sensibilidad de una nueva escala de predicción clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) con escalas ya validadas prospectivamente, la escala de Wells (EW) y la escala de Ginebra (EG).

METODOLOGÍA

Se incluyeron 55 pacientes con el diagnóstico de TEP desde el 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2006. La confirmación diagnóstica se hizo mediante angiotomografía computarizada pulmonar (TC) o por gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión de alta probabilidad (GP). Se revisaron los informes de alta del hospital y de las pruebas de imagen. La EW valora 7 variables clínicas ponderadas y ha sido validada en pacientes ambulatorios y hospitalizados; gradúa la probabilidad clínica en baja, moderada y alta o en improbable y probable. La EG valora 7 variables objetivas de tipo clínico, analítico y radiológico y ha sido validada en el área de urgencias; gradúa la probabilidad clínica en baja, intermedia o alta. La Escala Catalana (EC) valora 10 variables objetivas de tipo clínico, analítico, radiológico y electrocardiográfico y ha sido diseñada para el área de urgencias; gradúa la probabilidad clínica en baja, intermedia o alta. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows.

RESULTADOS

Edad media 69 ± 16 años (67% mujeres). La GP se realizó en el 36,4% de los casos. La TC se realizó en el 85,5%. Mortalidad global: 7,4%. Análisis estadístico: las sensibilidades diagnósticas de las 3 escalas fueron: EG 72,9 %, EW 75 % y EC 97,9 %. Al compararla con las otras escalas, la EC fue más sensible que la EG ($p < 0,001$) y la EW ($p = 0,001$) (prueba de McNemar).

CONCLUSIONES

En el presente estudio, la EC ha presentado una sensibilidad superior a la EW y la EG. La EC podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de TEP como modelo de probabilidad clínica antes de la prueba. En nuestro medio, el área de urgencias, es posible que fuera más adecuada que escalas ya validadas. Para ello, hemos diseñado un estudio prospectivo que compara las tres escalas y que evalúa no sólo sus sensibilidades, sino sus especificidades y valores predictivos.

Contacto: Juan Gutiérrez Cebollada – JGutierrez@imas.imim.es

C-024 SALINO *VERSUS* HEPARINA PARA MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES. EN BUSCA DE MEJORES EVIDENCIAS

Autores: Serrano-Ruiz A, Latorre-Marcol, Saboya-Sánchez S, De la Calle-Real S, Carbonero-Martín T, Solís-Muñoz M.

OBJETIVOS

1) Evaluar la eficacia de una solución de sellado con suero salino 0,9% comparada con una solución de heparina 250 U/ml en el mantenimiento de la permeabilidad de la luz libre de catéteres venosos centrales no permanentes. 2) Actualizar los protocolos de enfermería a partir de mejores evidencias científicas.

MÉTODOS

El estudio se realizó en 3 fases. *Fase 1.* Dar a conocer en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HU Puerta de Hierro la concesión de una beca para desarrollar un estudio multicéntrico. Crear grupos de trabajo. Realizar sesiones de trabajo y de consenso para revisar y actualizar protocolos: "Protocolo de Mantenimiento de Accesos Venosos Periféricos", "Protocolo de Cuidado de Catéteres Venosos Centrales" y "Protocolo de Cuidado de Catéteres Arteriales". *Fase 2.* Difusión de los nuevos protocolos e implementación progresiva, comprobada mediante cumplimentación de registros y entrevista con los profesionales. *Fase 3.* Inicio del ensayo clínico controlado, multicéntrico, prospectivo, doble ciego, con asignación aleatoria a dos grupos (grupo tratado con suero salino y grupo tratado con heparina). Tamaño de la muestra: 189 pacientes por grupo. Intervención: estandarización del proceso de lavado, administración del fármaco, posterior lavado y sellado de la luz con suero salino para un grupo y solución de heparina 250 U/ml para el otro. Estandarización de la cura del catéter. Variable de resultado principal: obstrucción de la luz libre del catéter. Análisis: se efectuarán por tratamiento asignado y por protocolo. El análisis de la comparación de las tasas de obstrucción entre los dos grupos se efectuará mediante regresión logística múltiple.

RESULTADOS

Todas las enfermeras de la UCI (28) conocen el proyecto de investigación financiado y han contribuido en la actualización, difusión y puesta en práctica de los 3 protocolos sobre intervenciones enfermeras. Se ha alcanzado un grado de implementación del 100% del "Protocolo de Cuidado de Catéteres Venosos Centrales", imprescindible para pasar a la fase 3 del proyecto, que está en estos momentos en fase de estudio piloto.

DISCUSIÓN

La investigación es una herramienta muy potente de mejora de la calidad asistencial, principalmente porque estimula la reflexión y el estudio, promueve la reevaluación y la actualización de procedimientos basados en mejores evidencias y favorece el trabajo en equipo consensuado. Esta dinámica de trabajo permite disminuir la variabilidad en la práctica clínica, lo cual promueve la mejora de los resultados en salud y, por tanto, la mejora de la calidad asistencial.

Contacto: Alfredo Serrano Ruiz – aserrano.hpth@salud.madrid.org

C-025 VÍA CLÍNICA DE CIRUGÍA ELECTIVA COLORRECTAL CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL. RESULTADOS EN 100 PACIENTES

Autores: Gil-Egea MJ, Martínez-Serrano MA, García M, Trillo L, Marín M, Grande L.

OBJETIVO

Elaboración y puesta en marcha de una vía clínica en cirugía electiva colorrectal a partir de un programa de rehabilitación multimodal. Resultados de los primeros 100 pacientes.

MÉTODO

Formación de un equipo multidisciplinario con representación de todos los profesionales implicados en el proceso. Elaboración de una vía clínica a partir de las áreas de mejora identificadas en el análisis de los resultados del año 2005 que fueron: infección quirúrgica posoperatoria, administración de la profilaxis antibiótica y estancia posoperatoria. Para la elaboración de la vía clínica se tomó como modelo el programa de rehabilitación multimodal del proyecto ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) de Kehlet y cols. Se realizaron sesiones informativas con todas las partes implicadas. La puesta en marcha comenzó en marzo de 2006. Se definieron los criterios de alta: tolerar la dieta sólida, movilización adecuada y dolor controlado con analgésicos orales.

RESULTADOS

Análisis de los resultados de los 100 primeros pacientes. Al quinto día de posoperatorio más del 80% de los pacientes cumplía los criterios de alta. Comparando las características de los pacientes con el periodo anterior, fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, *American Society of Anesthesiologists* (ASA) y tipo de intervención quirúrgica practicada. Comparando los resultados se observó una mejoría significativa de los parámetros identificados como "áreas de mejora". Así pues, evidenciamos una disminución de la infección quirúrgica posoperatoria global (20,4% *vs.* 13%), la infección de la herida (14,8% *vs.* 9%), la infección de órgano-espacio (5,6% *vs.* 4%), disminución de la dehiscencia anastomótica (4,2% *vs.* 2%) y reducción de la estancia media posoperatoria, de 11,9 (SD 9,9) días a 8,5 (SD 6,4) días, con un descenso de la mediana de 9 días *vs.* 6 días. La administración de la profilaxis antibiótica de forma correcta ha pasado de 42% al 94%.

CONCLUSIÓN

Un programa de rehabilitación multimodal mejora la evolución posoperatoria y la administración de profilaxis antibiótica y disminuye las complicaciones y la estancia hospitalaria.

Contacto: Maria José Gil Egea – 35780@imas.imim.es

C-026 INTRODUCCIÓN AL CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE ERROR MÉDICO EN CIRUGÍA

Autores: Vallverdú H, Rebasa P, Urgellés J, Navarro S.

INTRODUCCIÓN
Se han postulado numerosos mecanismos que contribuyen o son factores predisponentes a la presentación de un error médico. Sin embargo, creemos que la mayoría de nosotros no conocemos lo que desencadena un error y, por tanto, no podemos iniciar estrategias encaminadas a evitarlos o a disminuir su incidencia.

OBJETIVOS
Averiguar el grado de conocimiento de los mecanismos del error médico entre cirujanos de Cataluña.

MATERIAL Y MÉTODO
Encuesta escrita anónima remitida por correo electrónico a los jefes de servicio de todos los hospitales de la red pública catalana. Respuesta múltiple posible y abierta en algunas preguntas.

RESULTADOS
Se revisan 81 encuestas correspondientes a tantos cirujanos de 12 hospitales. Tan solo el 6,2% de los cirujanos entrevistados reconoció correctamente todos los factores que se incluyeron en la encuesta que se reconocen como contribuyentes a la producción de errores. El cansancio fue reconocido como factor por el 72,8% de los entrevistados. La sobrecarga de trabajo por el 88,9%. La falta de horas de sueño por el 53,8% y los problemas personales por el 40%. Los problemas o desacuerdos en el equipo fueron reconocidos por el 41,3% de los entrevistados y la inexperiencia por el 75%. Las situaciones de estrés lo fueron por el 80% y la falta de formación continuada por el 52,5%. Los defectos organizativos fueron reconocidos como factor predisponente por el 62,5% y los fallos del sistema por el 57,5%. La mala suerte, factor que no es considerado como predisponerte al error humano, fue invocada como causante por el 36,3% de los entrevistados.

CONCLUSIONES
Creemos necesario aumentar el grado de conocimiento de los mecanismos del error en medicina para empezar a trabajar en los mecanismos que intenten minimizarlo. Los modelos de control de errores de la industria aeronáutica deberían ser un ejemplo a seguir.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdú@telefonica.net

C-027 ¿TAMBIÉN SOMOS VARIABLES ANTE LA EVIDENCIA?

Autores: Moreno-García F, Alejandre-Lázaro G, Fernández-Agüero L, Rubio-Pulido O, Sánchez-Ramiro A, Viseu-Pinheiro-Lopes-Do-Rego MG.

OBJETIVOS
Describir la variabilidad en prescripción entre médicos de Atención Primaria (AP) del Área de Salud de Toledo ante casos clínicos para los que existe evidencia respecto a su tratamiento.

MÉTODOS
Estudio descriptivo, basado en encuesta anónima y autocumplimentada con 6 casos clínicos frecuentes: 1) Neumonía típica adquirida en la comunidad, hombre joven sin complicaciones (tratamiento empírico según evidencia: amoxicilina). 2) Herpes zoster oftálmico (antiviral + paracetamol/codeína). 3) Artrosis en mujer posmenopáusica sin osteoporosis (tratamiento con paracetamol). 4) Cistitis, mujer joven sin complicaciones (amoxicilina-clavulánico, norfloxacino y fosfomicina según resistencias de nuestra zona). 5) gastroprotección en paciente con corticoides (No). 6) Prevención de trombosis venosa profunda, hombre joven sin factores de riesgo con esguince de tobillo (no heparina de bajo peso molecular). Se recogieron datos del médico (edad, sexo, MIR, años de experiencia) y entorno laboral (contrato, presión asistencial, cupo, distancia al hospital).

RESULTADOS
Recibimos 146 encuestas (tasa de respuesta 51.04%). Caso 1: tratamiento según evidencia: 6,8%; Caso 2: 31,5%; Caso 3: 80,8%; Caso 4: 90,5%; Caso 5: 15,9%; Caso 6: 72,5%. Las variables sexo, contrato, cupo, distancia al hospital y presión asistencial no fueron significativas. En el caso 2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad ($t = 3,773$ $p < 0,0001$) y a la experiencia ($t = 2,852$ $p < 0,01$); mientras que en los casos 1 y 5 sólo para la formación MIR ($t = 12,848$ $p < 0,05$ y $t = 16,409$ $p < 0,005$, respectivamente).

CONCLUSIONES
Constatamos variabilidad en la prescripción, en nuestra área, incluso ante situaciones para las que existe evidencia científica. Numerosas actitudes terapéuticas no coinciden con la mayoría de las recomendaciones. Queda para estudios posteriores investigar otros parámetros, fuera de los habitualmente considerados, que influyan en la variabilidad referida a casos en los que existe evidencia. El mejor conocimiento de la práctica clínica es muy importante para aumentar la calidad de la atención sanitaria, al detectar áreas de mejora para las que priorizar actuaciones.

Contacto: Fernando Moreno García – fmgarcia@sescam.jccm.es

Mesa 4

CONTINUIDAD ASISTENCIAL 1

C-028 – C-036

C-028 MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y DOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Villares S, Torres A, Villegas E, Fernández FJ, Martín E, Romero C.

OBJETIVOS
Establecer un circuito de comunicación y derivación precoz entre una unidad de hospitalización a domicilio (HADO, *Hospitalisation a domicile organisation*) urbana y dos equipos de atención primaria (EAP) (2I y 2K), con el fin de mejorar la continuidad asistencial de los pacientes de ambas áreas básicas que requieren ingreso hospitalario.

MÉTODOS
Cuando ingresa en una HADO un paciente perteneciente a uno de los dos EAP, vía correo electrónico se establece un circuito de comunicación en un máximo de 72 horas entre los profesionales responsables. La unificación informática de la información sanitaria entre las HADO y los EAP permite un seguimiento conjunto del caso a través del curso clínico informatizado y el establecimiento de un plan de continuidad asistencial individualizado. En caso necesario, 72 horas antes del alta se concreta una visita de enlace, especialmente en pacientes quirúrgicos o con curas complejas. En la situación inversa, un paciente de uno de los dos EAP que requiere hospitalización, y susceptible de ingreso en una HADO, es valorado por dicha unidad precozmente. Tras contacto telefónico entre responsables de ambos equipos, se pacta una visita a Urgencias, previa al ingreso hospitalario, coordinada por la HADO, o una visita de enlace en el domicilio. Este circuito ha entrado en funcionamiento con una prueba piloto en mayo de 2007.

CONCLUSIONES
Un circuito de comunicación entre los EAP y las HADO permite la derivación precoz de pacientes entre ambos equipos, ofreciéndoles un proyecto coordinado de continuidad asistencial.

Contacto: Sandra Villares Polis – sandra.villares@sanitatintegral.org

C-029 COORDINACIÓN ASISTENCIA PRIMARIA-HOSPITAL. NEGOCIACIÓN ENTRE IGUALES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA EN EL VALLÈS ORIENTAL

Autores: Ojeda F, Canovas E, Clavera R, Guix D, Falguera G.

INTRODUCCIÓN
En el sistema sanitario catalán existe un programa de asistencia a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) que es el encargado de prestar asistencia ambulatoria en el ámbito de la salud de la mujer. Desde 2004 se inicia un proceso de convergencia que se concreta en reuniones periódicas del director del Servicio de Ginecología y Obstetricia, la jefa de Bloque Obstétrico, la coordinadora médica y la de matronas del PASSIR Granollers, así como sesiones clínicas bimensuales con revisión de protocolos conjuntos.

OBJETIVO
Negociar el desarrollo de un convenio de colaboración entre el dispositivo hospitalario y el PASSIR para mejorar la asistencia a las usuarias del servicio público, trabajando en unos objetivos comunes marcados desde el Departamento de Salud.

METODOLOGÍA
Coordinación PASSIR-Hospital: reuniones periódicas paritarias. Formación continuada común: sesión clínica bimensual. Objetivos específicos: protocolo de actividades preventivas en cáncer de cuello uterino. Actualización del control y seguimiento de la diabetes gestacional en el Vallès Oriental. Redefinir la cartera de servicios de urgencia del PASSIR y del hospital. Coordinación entre PASSIR y el hospital en diagnóstico prenatal, en especial en las técnicas invasivas. Puerperio domiciliario. Curso de actualización en la sala de partos para matronas de atención primaria. Se dispuso un cronograma. De todas las reuniones de objetivos se redacta acta.

RESULTADOS
Se han realizado cuatro reuniones de coordinación para los objetivos específicos, y se han creado dos grupos, el de diabetes gestacional y el de urgencias que ya han comenzado sus trabajos. En el ámbito del diagnóstico prenatal se está pendiente de una consulta técnica para comenzar el trabajo de profesionales del hospital en el ámbito de la primaria. En el objetivo de prevención se ha cumplido el calendario de puesta en marcha del plan de prevención del cáncer de cuello de útero; queda pendiente la evaluación de resultados. Queda pendiente, por tema de cronograma, el objetivo de mejora del puerperio domiciliario. Se siguen realizando las reuniones de coordinación bimensuales, así como las sesiones clínicas conjuntas, cuyo calendario es consensuado por ambas partes al inicio del año.

CONCLUSIONES
La coordinación entre dispositivos sanitarios es una necesidad. Esta coordinación debe encararse desde criterios de una negociación paritaria abierta y no desde un criterio de imposición que puede resultar contraproducente.

Contacto: Felipe Ojeda Pérez – fojeda@fhag.es

C-030 INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA: HERRAMIENTA PARA LA COORDINACIÓN ENTRE ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y ASISTENCIA PRIMARIA. ¿LO LOGRAREMOS?

Autores: Andrés B, Zaldívar MA, Serrano L, Martínez JR, Alonso M.

OBJETIVOS
Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (atención especializada y Atención Primaria). Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes tras el alta hospitalaria. Conocer las necesidades de cuidado del paciente al alta y la cumplimentación del informe de enfermería (IEA).

METODOLOGÍA
Situación de partida: 1) Explotación de indicadores de proceso del IEA desde el año 2003. 2) Inicio de un proceso de cambio en los contenidos del IEA y sustitución del papel por soporte electrónico. 3) Desconocimiento del control del paciente al alta. Todo ello nos ofrece una oportunidad de mejora dentro de la coordinación entre atención especializada y primaria. Para optimizar el IEA como herramienta de coordinación, se constituyó un grupo que establece los criterios para asegurar la continuidad tras el alta. El trabajo realizado ha sido: 1) revisión y actualización de procesos que precisan de continuidad asistencial y 2) diseño del circuito del IEA para su adecuada transmisión. Los resultados del grupo son aprobados y puestos en marcha en el mes de mayo. Se diseñan nuevos indicadores de seguimiento. Se planea una revisión del plan tras dos meses de implantación.

RESULTADOS
Resultados del grupo: 6 reuniones de trabajo. Introducción de nuevos procesos para elaborar el IEA. Indicadores en 2006: tasa de IEA sobre el total de altas:7,95%, media de problemas por informe: 2,74, problemas al alta: 46% (patrón nutricional metabólico), 23% (patrón actividad ejercicio). Indicadores en mayo de 2007: tasa de IEA sobre el total de altas: 17,57%, IEA enviados por circuito establecido en el plan (mayo): 27,49%. Las incidencias recogidas de los informes enviados fueron diez (14,49%): seis no contenían el código de identificación personal del paciente (CIP) o el centro de salud de referencia, tres fueron identificados con CIP erróneo y uno no cumplía criterios de inclusión en el nuevo circuito.

CONCLUSIONES
Aunque una valoración actual es todavía prematura, podemos decir que la adecuación del contenido y el circuito del IEA permitirán una mejor coordinación entre niveles asistenciales y un control del paciente al alta. El seguimiento de IEA nos ayuda a identificar áreas de mejora conjunta y a establecer un *feedback* entre niveles que garantice la continuidad de la atención. El análisis de los nuevos ítems del IEA informatizado nos permite un conocimiento más exhaustivo de las necesidades de cuidados de los pacientes al alta.

Contacto: Begoña de Andrés Gimeno – bandres.hpth@salud.madrid.org

C-031 ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PRIMARIA. EXPERIENCIA E INDICADORES DE ACTIVIDAD EN UN CENTRO HOSPITALARIO CONCERTADO

Autores: Guillaumes S, López L, Alonso T.

INTRODUCCIÓN
La reforma de la atención especializada (RAE) de primaria de Cataluña es un instrumento para mejorar la coordinación y la continuidad asistencial entre niveles, la accesibilidad y la capacidad resolutiva de la asistencia primaria (AP). El centro hospitalario en el que trabajan los autores viene desarrollando actividad especializada (AE) de primaria desde 1998, atendiendo en estos momentos un total de 10 especialidades para una población que varía, según especialidad, entre 120.00 y 140.000 personas, atendidas a su vez por 5 equipos de AP (EAP).

OBJETIVO
Describir nuestra experiencia y analizar un conjunto de indicadores disponibles.

MÉTODOS
Se realiza un estudio descriptivo y comparativo de los siguientes indicadores: derivaciones de los EAP, capacidad resolutiva de la AE, tasa de reiteración, tasa de incomparecencia y lista de espera. Para la actividad (derivaciones) se comparan las cifras obtenidas, ajustadas por porcentaje de población atendida en AP, con los datos publicados en un estudio del año 2002 realizado con un grupo de EAP con características socioeconómicas y demográficas diferentes. Se dispone de datos de 10 especialidades.

RESULTADOS
Las áreas de cobertura presentan unos porcentajes de población atendida en AP (ajustada por edad) que son en promedio del 55,5% (46,9% - 68,7%) con unas tasas de doble cobertura (pública - mutual) del 50% - 60%. La actividad total en las 10 especialidades estudiadas fue, en 2005, de 27,8 visitas programadas por 100 personas atendidas en AP (28,8 en el estudio de 2002) correspondiendo en casi un 70% a cuatro especialidades (oftalmología 5,9; dermatología 5,5, traumatología 4,7 y otorrinolaringología 3,7) siendo mucho menor en las restantes especialidades (neurología 2,19; urología 1,1; cardiología 1,5; cirugía general 1,3, vascular 0,91 y neumología 0,6). En todos los casos existe un total paralelismo con la actividad publicada en el estudio previo cuando las cifras son ajustadas al porcentaje de población atendida en AP. El tiempo de espera osciló entre los 4 y los 28 días según la especialidad. La tasa de reiteración fue de 1,08 (0,69 - 3,21), la de incomparecencia del 20,5% (14% - 23,5%) y la capacidad resolutiva de la primera visita en AE del 39% (23% - 48%). En conjunto, las encuestas de satisfacción de consultas externas del centro muestran elevadas tasas de satisfacción.

CONCLUSIONES
La integración de la AE de primaria en la actividad del hospital de referencia mejora la coordinación, la continuidad asistencial entre niveles y la capacidad resolutiva del sistema.

Contacto: Salvador Guillaumes Furnés – 16288sgf@comb.es

C-032 UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: COMITÉ DE LACTANCIA DE ÁREA

Autores: De la Iglesia B, Madroñal P, Biurrun A, Fernández-Crespo S, Torijano M, Miranda A.

OBJETIVOS
Conocer y promover la lactancia materna en nuestra área.

MÉTODOS
Tras varias iniciativas de intervención comunitaria mediante talleres de lactancia materna y una jornada organizada conjuntamente entre Atención Primaria y Especializada se creó un Comité de Lactancia de Área con el fin de conseguir aumentar la prevalencia de la lactancia materna en el área sanitaria y, en última instancia, la declaración del centro hospitalario como Hospital Amigo de los Niños apoyado por los Centros de Salud del Área. Para evaluar la situación de partida se realizan estudios descriptivos transversales en ambos ámbitos con el fin de aproximarnos a la prevalencia de lactancia en el área. Próximo estudio prospectivo conjunto mediante "tarjeta portátil".

RESULTADOS
Prevalencia de lactancia materna en atención primaria (revisión de historias clínicas de una muestra de 129 niños): lactancia materna exclusiva al inicio, 65% (55,9% - 74,9%); a los 15 días, 55% (44,1% - 66,1%); al mes, 44% (33,1% - 55,2%); a los 2 meses, 36% (17,9% - 38,8%); a los 4 meses, 28% (17,9% - 38,8%) y a los 6 meses, 17% (7,9% - 26,2%). Prevalencia de lactancia materna en atención especializada: en el momento del parto, el 85% de las madres encuestadas deseaban dar lactancia materna. Al alta del hospital, el 61% daba lactancia materna exclusiva y el 18 % lactancia mixta. Además, se pregunta a las madres dónde (centro de salud/hospital/familia/otros) han recibido información acerca de los beneficios de la lactancia materna y motivos por los que han ayudado al niño con lactancia artificial (se dan los datos referidos a los partos de alta en un mes). Se describe la actividad del Comité y su futuro inmediato.

CONCLUSIONES
Debemos potenciar la lactancia materna dados sus incuestionables beneficios con el fin de mejorar los resultados en salud de nuestra comunidad y para ello es necesaria la estrecha colaboración entres asistencia primaria y especializada con el fin de garantizar la continuidad y homogeneidad de los cuidados y de la información que se ofrece al respecto.

Contacto: Begoña De La Iglesia López – mbde@sescam.jccm.es

C-033 MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Autores: VillarI, Izuel-Rami M, Bandrés AC, Beloqui JJ, Aza M, Abad R.

OBJETIVOS

Minimizar el impacto de la discontinuación farmacoterapéutica entre niveles asistenciales mediante conciliación de la medicación al ingreso e información activa al alta hospitalaria por parte de un farmacéutico de hospital denominado farmacéutico de enlace.

MÉTODOS

Desde noviembre de 2006 se ha iniciado un proyecto de farmacéuticos de enlace en las unidades de medicina interna y neumología de un hospital general de referencia de 1.300 camas. La actividad incluye la realización de la historia farmacoterapéutica del paciente al ingreso (incluyendo medicamentos sin receta e información sobre adherencia) y la información farmacoterapéutica activa al paciente y/o cuidador al alta hospitalaria. Se utilizan como herramientas informáticas el programa Infowin® para la información al alta, Isofar® para el registro de intervenciones farmacéuticas y un programa propio en la realización de la historia al ingreso.

RESULTADOS

Durante 7 meses se han cribado 1.246 pacientes detectándose en ellos 370 problemas relacionados con los medicamentos (PRM) al ingreso. Al alta, el 71% de los pacientes se consideraron susceptibles de recibir información farmacoterapéutica individualizada, atendiéndose al 91% y detectándose otros 307 PRM. En conjunto, entre los PRM destacaron: falta de alguna información esencial en la orden médica (245), discontinuación de tratamientos crónicos del paciente (144), detección de error en la prescripción (56), dosificación/frecuencia excesiva (44) y necesidad de tratamiento adicional (34). Cada PRM originó una intervención farmacéutica de las que la mayoría incidieron en la seguridad de la terapia (el 63%) mientras que el 37% lo hicieron en su eficacia. Las intervenciones farmacéuticas más frecuentes fueron la compleción de información esencial en la orden médica (303) y la solicitud de inicio de tratamiento (178). Del total de intervenciones, el 90 % fueron aceptadas por el facultativo responsable.

CONCLUSIONES

La labor del farmacéutico al ingreso ha evitado la interrupción inadecuada de tratamientos crónicos y ha asegurado su correcta dosificación. Las intervenciones realizadas al alta han mejorado la calidad de la prescripción; la información proporcionada ha contribuido a un mejor conocimiento de los pacientes sobre su terapia lo que favorece la adherencia al tratamiento y la reducción de los PRM prevenibles. Estas intervenciones ponen de manifiesto el papel del farmacéutico en aumentar la calidad y seguridad de la atención al paciente en la interfaz asistencial.

Contacto: Mónica Izuel Rami – mizuel@salud.aragon.es

C-034 CITACIÓN DE PACIENTES DESDE URGENCIAS HOSPITALARIAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Martín Gracia E, Ximenis M, Bel L, Oliva A, Fernández J, Ibáñez Pardos JL.

INTRODUCCIÓN

La continuidad asistencial constituye un elemento clave para garantizar la eficiencia del sistema sanitario.

OBJETIVO

Puesta en marcha de un programa de atención integral (PAI) entre el servicio de urgencias de un hospital (SUH) y dos áreas básicas de salud (ABS) del mismo territorio, mediante un programa de citación directa desde el SUH a las agendas de los profesionales de Atención Primaria (AP) de dos ABS. Descripción de los pacientes de las dos ABS que utilizan el SUH y evaluación de las posibles urgencias que pudiendo ser atendidas en AP acuden al SUH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Período de estudio: de noviembre de 2006 al 10 de mayo de 2007. Población diana: usuarios asignados a las dos ABS (49.874). Población en estudio: pacientes de las dos ABS que pasaron por urgencias en ese período (2.703). Muestra: todos los pacientes de la población a estudio. Recogida de datos: explotación de los datos informatizados del SUH y de las agendas en OMI-ap de las ABS.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio fueron atendidos en urgencias 15.834 pacientes, 2.703 pertenecientes a las ABS (17,07%). De éstos, el 11,1% fueron derivados desde la AP. El 95,96% del total acudieron a SUH en días laborables. El 57% eran mujeres y el 58,52% tenía < 60 años. La distribución por grupos de enfermedades fueron: medicina: 55,23%, cirugía: 11,98%, COT: 31,98%. Los días laborables en horario de visitas de las ABS (8 h - 21 h) se atendieron 1.346 (49,7%); de éstos, el 65,89% (887) fueron clasificados según criterios de triaje (Sistema Andorrano de Triaje-MAT); el 76,09% (675) se consideraron nivel 4 y 5. El 64,55% (675) fueron derivados al alta a su médico o enfermera de AP, siendo programadas directamente en la agenda de las ABS 328 pacientes (18,7%); el 92,98% (305) en la agenda del médico, de los cuales acudió a consulta el 80,65%; el resto fueron programadas en la agenda de enfermería (23) y de éstos el 86,9% acudió a la consulta.

CONCLUSIONES

La implementación del OMI-ap dentro del marco de coordinación del PAI constituye un elemento eficaz para la continuidad asistencial. Existe un alto porcentaje de cumplimiento en las visitas en AP concertadas directamente desde el SUH.

Contacto: Elisabeth Martín Gracia – elisabet.martin@sanitatintegral.org

C-035 CONSTITUCIÓN DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS FRENTE A LA VIOLENCIA (CHV)

Autores: Buey C, García-Delgado C, Soria MA, Pires M, Ansede JC.

OBJETIVO

El Plan de Acción Integral Frente a la Violencia consta de cuatro líneas de actuación: institucional, organizativa, asistencial y formativa. Propone constituir comisiones hospitalarias frente a la violencia (CHV), establecer una pauta de actuación normalizada de los profesionales y posibilitar una actuación integral a las personas más vulnerables que sufren o que la han sufrido.

METODOLOGÍA

1) Los contratos de gestión 2006 incluyeron la constitución en cada centro de una CHV. 2) El documento "Constitución de las CHV" marca las directrices para su puesta en marcha. 3) Se establece el gestor/a de casos para la coordinación asistencial hospitalaria, con Atención Primaria y con los aspectos sociosanitarios, relevantes en este problema de salud. 4) El plazo de constitución fue el 30 de junio de 2006, recogido en acta, para seguimiento del objetivo. 5) Las CHV dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad y su misión es asesorar a la Dirección. 6) Se fija un mínimo de 9 reuniones anuales y elaborar una propuesta de objetivos.

RESULTADOS

1) Recepción de las actas constitutivas de los 21 Centros. 2) Implicación de los equipos directivos participando en su constitución y siendo miembros de las mismas. 3) Designación de un psiquiatra extrahospitalario por CHV. 4) Composición multidisciplinar de 7 - 10 miembros. 5) Nombramiento de presidentes/as y secretarios/as, con perfil multidisciplinar y gestores/as de casos y trabajadores/as sociales. 6) Información del objeto, funciones y ámbito de actuación. 7) Proposición de actividades comunes (urgencias, protocolos, formación). 8) La respuesta ha sido incompleta en determinados aspectos descritos en el documento de constitución y en algunos centros.

CONCLUSIONES

1) Las CHV son una estructura organizativa para afrontar el problema de salud de la violencia en la atención especializada. 2) La implicación de los equipos directivos, el carácter multidisciplinar y la inclusión de psiquiatras extrahospitalarios es relevante. 3) El gestor/a de casos, trabajador/a social, garantiza la continuidad asistencial de los casos detectados. 4) Las CHV deben completar los requisitos del documento de constitución y desarrollarse en el ámbito de las comisiones clínicas. 5) La celebración de una jornada informativa–formativa para presidentes/as y gestores/as de casos, como acción de mejora.

Contacto: Celestino Buey Mayoral – cbuey.ims@salud.madrid.org

C-036 EQUIPO MÉDICO VOLANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¡A GRANDES MALES, GRANDES REMEDIOS!

Autores: Pedreño-Planes JJ, Lázaro MD, López-Picazo JJ, Alarcón JA, Villaescusa ME, Soler R.

OBJETIVOS

La disponibilidad decreciente de facultativos especialistas en Medicina de Familia dificulta la gestión y provisión de sustitutos ante ausencias imprevistas, especialmente en puntos de asistencia aislados y servicios de urgencia. Los mecanismos habituales se han mostrado incapaces para resolver estas situaciones, sobre todo, durante los fines de semana. Nuestro objetivo es dar a conocer una iniciativa organizativa innovadora, evaluando su efectividad y coste para resolver estas situaciones.

MÉTODO

Tras un análisis de situación y revisión de alternativas puestas en marcha por otras organizaciones ante situaciones similares, la Gerencia de Atención Primaria (GAPMU) crea un equipo volante (EV) de facultativos vinculados de forma estable, organizados mediante claves que rotan de forma alternativa que aseguran la disponibilidad de un número mínimo de profesionales dispuestos a solventar las incidencias imprevistas. Durante 2006 se evalúa la actividad de este equipo mediante el número de jornadas cubiertas y se estima el coste añadido que ha supuesto para la organización, comparado con el coste de su hipotética provisión por los mecanismos tradicionales.

RESULTADO

Se configura un equipo estable de seis profesionales con actividad programada de forma semanal, orden de disponibilidad permanente y períodos de descanso. Este equipo trabaja el 70% de su jornada habitual en equipos de Atención Primaria, lo que supone un 30% de coste marginal (aproximadamente 900 € por profesional del EV y mes). Este coste marginal ha garantizado la disponibilidad de estos profesionales para realizar una media de cinco jornadas de refuerzo de 24 horas por profesional/mes más diez jornadas de 16 horas en servicios de urgencia.

CONCLUSIONES

La creación de un equipo médico volante ha supuesto una importante mejora organizativa. Ha sido capaz de asumir un importante volumen asistencial en situaciones imprevistas, no solucionables con los mecanismos tradicionales, sobre todo en puntos aislados y servicios de urgencia. Su coste marginal no es elevado y puede ser asumido por la organización. Además, aunque no dimensionado en este estudio, ha supuesto una importante mejora en la satisfacción de los profesionales, los usuarios y las unidades organizativas.

Contacto: Juan José Pedreño Planes – juanj.pedreno2@carm.es

Mesa 5

GESTIÓN POR COMPETENCIAS

C-037 – C-045

C-037 EL MODELO DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Autor: Martín-Perles R.

OBJETIVOS
Definir, desarrollar e implantar un modelo de gestión por competencias en el servicio de transporte sanitario.

MÉTODOS
El servicio de transporte sanitario se define como un subproceso del proceso asistencial del paciente. Los profesionales que prestan dicho servicio deben poseer las competencias suficientes que permitan asegurar que el paciente no percibe distorsión alguna a la largo del continuo asistencial de su proceso. Para ello, Servicios Sociosanitarios Generales ha desarrollado un modelo de gestión por competencias segmentado en las siguientes fases: 1) Designación de la persona responsable del desarrollo del modelo de gestión por competencias en todos los contratos de transporte sanitario gestionados por Servicios Sociosanitarios Generales. 2) Identificación de los grupos de profesionales a los que se le aplicará el modelo: jefe de servicio, cargos intermedios, conductores/TTS programado y urgente. 3) Definición del mapa de competencias inicial para cada grupo identificado: técnicas, actitudes y habilidades. 4) Establecimiento del proceso de evaluación: formación de evaluadores, realización de entrevista y elaboración de la ficha individual de cada trabajador. 5) Tratamiento informático de la información recogida: diagnóstico de competencia por profesional y por contrato. 6) Elaboración de los planes de formación anuales en función del diagnóstico establecido. 7) Desarrollo de los planes de formación: conocimientos técnicos (mecánica del automóvil, prevención de riesgos laborales y soporte vital); habilidades (mejora de la atención al paciente, trabajo en equipo y atención sociosanitaria) y actitudes (empatía, respeto y sociabilidad, iniciativa y autonomía responsable y relaciones interpersonales). 8) Realización de las segundas entrevistas individualizadas de evaluación del desempeño. 9) Evaluación, por cada contrato, del resultado del procedimiento.

RESULTADOS
En estos momentos se han identificado y definido las competencias de los profesionales que prestan el servicio de transporte sanitario, el proceso de evaluación y el modelo de formación, estando pendientes de realización las fases octava y novena.

CONCLUSIONES
El modelo de gestión por competencias facilita la integración del transporte sanitario en el proceso asistencial del paciente a la vez que reorienta el propio servicio a las necesidades de pacientes y profesionales sanitarios.

Contacto: Rafael Martín Perles – rafaelmp@atriaservicios.com

C-038 LA FORMACIÓN COMO BASE PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Autores: Lamelas ML, Vizoso F, Martínez-Menéndez MA, Rodríguez-Díaz JC, Braña B.

INTRODUCCIÓN
El año 2004 se crea en el Hospital de Jove la Comisión de Investigación con el objetivo primordial de promover la investigación y la atención centrada en la mejor evidencia científica. En este contexto, se detectó la necesidad de formar a médicos y personal de enfermería en los procesos relacionados con la investigación clínica y de laboratorio.

MÉTODOS Y RESULTADOS
A partir del año 2004 se han realizado tres cursos de investigación en nuestro centro con una duración de 45 horas repartidas en tres meses en horario de tarde. El diseño fue el de estudios observacionales, retrospectivos, con temas de interés como el de vías venosas periféricas, reingresos inesperados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), supervivencia del cáncer de cuello uterino, cardiopatía isquémica, decisiones en situaciones límites y ética, etc. Durante los cursos se contó con la disponibilidad de las historias clínicas necesarias para realizar los trabajos planteados así como de soporte informático (uno por cada dos alumnos) para realizar la búsqueda de evidencia, realización de una base de datos en *Access* e introducción de datos, análisis estadístico con el paquete SPSS, presentación y elaboración del trabajo con *Word* y *Power point*. Posteriormente se publicaron los trabajos derivados de estos estudios. Se solicitó la acreditación docente en los dos últimos con 3,9 créditos por curso. Participaron 27 médicos (residentes de medicina familiar y comunitaria, especialistas médicos, psiquiatras y quirúrgicos) y 20 enfermeras. Se establecieron tres grupos de trabajo por curso: uno de médicos, otro de psiquiatría y otro para enfermería, con uno o dos tutores por grupo y un docente especializado en cada área de trabajo (recogida de datos, *Access*, SPSS, *Power point*, publicaciones, etc.). Directamente del curso, se han publicado en revistas nacionales 2 trabajos originales, diversas comunicaciones a reuniones científicas y congresos y está a punto de culminarse el envío para publicación de dos nuevos trabajos. La incorporación progresiva de profesionales al grupo de investigación ha sido mucho más fructífera y ya tenemos varias publicaciones en revistas internacionales de impacto.

CONCLUSIONES
El desarrollo de los cursos de investigación ha permitido la formación racional de personal sanitario en los diferentes aspectos relacionados con la investigación científica y el incremento progresivo de la producción científica del centro.

Contacto: M. Aránzazu Martínez Menéndez – calidad@hospitaldejove.com

C-039 MODIFICACIÓN DEL PATRÓN DE DERIVACIONES AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (2004-2006)

Autores: De Toro-Salas A, Franco M, Del Campo A, García-Lancha LC, De Justo MJ, Millán H.

INTRODUCCIÓN
El acceso a la atención especializada en la medicina pública en Andalucía se realiza según el criterio del médico de familia a partir de protocolos establecidos y consensuados entre niveles. Sin embargo, en la población general, el ginecólogo se ve como el médico de cabecera para la patología ginecológica. El acceso a las consultas externas de Ginecología de nuestro centro se realiza, mediante los circuitos predefinidos, desde Atención Primaria (Diraya), desde las urgencias hospitalarias (solicitud preferente), por interconsultas hospitalarias (mediante solicitud preferente) o mediante interconsultas desde otros centros. Todas ellas parten de una situación de normalidad de solicitud de cita y se cursan a través de circuitos preestablecidos. Se ha realizado en nuestra área, por parte de Atención Primaria y Especializada, el esfuerzo de la comunicación de manera que mediante medidas consensuadas de puesta en común se intenta modificar el modelo de relación entre ambos niveles asistenciales.

OBJETIVO
Nuestro objetivo, por tanto, es analizar este hecho de manera retrospectiva, dando valor a las medidas y acciones acometidas durante el periodo evaluado (cursos, comisiones interniveles, sesiones de continuidad, sesiones clínicas, etc.).

MATERIAL Y MÉTODO
Se han analizado, de manera retrospectiva, mediante el Programa de Gestión Clínica de Pacientes (Acticx V 6. 0) y sobre hoja de cálculo *Excel* y programa SPSS, las bases de datos extraídas de los buscadores sobre "motivos de derivaciones", agrupados y estandarizados previamente y la modificación de estos motivos a lo largo de 3 años de trabajo (2004-2006).

RESULTADOS
Disminución del total de solicitudes. Disminución de solicitudes para examen básico de salud. Disminución de la miscelánea ("otros"). Estabilidad de las solicitudes por enfermedad concreta (dolor, sangrado…). Incremento de consultas específicas (incontinencia de orina, patología cervical, etc.).

CONCLUSIONES
El contacto entre el médico de familia y el especialista parece esencial para la correcta aplicación de protocolos La puesta en común de protocolos mediante sesiones clínicas conjuntas y actividades de tipo formativo es la base de la comunicación interniveles. El informe de alta es el documento principal de comunicación diaria entre ambos niveles El conocimiento de esa comunicación por parte de las pacientes favorece la labor en Atención Primaria. La generación de circuitos claros y de consultas específicas y monográficas favorece la derivación adecuada.

Contacto: Antonio de Toro Salas – adetoro@aljarafe.sjd.es

C-040 ACCESIBILIDAD DE UNA AGENDA BASADA EN UN MODELO MATEMÁTICO

Autores: Tojeiro S, Miquel A, García P, Casado M, Rivera A, Hernández M.

OBJETIVO
Se plantea la elaboración de un procedimiento normalizado para el diseño de agendas mediante un modelo matemático adaptando los criterios de calidad definidos en el plan de mejora de la atención primaria (AP) y según las evidencias disponibles.

METODOLOGÍA
Encuadrado en la mejora continua del reglamento interno de los centros de salud de AP se decidió documentar todos los procesos y protocolizarlos. Se identificó como proceso prioritario el abordaje del diseño de agendas. Un grupo de profesionales de gerencia y médicos de equipos de AP, a través de una tormenta de ideas y de una revisión, elaboró un procedimiento normalizado para el diseño de agendas que incluía la construcción de las agendas mediante la aplicación de un modelo matemático.

RESULTADOS
Se realizó un análisis de la situación mediante la cual se estudiaba la presión asistencial/profesional, mes a mes durante un año y se obtenía un número medio (M) de consultas y desviación estándar (DE). Se calcula un límite mayor (M + 1 DE) que permite estimar el número máximo total de huecos de consulta y un límite menor (M - 1 DE) que permite estimar el número mínimo de huecos de consulta. Finalmente, se ajusta el número de huecos al 70% de la jornada laboral, se simplifican los actos de consulta a un solo acto para medicina (Cons), añadiendo para enfermería los actos domicilio y otros. Se establece un código de colores de la matriz a los límites definidos, permitiendo la priorización de los huecos, incluyendo la cita en línea. La diferencia entre la media y el límite menor permite estimar los huecos mínimos de huecos de prioridad 2, mientras que la diferencia entre el límite mayor y la media permite estimar el número de huecos máximos de prioridad 3 cubriendo así toda la demanda. Por otro lado, se miden las fluctuaciones de la consulta concertada a lo largo de una semana lo que permite estimar los días de la semana en donde es más aconsejable citar de forma concertada. La evaluación de las agendas se realiza a través de los indicadores del Contrato de Gestión.

CONCLUSIONES
El diseño por parte de los profesionales sanitarios de sus propias agendas siguiendo las directrices marcadas y aplicando los criterios de calidad permite adaptarlas a la demanda real, hacer frente a imprevistos en la consulta, delimitar la demanda y mejorar la operatividad de la gestión de la consulta. Este sistema homogeniza la gestión de citas contribuyendo a mejorar la accesibilidad del usuario a la consulta y facilita la adaptación a las nuevas tecnologías de citas en línea.

Contacto: Sandra Tojeiro Lorente – stojeiro.gapm08@salud.madrid.org

C-041 DIRECCIÓN PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS: ALGO MÁS QUE UN SISTEMA RETRIBUTIVO

Autores: Benet A, Llauradó C, Martínez MJ, Alós A, Oleaga S, Pons A.

OBJETIVO
Una de las áreas de mejora detectadas en la última autoevaluación EFQM (2005) fue incrementar la participación activa de los líderes en la planificación y establecimiento de objetivos alineados con la política y estrategia de la organización. Desde entonces, las diferentes direcciones trabajan por aumentar el despliegue ya existente de la dirección participativa por objetivos (DPO). Por otra parte, el VII Convenio Colectivo de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) regula el sistema de retribución variable por objetivos de gran parte de los profesionales asistenciales. En este marco estratégico y legal, pretendemos desarrollar un instrumento que nos permita conocer, no solo los resultados individuales sino también su repercusión sobre la mejora continua de la organización.

MÉTODO
La DPO ha sido desplegada por las diferentes direcciones en cascada pero, dada la complejidad para el seguimiento posterior, la interdisciplinariedad de los objetivos y el deseo de conocer el alineamiento respecto a la mejora continua en la organización, se ha hecho operativa mediante una herramienta informática unificada que permita la gestión tanto de la formulación operativa de las estrategias de la organización como de los resultados individuales y por servicios/unidades respecto de las perspectivas estratégicas. Se realizarán dos seguimientos del cumplimiento de objetivos, semestral y anual.

RESULTADOS
El número de profesionales con objetivos alineados con la estrategia organizativa ha pasado de 51 en 2006 a 396 este año. Además, la gestión de la base de datos resultante nos permitirá ofrecer datos del seguimiento de objetivos hasta 30 de junio 2007 sobre el número de objetivos alineados con las perspectivas estratégicas (cliente, aprendizaje y crecimiento, proceso interno, y financiera), así como el grado de cumplimiento parcial de objetivos por procesos, servicios y unidades.

CONCLUSIONES
El proceso y herramienta operativa establecidos para el despliegue y evaluación de la dirección por objetivos nos permite: uniformidad de criterios, manteniendo un denominador común en el establecimiento de objetivos; conocer la implicación de la organización y los profesionales respecto al usuario (perspectiva cliente), la organización (perspectivas proceso interno y financiera) y su desarrollo profesional (aprendizaje y crecimiento); ofrecer a los profesionales la oportunidad de conocer su aportación a la mejora continua de la organización; y redireccionar los objetivos del próximo año en función su grado de cumplimiento medio.

Contacto: Anton Benet – anton.benet@sanitatintegral.org

C-042 PROGRAMA DE MEJORA PARA CONTROLAR UN BROTE POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* DETECTADO EN UN SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

Autores: Figuerola A, Figueras A, Rey MC, Jimeno J.

INTRODUCCIÓN
Pseudomonas aeruginosa es un patógeno oportunista que puede producir infecciones muy graves en pacientes hematológicos. Su multirresistencia dificulta el tratamiento. Entre julio y diciembre de 2006 se produjo en el Servicio de Hematología un importante aumento en la incidencia de infecciones por *P. aeruginosa* resistente a carbapenems.

OBJETIVO
Analizar las causas del aumento de la incidencia de infecciones por *P. aeruginosa* y la efectividad de las medidas implantadas para su control.

MÉTODO
1) Análisis del brote epidémico. 2) Desarrollo de la estrategia de control. 3) Diseño e implantación de un programa de mejora. 4) Evaluación de la efectividad de las medidas implantadas.

RESULTADOS
Al analizar la primera agrupación de casos con infección por *P. aeruginosa*, se confirmó la existencia de un brote epidémico de 7 casos. La estrategia de control consistió en: aislamiento de los casos, búsqueda de reservorios, detección de portadores, introducción de soluciones de base alcohólica para la higiene de manos y elaboración e implantación de un protocolo de limpieza y desinfección de los grifos del servicio. Tras un período sin nuevos casos, como consecuencia de una búsqueda activa, se detectó un segundo brote con 5 casos relacionados, que orientó como causa más probable la selección por presión antibiótica de *P. aeruginosa* en el tracto gastrointestinal de los pacientes con tratamiento antibiótico prolongado con carbapenems. El Servicio de Hematología revisó el protocolo para el tratamiento empírico de pacientes neutropénicos con síndrome febril, sustituyendo este grupo de antibióticos. Los servicios de Microbiología y Medicina Preventiva elaboraron un protocolo de vigilancia y control de las infecciones por *P. aeruginosa* multirresistentes.

CONCLUSIONES
La vigilancia y el control de un brote epidémico ha sido el origen de un programa de mejora en el Servicio de Hematología: a) modificación del protocolo para el tratamiento empírico de pacientes neutropénicos con síndrome febril; b) desarrollo de una línea de formación para la higiene de manos con soluciones antisépticas de base alcohólica; c) implantación de un protocolo de desinfección para los grifos del servicio; d) inclusión de *P. aeruginosa* en el sistema de alerta de microorganismos multirresistentes La estrecha colaboración entre diferentes servicios de un hospital (Hematología, Microbiología y Medicina Preventiva) hace realidad la mejora continua de la calidad asistencial prestada a los pacientes. Desde diciembre de 2006 no se ha detectado ningún caso nuevo.

Contacto: Àngels Figuerola Tejerina – afiguerola.hlpr@salud.madrid.org

C-043 ADAPTACIÓN DE UN MODELO BASADO EN COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL LIDERAZGO EN EL HOSPITAL DE CRUCES

Autores: Latorre M, San Sebastián JA, Bilbao I, Llamas A, Omaetxebarria E.

INTRODUCCIÓN
En el modelo EFQM, la excelencia se asocia al ejercicio de un liderazgo con capacidad de visión que inspire a los demás y que, además, sea coherente en toda la organización. En el Hospital de Cruces, el ejercicio del liderazgo se basa en comportamientos medibles de los directivos y responsables de equipos.

OBJETIVOS
Describir una herramienta de autodiagnóstico de competencias directivas que permita proporcionar ayuda al desarrollo de los directivos y de los responsables de servicios y unidades del Hospital.

MÉTODOS
1) Variables de análisis: se utilizó un cuestionario adaptado en el que se describen 150 comportamientos observables, agrupados en 25 competencias, que son sintetizadas en cuatro dimensiones (estratégicas, interpersonales, personales externas y personales internas). 2) Categorías de respuesta: cada comportamiento ofrece cinco posibilidades de respuesta, seleccionándose la que se adecua mejor a la frecuencia del comportamiento en la rutina diaria. 3) Trabajo de campo: se solicitó a cada miembro del equipo directivo la cumplimentación del cuestionario. 4) Análisis de resultados: los resultados se expresan como el "promedio de la puntuación obtenida" en cada una de las competencias y se indica la media del grupo que participa en el proyecto. 5) Priorización: se identifican las competencias de mayor y menor puntuación, se proponen cuestiones para reflexión y se elaboran sugerencias de mejora.

RESULTADOS
1) Cada integrante del equipo directivo recibe un informe de "autodiagnóstico" con la puntuación obtenida por él y por el grupo de comparación. 2) Se elaboran gráficos (perfil radial y diagrama de barras) con las puntuaciones obtenidas de las competencias y dimensiones. 3) Se analizan los resultados (determinación de fortalezas y áreas de mejora) y se ofrecen reflexiones y sugerencias para iniciar el diseño y seguimiento del plan de mejora. 4) Se realiza un ejercicio de priorización de las fortalezas y áreas de mejora, seleccionándose las de mayor puntuación. 5) Se elabora un plan de mejora con las competencias priorizadas por el equipo.

CONCLUSIONES
1) La herramienta representa una buena oportunidad para reflexionar sobre uno mismo y sobre los comportamientos y actitudes de los profesionales sanitarios responsables de equipos. 2) El tiempo necesario para rellenar el cuestionario es muy poco y el informe de resultado compensa el tiempo invertido.

Contacto: Mikel Latorre Guisasola – mlatorre@hcru.osakidetza.net

C-044 PERFIL DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: García-Gálvez M, Álvarez J.

INTRODUCCIÓN
En la gestión sanitaria actual debemos considerar el factor humano como principal valor añadido al servicio proporcionado a los usuarios. Es imprescindible valorar, conocer y evaluar a los profesionales. Denominamos competencias al conjunto de conocimientos, habilidades y capacidades que se deben aportar a un trabajo para realizarlo con el adecuado nivel de eficiencia.

OBJETIVOS
1) Elaborar un perfil de competencias para las tres categorías de profesionales sanitarios que desempeñan su labor en nuestra unidad: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. 2) Presentar los diferentes perfiles de competencias a la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Recursos Humanos. 3) Conseguir su aplicación para la gestión de personal de nueva incorporación y para la evaluación de los distintos profesionales que ya desempeñan su labor.

MÉTODO
Se elaborará una base común de perfil de competencias a las tres categorías de profesionales. Se establecen tres áreas: capacidades asistenciales o del conocimiento, habilidades y actitudes. Dentro de estas tres áreas enumeramos unas competencias esenciales que conllevan, según las distintas categorías profesionales a la que se pertenezca, una serie de competencias específicas que se describen de manera más detallada y que son concretas de cada profesional.

RESULTADOS
Se presentan tres perfiles de competencias: médico, enfermería y auxiliares de enfermería. En ellos que se describen capacidad asistencial (conocimientos, práctica asistencial, investigación y docencia, ética y legislación, organización y gestión), habilidades y actitudes (valores personales, relaciones con el paciente y su familia, relaciones con el personal del servicio y relaciones con el hospital). Cada competencia esencial conlleva una serie de tareas específicas que se enumeran y describen para cada categoría. Se elabora en la parte final del perfil un cuadro de evaluación común a todas las categorías que conlleva cuatro niveles de competencia. Se presenta a la Comisión de Calidad de la unidad y a las distintas direcciones implicada del hospital y se está negociando su aplicación para las nuevas contrataciones de personal.

CONCLUSIÓN
Los perfiles de competencia aportan cohesión y coherencia al sistema y mejoran el clima laboral. Se debe potenciar la utilización del perfil de competencias tanto para la gestión de profesionales, como para diseñar la formación continuada para completar el perfil deseable en cada categoría, con el fin último de la excelencia en la calidad.

Contacto: María del Mar García Gálvez – mgarciaga.hflr@salud.madrid.org

C-045 LA INFLUENCIA DE LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS EN EL ÍNDICE DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Autores: Emparan C, Cabezali R, Soriano P, Hernández-Mazo V.

INTRODUCCIÓN
El trabajo en equipo es un proceso crítico en el éxito de los procedimientos quirúrgicos y puede atribuírsele un papel crítico en la aparición de complicaciones quirúrgicas.

OBJETIVO
Analizar los parámetros de equipos quirúrgicos con el objetivo de observar si existe correlación entre las características del equipo y la frecuencia de complicaciones quirúrgicas.

MÉTODOS
Empleando el método de medida de equipos quirúrgicos OTAS (*World Journal of Surgery* 30 (10) octubre 2006-12-13) que analiza una serie de variables centradas en el tipo de paciente, equipamiento y procedimientos de comunicación y comportamiento entre miembros de equipos quirúrgicos, identificamos dos actitudes de equipo diferentes: el tipo de equipo A, con un gran componente de liderazgo y elevados índices de cooperación, y el tipo de equipo B, con mayor énfasis en la coordinación y menos cooperación. Una vez identificados los dos tipos de equipos quirúrgicos se revisaron de forma retrospectiva 3.711 procedimientos de cirugía programada para analizar el índice de complicaciones estratificando los grupos por procedimientos quirúrgicos y puntuación POSSUM. Para el análisis estadístico de los comportamientos de los equipos y los factores de riesgo relacionados para cada puntuación y procedimiento, se analizaron usando el programa estadístico Minitab y analizado con la prueba de MANOVA. Sólo diferencias de $p < 0,05$ fueron consideradas significativas.

RESULTADOS
Los comportamientos de los equipos quirúrgicos se correlacionaron de forma clara (diferencia entre ambos grupos con $p < 0,001$) entre el tiempo empleado para la cirugía en cada subgrupo de complejidad quirúrgica (el equipo B empleó un 16% más de tiempo para completar procedimientos de similar complejidad), necesidad de transfusiones sanguíneas ($p < 0,04$), dehiscencias ($p < 0,03$) e infecciones quirúrgicas ($p < 0,001$). Más aún, los abscesos abdominales, reintervenciones y la mortalidad se vio correlacionada con el comportamiento de los equipos B ($p < 0,02$, $p < 0,01$, y $p < 0,03$)

CONCLUSIONES
El comportamiento de los equipos quirúrgicos tiene un extraordinario impacto en las complicaciones quirúrgicas posoperatorias. El liderazgo cooperativo tiene un enorme impacto en una franca disminución de las complicaciones quirúrgicas, especialmente en procedimientos quirúrgicos extensos y complejos.

Contacto: Carlos Emparan García de Salazar – cemparan@fhcalahorra.com

Mesa 6

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 1

C-046 – C-054

C-046 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CORRECTO ESTADO DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE SOPORTE PARA PROCESOS DE EMERGENCIA VITAL

Autores: Álvarez J, Martínez H, Bartolomé E, de Blas V, Valcárcel M, Loeches P.

OBJETIVO
Garantizar el correcto estado de los medicamentos y material de soporte para la atención de procesos vitales emergentes en los 21 equipos de atención primaria del Área 2 y SAR.

METODOLOGÍA
Aplicación del PDCA. En 2006 se evaluó en los equipos la existencia de un responsable, sistema de registro y periodicidad de medición. Fruto de los resultados se decidió la elaboración y difusión de un procedimiento de control y mantenimiento del carro de parada donde se especificaba: responsable sanitario del carro por equipo, registro de mantenimiento y control de caducidades, listado de medicación y material fungible del carro, instrucciones visibles del uso del desfibrilador. *Formación.* En 2007 se ha verificado la existencia del responsable y los farmacéuticos han auditado con un protocolo el registro periódico y el cumplimiento de medidas implantadas: ausencia de medicamentos caducados, listado de medicamentos y material fungible e instrucciones visibles del uso del desfibrilador. El análisis de resultados se ha completado con un diagrama de Ishikawa. La definición de medidas correctoras se ha hecho mediante tormenta de ideas. Se han difundido e implantado nuevas medidas en los 21 equipos y SAR. Se ha planificado la reevaluación en 1 año.

RESULTADOS
Primera evaluación: En un 65% de centros había Responsable, el 45% hacían registro propio y no existía una periodicidad definida de revisión. Segunda evaluación: 100% de Equipo con Responsable. El 68% de los EEAP hacen registro periódico (según procedimiento), el 72% no tienen medicamentos caducados, el 81% tiene listado de medicamentos y el 45% tiene las instrucciones del desfibrilador visibles. Tras el análisis de estos resultados, se han implantado las siguientes medidas: reunión anual con el responsable del carro de parada de los 21 equipos y SAR, actualización y difusión del procedimiento existente, informatización de las hojas de registro, nueva difusión de hojas plastificadas con el flujo de actuación y con el adecuado uso del desfibrilador, evaluación anual en Contrato de Gestión. Formación: sesión anual de equipo según procedimiento y difusión de dípticos de bolsillo de RCP avanzada por profesional.

CONCLUSIONES
Los procesos vitales emergentes requieren de un correcto estado del carro de parada. Con este proyecto se ha fomentado la información y formación en estos aspectos y se ha sistematizado este proceso mejorando áreas deficientes: identificación del responsable, registro, control de caducidades y visibilidad de instrucciones.

Contacto: Elena Bartolomé Benito
ebartolome.gapm02@salud.madrid.org – ebartolomeb@yahoo.es

C-047 LOS FACTORES INHIBIDORES DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DIRECTIVOS

Autores: Martínez Ramírez A, Chávez Ramírez S, Rojas Z, Cambero González EG, Ortega Larios EK.

OBJETIVOS
Determinar los factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud en hospitales públicos y privados de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, desde la perspectiva de los directivos.

MÉTODOS
1) Definición conceptual del término. Por no existir en la literatura el término "factor inhibidor de la calidad", el grupo de investigación lo definió de la siguiente manera: "Condiciones externas o internas que limitan la capacidad de brindar calidad en el servicio". 2) Criterios de selección de directivos: que fueran representativos de la red hospitalaria del sector salud del área metropolitana de Guadalajara, que ocuparan el más alto nivel de decisión en sus instituciones, disponibilidad (que estuvieran en la ciudad el día del evento), e interés manifiesto por la calidad de los servicios De acuerdo a estos criterios, el grupo de directivos lo conformaron 9 directores de hospitales públicos y 9 de hospitales privados. 3) Técnica. Se utilizó la técnica de grupo nominal por las características homogéneas de los directivos participantes.

RESULTADOS
Los principales factores inhibidores de la calidad asistencial percibidos por los directivos fueron: infraestructura deficiente (presupuesto insuficiente, falta de personal en áreas críticas, falta de actualización de equipo y áreas físicas); limitantes culturales y organizacionales (falta de compromiso gerencial con la calidad, falta de cultura de calidad del personal operativo, deficiente comunicación organizacional); marco laboral inadecuado (sobreprotección del trabajador por parte del sindicato) –este factor solo se presenta en hospitales públicos–; gestión hospitalaria inadecuada (ausencia o incumplimiento de la planeación estratégica, variabilidad de la práctica clínica por la falta de estandarización de los procesos, no considerar a la calidad como inversión); gestión del talento humano inadecuada (falta de capacitación al personal, deficiente selección del personal por falta de perfiles de puesto); falta de apego a la normativa hospitalaria (no aplicación y seguimiento de las normas, poco interés por la certificación de médicos y hospitales); limitantes externas (deficiente formación universitaria del personal de salud, aumento de la demanda que rebasa la oferta).

CONCLUSIONES
A pesar de los interesentes resultados obtenidos es importante explorar la visión del personal de salud operativo y de los servicios.

Contacto: Armando Martínez Ramírez – drmartinezr@hotmail.com

C-048 REEVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE IDENTIFICACIÓN Y RESPUESTA DE OPORTUNIDADES EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Vidal E, Gens M, Hernández N, Palacios L, Bella X, Lorente E.

OBJETIVOS
Reevaluar los circuitos de identificación de situaciones de mejora en todas las áreas de nuestro centro, asegurando una respuesta rápida y adecuada a cada situación detectada.

METODOLOGÍA
Nuestro centro está acreditado en calidad según el modelo *Joint Commission International* (JCI) desde 2004. El manual de acreditación define unos estándares aceptables de cada proceso. Para la identificación de oportunidades de mejora utilizamos dos procedimientos: reevaluación sistemática de los estándares de la JCI e identificación de oportunidades de mejora mediante la utilización de la hoja de *problem reports* (PR). En la reevaluación del 2006 detectamos que la identificación de problemas mediante PR nos sirve para identificarlos pero no para dar respuesta: sólo se dio respuesta a un 10% de los PR identificados. Nos planteamos la elaboración de un procedimiento que recoge el circuito y registro de dichas situaciones y la respuesta rápida, mejorando así la comunicación interna. Con la finalidad de agilizar esta respuesta, se elaboró un documento que recoge el problema o la oportunidad de mejora detectados: situación planteada, análisis, a qué función del manual corresponde y cuál es el proceso clave a mejorar, alternativas a la oportunidad de mejora, propuesta de solución y fecha de la respuesta. Si la situación puede resolverse se emite respuesta a la persona solicitante y, posteriormente, se comunica al resto de personal mediante sesión clínica. En caso de no poder dar una rápida respuesta se activa el correspondiente plan de mejora. La recogida de los PR es semanal por parte de la Comisión de Calidad que realiza el análisis y da respuesta en el plazo de 30 días.

RESULTADOS
De todas las oportunidades de mejora recogidas, el 85% ya vienen definidas por los estándares que marca la JCI. El 15% restante se obtiene a partir de las sugerencias realizadas por los profesionales a través de la hoja de recogida PR. En el periodo 01/01/07 - 31/05/07 hemos obtenido los siguientes resultados: respuestas emitidas en el plazo definido 63,6%, de las cuales el 85,7% se han presentado en sesión clínica y el 36,3% están pendientes de iniciar un plan de mejora.

CONCLUSIONES
De los resultados obtenidos en la reevaluación podemos constatar que este sistema de identificación y respuesta de oportunidades nos permite plantear soluciones en un corto espacio de tiempo e iniciar planes de mejora. Facilita el sistema de comunicación interna entre los profesionales y la Comisión de Calidad.

Contacto: Elisa Vidal Esteve – evidal.tarte.ics@gencat.net

C-049 PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SALUD (QIS): UN ENFOQUE SOCIOTÉCNICO

Autores: Corbella-Jané A[1], Roma-Vergés J[2], Benavent-Guardia J[2].
Instituciones: [1]Institut d'Estudis de la Salut; [2]Associació Innova.

OBJETIVOS
El Plan de Mejora Calidad y Salud (QiS) es un plan que proporciona soporte para la organización y desarrollo de procesos de mejora en instituciones de servicios de salud cuya finalidad es la consolidación de planes de mejora, los cuales, integrados como parte del habitual funcionamiento de las instituciones, contribuyan a la transformación e innovación organizativa.

MÉTODOS
Factores iniciales para la viabilidad: compromiso de los máximos responsables de la institución en liderar y promover los procesos de mejora y en la creación de condiciones de trabajo que permitan su desarrollo en la organización (tiempo y espacio fundamentalmente). Despliegue: identificación y clarificación de los roles y las contribuciones a realizar por los diferentes agentes implicados y creación de una estructura mínima para la mejora: 1) grupo impulsor general, compuesto por el equipo directivo o parte de él, lidera y promueve, es el propietario del plan de mejora; 2) grupos impulsores de proyectos: mandos intermedios de las unidades afectadas por un proyecto, facilitan el trabajo de sus profesionales en los equipos de mejora; 3) equipos de mejora: profesionales conocedores de los procesos a mejorar; 4) coordinador: profesional formado en metodologías de mejora y trabajo en equipo. Enfoque socio-técnico: procesos de aprendizaje sobre factores organizacionales y metodológicos.

RESULTADOS
Mejoras en los procesos de trabajo. Reforzamiento de la estructura organizativa (directivos y mandos) de las instituciones. Creación de canales de comunicación. Generación de confianza y cultura de trabajo en equipo. Creación de significados compartidos dentro de la organización.

CONCLUSIONES
En nuestra experiencia, la baja efectividad y las dificultades de mantenimiento en el tiempo de muchos planes o programas de mejora es lo que nos hizo replantear las estrategias y métodos empleados, anclados en una concepción lineal de estos procesos –los cuales, sin embargo, son complejos por su naturaleza– para pasar de los planteamientos basados preponderantemente en los aspectos técnicos y metodológicos, a un enfoque sociotécnico en el que dar también cabida al tratamiento de los factores de carácter organizacional y grupales que afectan en gran manera el desarrollo de estos procesos.

Contacto: Antoni Corbella Jané – alcorbella.jane@gencat.net

C-050 QUÉ HACER CON LA INNOVACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Valverde-Citores RM, Colina-Alonso A, Ruiz-Álvarez E, Aguirre-Alberdi L, Landaluce-Lauzurica JI.

OBJETIVO
Identificar, analizar/evaluar aquellos aspectos que considerados como innovadores han de ser gestionados de forma sistemática en un hospital comarcal con reconocimiento europeo.

MÉTODO
Desde Euskalit (Fundación Vasca para la Calidad) se ofrece al hospital la posibilidad de realizar una evaluación de la innovación utilizando un cuestionario realizado por esta organización y basado en el modelo EFQM. Consta de 6 apartados (estrategia y planificación, mercados, clientes y productos/servicios, alianzas y recursos, personas, liderazgo, resultados de la innovación) que serán objeto de evaluación. El equipo de autoevaluación se formó con 7 personas (4 directivos y 3 trabajadores con diferentes responsabilidades). En primer lugar se realizó una lectura individual del cuestionario y posteriormente, en una reunión de consenso, se pusieron en común todas aquellas cuestiones o aspectos a evaluar. En esa reunión, antes de nada, lo que se hizo fue definir lo que este grupo de 7 personas entendía como innovación en el ámbito del hospital, base ésta fundamental para la realización de la autoevaluación. En una segunda jornada Euskalit (2 evaluadores externos) realiza la evaluación externa.

RESULTADOS
Se identificaron los puntos fuertes y áreas de mejora de cada uno de los 6 elementos en que está organizado el cuestionario. Tras una reflexión el hospital prioriza las acciones concretas que se van a llevar a cabo nombrando responsables y fechas límite para la realización de las mismas. En total se identificaron cerca de 20 acciones de mejora y más de 30 acciones para consolidar los puntos fuertes y las áreas de mejora.

CONCLUSIONES
La innovación es uno de los conceptos fundamentales que configuran los modelos de excelencia y, engarzada con el modelo EFQM, se puede definir como una traducción de las ideas en nuevos servicios. La evaluación realizada ha permitido reflexionar sobre lo que el hospital entiende por innovación, establecer una definición para la misma, identificar la situación en que se encuentra nuestro hospital en relación a la innovación y dar un paso más en el camino de la excelencia.

Contacto: Rosa María Valverde Citores – rosamaria.valverdecitores@osakidetza.net

C-051 TRABAJO AUTÓNOMO, LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL EN LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Autores: González García Y, Iglesias Porras A, López Lera C, González Blanco FD, Dalga Reguart G, García Camps E.

INTRODUCCIÓN
En el régimen de trabajadores autónomos, tan solo el 12% han optado a la cobertura de riesgos profesionales.

OBJETIVO
El presente trabajo es una reflexión sobre el tema mediante el análisis de factores que podrían relacionarse directamente con la decisión de cobertura.

MÉTODOS
Se estudian los factores sociodemográficos y la elección de la cobertura de riesgos profesionales (edad, género, sector de actividad, comunidad autónoma y base de cotización). La muestra elegida consiste en todos los trabajadores autónomos adheridos a nuestra entidad a partir del año 2004. Tras el análisis descriptivo y de frecuencia de los datos, se utilizaron las tabla de contingencia para la relación y comparación entre variables cualitativas (estadístico chi cuadrado de Pearson) y la prueba t (comparación de medias) para muestras independientes respectivamente. Todos los contrastes se realizan para un intervalo de confianza del 95% y mediante el paquete estadístico SPSS v. 15.

RESULTADOS
Los resultados muestran un total de 117.201 trabajadores autónomos, de 36 años de edad media (SD = 10,6 años), en mayor porcentaje hombres 64,3% (75.332). Cuatro grandes sectores de actividad encuadran el 77,3% de la muestra: construcción (24%), comercio (23,1%), actividades inmobiliarias (15,3%) y hostelería (14,9%). La distribución por comunidades autónomas muestra las mayores concentraciones en Cataluña (24,1%), Andalucía (13,9%), Canarias (10,4%) y Comunidad Valenciana (9,7%). La base media de cotización anual es de 9.588 € (SD 2.336 €). Tan solo el 17,8% (20.879) compone el grupo de trabajadores que optan por la cobertura del riesgo profesional, con una edad media de 36 años (SD.10,1 años) y mayor número de hombres 69,9%. Los sectores de actividad mayoritarios corresponden a construcción (27,3%), comercio (21,5%), actividades inmobiliarias (15,4%) y hostelería (14,1%). Por comunidad autónoma, la distribución muestra las cifras más altas en Andalucía (20,3%), Cataluña (16,6%) y Canarias (13,7%). La base de cotización elegida presenta una media de 9.761 € anuales (SD 3.080 €) El análisis de comparación entre ambos grupos muestra una relación significativa (p ,000) para todos los factores estudiados.

CONCLUSIONES
El estudio muestra el perfil y características de nuestra población así como la existencia de relación entre todos los factores estudiados y la elección de cobertura. Los resultados obtenidos invitan a ampliar el análisis a otras variables, no disponibles en el contexto de los autores del estudio, que aportarían mayor conocimiento sobre las causas que determinan la elección de cobertura.

Contacto: Yolanda González García – ygonzale@mutuauniversal.net

C-052 MONITORIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO TRAS SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Portero MP, Lacambra I, Escota J, Ordóñez B, Bergua C, Chillaron E.

OBJETIVO
Monitorización transversal de la vía clínica (VC) del cateterismo cardiaco programado (CCP) en dos puntos de corte, uno en un mes aislado al principio de su implantación y un segundo en otro mes aislado a lo largo de 1 año tras su implantación. La finalidad es analizar y comparar resultados en estos dos puntos de corte, detectar problemas y aplicar soluciones.

MÉTODOS
En mayo de 2006, tras su elaboración y aprobación por el equipo de calidad de nuestro hospital, se puso en marcha la vía clínica (VC) del cateterismo cardiaco programado (CCP), para ello se introdujo en la historia clínica de los pacientes que ingresan para este procedimiento. Se han realizado dos monitorizaciones, evaluando fundamentalmente el grado de cumplimiento de la VC y la estancia hospitalaria en el primer mes tras su implantación (mayo de 2006) y, posteriormente, en un mes aislado a los 11 meses (abril de 2007) de su implantación. El análisis se realizó exclusivamente en los pacientes que ingresaban de forma programada para la realización de CCP, excluyendo los urgentes y preferentes de pacientes ya ingresados y entre ambas monitorizaciones se realizaron labores de difusión entre el personal encargado de la VC.

RESULTADOS
En mayo de 2006 (40 pacientes): el grado de cumplimiento de la VC fue tan solo del 14,4% y el alta hospitalaria en 48 horas fue del 72,2%. En abril de 2007 (63 pacientes): el grado de cumplimiento de la VC fue del 80%, detectando el mayor grado de incumplimiento (75%) en los ingresos realizados en plantas diferentes a las habituales; el alta hospitalaria en 48 horas fue del 87%.

CONCLUSIONES
La implantación de la VC del CCP presenta una serie de dificultades, fundamentalmente al inicio. 1) Los indicadores, objeto de estudio, como son el grado de cumplimiento y el alta hospitalaria, obtienen mejorías en la segunda monitorización. 2) La constante motivación del personal encargado y la labor de difusión son útiles y necesarias para poder obtener óptimos resultados. 3) Es preciso tener en cuenta que cuando es aplicada por personal no habituado, el éxito en el grado de cumplimiento no está asegurado.

Contacto: M. Pilar Portero Pérez – pilipor@comz.org

C-053 DOSIS DEVUELTAS: INDICADOR DE CALIDAD DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

Autores: Arrieta R, Carcelén J, Abad R, Vicente C, Serrano N, Agustín J.

OBJETIVO
Evaluar la calidad del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias mediante la cuantificación y análisis de las dosis devueltas en los carros de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se ha revisado durante 14 días la medicación no administrada en los cajetines de los carros a su llegada al Servicio de Farmacia. Se comparó con la orden médica para analizar el motivo de la devolución y se establecieron las diferentes causas: devolución no justificada porque el paciente continúa con el tratamiento, medicamento sujeto al estado condicional del paciente (PRN), medicamento suspendido o con cambio de pauta o vía posterior al envío del carro, alta/*exitus*/ traslado del paciente, error de trascripción de farmacia y segunda entrega de envases multidosis. Se realizó una clasificación de los medicamentos implicados por principio activo y grupo terapéutico así como una valoración económica de las unidades devueltas y dispensadas.

RESULTADOS
Se dispensaron 2.398 cajetines con 27.392 dosis enviadas y se registraron devoluciones en 1.212 cajetines con 4.270 dosis devueltas (15,6%). En función de las causas de devolución se obtuvo: 32.25% no justificado, 40,51% por PRN, 8,06% por cambio de pauta, vía o suspensión de tratamiento, 17,14% por alta/*exitus*/traslado, 1,92% por error de trascripción y 0,12% por segunda entrega. Los grupos terapéuticos implicados fueron: sistema nervioso (N) 39,96%, aparato digestivo y metabolismo (A) 22,66%, aparato cardiovascular (C) 12,14%, aparato respiratorio (R) 8,76%, terapia antiinfecciosa uso sistémico (J) 6,48%, sangre y órganos hematopoyéticos (B) 3,91% y otros 6,09%. Los principios activos más devueltos fueron metoclopramida (12,10%), metamizol (10,68%), paracetamol (10,46%), ipratropio (6,49%), tramadol (5,93%) y furosemida (4,31%), que se corresponde con los fármacos más devueltos por PRN. Las unidades dispensadas tuvieron un coste de 33.324,61 euros y las devueltas de 3.148,19 euros, que se corresponde con el 9,4% del coste total.

CONCLUSIONES
1) El mayor porcentaje de medicamentos devueltos se corresponde con los PRN. 2) El coste de los medicamentos devueltos no es muy elevado. 3) Sería valorable la idoneidad del envío diario de estos medicamentos frente a su disponibilidad en stock de planta. 4) Sería conveniente analizar los motivos de las devoluciones no justificadas.

Contacto: Raquel Arrieta Navarro – rarrieta@salud.aragon.es

C-054 UNA EXPERIENCIA *BOTTOM-UP* DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA

Autores: Gordo F, Fernández-Galinski D, Laso MJ, Colilles C, Pujol G, Baigorri F.

OBJETIVOS
Se presenta la secuencia de acciones y actividades desarrolladas a partir de una iniciativa de profesionales asistenciales, destinadas al mejor control del dolor posoperatorio en cirugía tributaria de dolor moderado.

MÉTODO
Entre abril y junio del 2004 un grupo de anestesiólogos realizó un estudio evaluando el tratamiento del dolor en las plantas de hospitalización. El estudio incluyó 119 pacientes posoperados y 81 pacientes que serían sometidos a una próxima operación y tenían una experiencia quirúrgica anterior. Además, se realizó una encuesta a profesionales médicos y de enfermería sobre los conocimientos de las repercusiones del dolor y los fármacos usados para su control. El estudio evidenció dolor no controlado 24 horas después de la cirugía hasta en el 43% de la muestra y, también, el 40% de los que habían tenido una experiencia quirúrgica previa recordaban dolor moderado-grave. Se observó infradosificación de opiáceos y sobredosificación de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). La utilización de morfina era exclusiva del área de críticos. El personal entrevistado mostró deficiencias en el conocimiento respecto a la importancia de la analgesia y sus diferentes modalidades,, pero era consciente de la necesidad de contar con guías de actuación al respecto. A partir de esta información, el mismo grupo de profesionales diseñó un curso de formación para enfermería y se contactó con las jefaturas de las especialidades quirúrgicas, farmacia y supervisión de enfermería para concentrar esfuerzos en la mejora de la analgesia posoperatoria.

RESULTADOS
Desde entonces se han formado 106 enfermeras, de forma voluntaria, y se está diseñando un nuevo curso abierto a los hospitales del entorno. Se han puesto en marcha nuevos protocolos que serán revisados regularmente por el grupo interdisciplinario creado. Con estos protocolos se han introducido nuevos dispositivos de administración de analgésicos (bombas electrónicas, elastómeros). Los pacientes intervenidos de cirugía de colon son tratados con analgesia peridural, con anestésico local y opiáceos, cursando su posoperatorio en planta. Todo ello permite optimizar el uso de las camas monitorizadas de críticos. Con todos estos cambios, entre febrero y abril de 2006 se valoraron nuevamente 114 pacientes operados y el porcentaje de pacientes con dolor posoperatorio no controlado era menor del 25%.

CONCLUSIONES
La organización hospitalaria permeable a las iniciativas profesionales facilita la adaptación de la misma a las necesidades de los pacientes.

Contacto: Francisca Gordo Lacal – fgordo@cspt.es

Mesa 7

GESTIÓN POR PROCESOS 1

C-055 – C-063

C-055 LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: Alonso Calo L, Franco Vidal A, Álvarez García AJ, Berros Reinoso MA, Blanco González JA, Piedra Recio J.

INTRODUCCIÓN
El aumento de la demanda de atención sanitaria urgente, de las expectativas de los usuarios y la necesidad de mejorar la gestión de los recursos públicos están contribuyendo a desarrollar nuevas formas de gestión en el sistema sanitario público.

OBJETIVO
Establecer, bajo las directrices del Plan Funcional de Urgencias, el mapa de procesos, las fichas de procesos y un plan de difusión e implantación del mismo. Identificar y diseñar con otros servicios los procesos asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS
Con el apoyo de la Unidad de Calidad, el Comité Operativo del Área de Urgencias realizó reuniones periódicas en las que bajo la metodología de la Gestión por Procesos se identificaron los diferentes procesos de área definiéndose para cada uno de ellos los clientes con sus expectativas, la misión, el límite inicial y final, las entradas y salidas, las actividades y su registro así como los indicadores y el gestor del proceso. Posteriormente, se elaboró el plan de difusión que recoge los distintos receptores, los objetivos a conseguir en cada grupo así como los mensajes y medios a utilizar.

RESULTADOS
Se elaboró el mapa de procesos (procesos clave: acceso, clasificación, asistencia y alta, formación continuada, docencia e investigación). Se identificaron los principales procesos clínicos, siendo los dos más prevalentes el dolor torácico no traumático y el síncope. Para cada proceso se definieron los ítems relacionados en la metodología así como los indicadores con los que se diseñó un cuadro de mandos. Los receptores del plan de difusión fueron el equipo directivo del hospital, los gestores de procesos y el grupo de calidad, y el resto de los profesionales del área. Se desarrollaron sesiones formativas adaptadas a cada grupo receptor, alcanzando un nivel satisfactorio en cuanto a la asistencia y a la participación: 30 sesiones generales, curso de formación en evaluación según el modelo EFQM, reuniones de trabajo con los gestores del hospital y de procesos, alcanzando en todos los casos una asistencia superior al 90% del personal convocado. Así mismo, se elaboraron pósteres informativos sobre la misión, visión y valores del área y el mapa de procesos.

CONCLUSIONES
Este trabajo demuestra que iniciar el camino de la Gestión por Procesos es factible en un área clínica asistencial con las peculiaridades de Urgencias y que es un estímulo importante, así como una herramienta para trabajar con calidad y, sobre todo, buscando la mayor satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales.

Contacto: Antonio Álvarez García – antonio.alvarez@sespa.princast.es

C-056 ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS. UN EJEMPLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

Autores: Comas B, Cigüenza ML, Canals G, Bañuelos I, Gámez J, Ripoll T.

INTRODUCCIÓN
La creación de unidades de dolor torácico (UDT) pretende aumentar el rendimiento diagnóstico en la cardiopatía isquémica aguda, enfermedad con alta prevalencia y morbimortalidad, así como evitar errores de infradiagnóstico, además de evitar hospitalizaciones innecesarias disminuyendo costes y mejorando la calidad asistencial del paciente.

OBJETIVOS
Valorar el impacto de la UDT dependiente del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital Son Llàtzer. Indicadores de actividad y calidad asistencial.

MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo de carácter transversal con recogida de los datos a partir de la información contenida en las historias clínicas realizadas en urgencias. Análisis de los pacientes atendidos en UDT desde agosto de 2004 a febrero de 2007. A todos los pacientes que acudían a Urgencias por dolor torácico se les realizó una estratificación del riesgo. Los pacientes con dolor típico o dudoso y ECG normal o dudoso ingresaron en la UDT. Se les realizó anamnesis dirigida y exploración física cardiovascular por parte de Cardiología y una prueba de inducibilidad de isquemia precoz, en los casos con indicación.

RESULTADOS
Cuatrocientos dieciocho pacientes fueron derivados a la UDT. El 57,55% eran hombres. El 76,5% de los ingresados tenía más de 50 años. El 86,09% tenía al menos un factor de riesgo cardiovascular. El 55,15% de los pacientes tenía hipertensión arterial, el 47,72% eran fumadores, el 41,72% tenía dislipemia y el 23,02% diabetes. En los pacientes estudiados se realizaron un total de 342 ergometrías (81.81%): 48 pacientes presentaron ergometría positiva (11,51%), en 273 fueron negativas (65,46%) y en 18 el diagnóstico fue dudoso (4,31%). Desde la UDT se realizaron 76 ingresos hospitalarios en la Unidad de Cardiología, lo que supone un 18,22% respecto a todos los pacientes asignados a la UDT. El resto de los pacientes fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias a su domicilio con control en consultas externas de cardiología y/o control por su médico de familia; 352 pacientes (84,41%) tuvieron una estancia en el hospital menor o igual a 1 día. Únicamente 13 pacientes, (3,11%) volvieron a urgencias y consultaron por dolor torácico.

CONCLUSIONES
La implantación de unidades de dolor torácico en los SUH supone una mejora en la eficiencia de la atención al paciente con cardiopatía isquémica. Nos permite a los médicos de urgencias agilizar la atención a dichos pacientes, con una disminución del error diagnóstico y evitando consultas cardiológicas e ingresos hospitalarios innecesarios.

Contacto: Bernardino Comas Díaz – bcomas@hsll.es

C-057 CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: PROCESO CLAVE EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (ORDEN EN EL CAOS)

Autores: Álvarez García A, García Riestra G, Menéndez Fernández F, Martínez Sánchez-Alcázar I, Alonso Calo L, Blanco González JA.

INTRODUCCIÓN
A los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) consulta un gran número de pacientes con distinto nivel de urgencia pero los recursos son limitados. El proceso de clasificación debe asignar una prioridad clínica a cada paciente en función de su nivel de urgencia de forma rápida, reglada, valida y reproducible.

OBJETIVO
Describir cómo el desarrollo dentro del mapa de procesos del SUH del proceso de clasificación unido a una herramienta adecuada permite la ordenación funcional del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS
Bajo la metodología de la Gestión por Procesos se identificaron los clientes y sus expectativas, misión, límites inicial y final, entradas, salidas, actividades, registros, indicadores y gestores del proceso. *Fases del desarrollo.* Valoración de la herramienta informática en función de la valoración científica, la facilidad de implantación y uso, los requisitos legales y aspectos técnicos/informáticos. Implantación: formación e implantación del sistema. Reestructuración funcional y física del SUH creando nuevas áreas funcionales. Consolidación: monitorización (3 meses) y reuniones para valorar la satisfacción e implantar medidas correctoras y mejoras. Programa de formador de formadores.

RESULTADOS
Se elaboró la ficha del proceso y se definieron los ítems previstos. Se optó por el *Manchester Triage System* (MTS) por su metodología sólida, válida, útil y reproducible, así como por el programa de formación y auditoria. Se decide que la gestión de la herramienta la realice personal de enfermería. Se formó a la totalidad de la plantilla de enfermería (56). Posteriormente se realizó un curso de formación de formadores. Se creó una nueva área funcional de clasificación, reordenando el resto del servicio, redefiniendo circuitos y protocolos de información a los pacientes. Se implantaron las medidas de ajuste pertinentes.

CONCLUSIONES
La Gestión por Procesos es una herramienta útil para trabajar con calidad en un SUH. El proceso de clasificación es la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente que aporta un gran valor predictivo de gravedad, evolución y uso de recursos. Mejora de la satisfacción de los profesionales. Permite la reordenación funcional de un SUH en torno a la clasificación. El profesional más adecuado para la gestión es la enfermera/o. La formación de toda la plantilla favorece la implantación. La enfermera/o dispone de un método razonado y reproducible para la toma de decisiones. Este sistema facilita el proceso de mejora de la calidad de la atención y accesibilidad al usuario.

Contacto: Antonio Álvarez García – antonio.alvarez@sespa.princast.es

C-058 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN COLEGIAL ENFERMERA

Autores: París-Giménez J, Bronchales-Cazorla G, Anton-i-Riera J, Rivas-Pozo J, Quintana-Muñoz I.

OBJETIVOS
El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB), a partir de su plan estratégico, identifica como una de sus líneas prioritarias la "estrategia para la mejora corporativa". En el año 2004 la Junta de Gobierno de la organización decidió implementar un sistema de gestión de la calidad que permitiera asegurar la buena gestión de la organización en todo lo relacionado en la atención a los colegiados. El objetivo es describir el proceso de implementación de un sistema de gestión de calidad en el COIB, que ha llevado a la obtención de la certificación ISO 9001:2000.

MÉTODOS
Después del acuerdo de la Junta de Gobierno de implementar un sistema de gestión de la calidad, se designó un Responsable de Calidad y se conformó una Comisión de Seguimiento de la Calidad, que han sido los responsables del diseño e implementación de este proyecto. Se realizó formación sobre calidad, gestión de la calidad y Gestión por Procesos a los responsables de la organización. Se informó del proyecto a todo el personal de la organización, consiguiendo su implicación y colaboración en su área de responsabilidad. Se superó una primera auditoría interna, que permitió superar la auditoría de certificación para la norma ISO 9001:2000.

RESULTADOS
Se han definido los siguientes procesos: 1) procesos estratégicos: planificación de la calidad, planificación y gestión de la calidad, planificación económica, diseño, auditoría y revisión del sistema; 2) procesos operativos: colegiación, participación en órganos profesionales, comunicación con la colegiada, gestión administrativa, asesorías, medida de la satisfacción, evaluación y mejora continua; 3) procesos de soporte: gestión de recursos humanos, gestión de compras y contrataciones, mantenimiento e informática.

CONCLUSIONES
La implantación de la norma ISO en nuestra organización nos ha aportado: 1) Asegurar el control de los procesos; 2) Optimizar las relaciones con los proveedores; 3) Crear valor a la gestión/actividad llevada a cabo por la organización. 4) Sensibilizar a los trabajadores sobre la mejora continua.

Contacto: Josep Anton i Riera – janton@coib.org

C-059 MAPA DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Autores: Madroñero-Cuevas MC, Madrid-García FJ, Martines-Gutiérrez A, Abad S, Salar L, Barcia-Albacar L.

OBJETIVOS
En nuestro hospital nos planteamos la gestión de la calidad como eje para organizar y sistematizar nuestras actividades. Nos marcamos unos objetivos concretos que permitan la evaluación y mejora de la calidad. En la Unidad de Documentación Clínica, priorizamos los siguientes objetivos: 1) Identificación del mapa de procesos; 2) Definición del proceso de codificación con nuestra historia clínica electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS
Hemos establecido tres etapas de desarrollo en la puesta en funcionamiento de la Unidad de Documentación Clínica: 1) una etapa de planificación con el diseño de la estructura organizativa, 2) una etapa de implantación y 3) una etapa de evaluación sistemática para cuantificar y analizar los resultados. Obtenemos toda la información que nos permite desarrollar nuestro trabajo de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS
Describimos la etapa de planificación, donde cinco personas identifican el mapa de procesos de la Unidad. Después del análisis de todos los procesos, definimos el de codificación de la actividad de hospitalización y de cirugía sin ingreso. Diseñamos el diagrama de flujos para obtener el GRD representativo de cada episodio de hospitalización y de intervención quirúrgica sin ingreso.

CONCLUSIONES
1) Podemos definir los procesos de nuestra Unidad de Documentación Clínica como procesos no asistenciales, representativos de la actividad global de la misma. 2) Son procesos evaluables cuantitativa y cualitativamente y fáciles de registrar e interpretar por los profesionales de nuestro hospital, gracias a nuestra historia clínica electrónica. 3) El desarrollo del proceso de codificación permite una organización sistemática de las tareas. 4) La codificación es un proceso de apoyo administrativo dentro de la organización.

Contacto: Maria Concepción Madroñero Cuevas
cmadronero@torrevieja-salud.com

C-060 ¿COMO IMPLICAR A LOS MANDOS INTERMEDIOS EN LA CALIDAD AMBIENTAL? EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA

Autores: Nadal O, Jabalera M, Planas MJ, Puche G.

OBJETIVO
Controlar y mejorar la calidad ambiental de las actividades sanitarias mediante la implicación y compromiso de los responsables de cada área.

MÉTODO
La metodología seguida para concienciar e involucrar a los mandos intermedios en el control y mejora del impacto ambiental de sus actividades consta de las siguientes fases: 1) Determinación de las áreas sanitarias que un mayor impacto ambiental generan y que por su relevancia se prioriza la aplicación de mejoras. 2) Diseño de indicadores de calidad ambiental específicos. Estos indicadores deben ser cuantificados y consensuados con los diferentes mandos intermedios afectados. 3) Información periódica e individualizada de resultados a los responsables de las áreas afectadas. 4) Análisis de causas y propuesta de medidas correctivas en los casos necesarios 5) Establecimiento de objetivos cuantificables e incentivados de mejora de la calidad ambiental 6) Revisión por la Dirección.

RESULTADOS
Los resultados de los indicadores ambientales establecidos nos han permitido detectar las áreas críticas sobre las que se deben aplicar mejoras y ver de esta forma su evolución. Podemos evidenciar como en la mayoría de zonas donde ha habido un plan de acción implicando a los mandos intermedios la mejoría ha sido considerable.

CONCLUSIONES
Los mandos intermedios, debido a su situación clave dentro de la organización, son pieza fundamental para desarrollar mejoras de la calidad ambiental en sus áreas de competencia. Por ello dotar a este personal de indicadores ambientales y herramientas de gestión pormenorizadas, teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada caso, les permite responsabilizarse y controlar el impacto ambiental de sus actividades. Una motivación y participación activa de los mandos intermedios en la consecución de los objetivos establecidos garantiza un porcentaje elevado del éxito deseado.

Contacto: Olga Nadal Castan – onadal@hsjdbcn.org

C-061 EXPERIENCIA EN EL USO DE *BUSINESS PROCESSES MODELING NOTATION* (BPMN) PARA MODELAR PROCESOS SANITARIOS

Autores: Calahorra-Fernández L, Ruiz-González F, Martín-Espartero R, Rolón-Aguilar E, García-Rojo M, García-Carballeira F.

INTRODUCCIÓN
La orientación al proceso es uno de los elementos claves de los Sistemas de Gestión de la Calidad, incluido el ámbito sanitario. En todo el ciclo de vida de un proceso, el diseño es de especial importancia. Esta fase se refiere, al modelado, que es la representación adecuada de su funcionamiento y demás aspectos relevantes. *Business Processes Modeling Notation* (BPMN) es un lenguaje diseñado específicamente para el modelado de procesos de negocio (organizacionales). Está teniendo una amplia aceptación a nivel empresarial e institucional gracias a que permite ser utilizado y comprendido por todo tipo de roles de una organización, sin que sean necesarios conocimientos técnicos especiales. BPMN proporciona una notación gráfica para expresar todos los aspectos de los procesos mediante un único tipo de diagrama. No se conocen experiencias anteriores del empleo de esta notación dentro del sector sanitario. Dada la diversidad y complejidad de los procesos de un hospital, la aplicación de BPMN puede ser de gran utilidad. Como experiencia presentamos el modelado del proceso de atención al paciente programado quirúrgico (APPQ).

MATERIAL Y MÉTODOS
Este trabajo se enmarca dentro de un acuerdo de colaboración entre el Dep. de Tecnologías y Sistemas de Información de la Universidad y el Hospital cuyo objetivo es comprobar la aplicabilidad de BPMN en el ámbito sanitario mediante su aplicación a tres procesos, incluido el aquí presentado. Se creó un grupo de trabajo mixto y se desarrolló una actividad formativa sobre el modelado de procesos con BPMN. Los expertos del hospital en el proceso APPQ desarrollaron una ficha que incluía: misión, límites, clientes, responsables, participantes y sus funciones, glosario de términos, proveedores, descripción de las actividades y documentos y registro. Los expertos en BPMN de la Universidad realizaron el modelado del proceso y de sus subprocesos mediante un método iterativo e incremental: cada vez se añadió más detalle hasta llegar al nivel deseado por el Hospital; mediante revisiones conjuntas se fue dando el visto bueno a los resultados hasta conseguir la versión definitiva.

RESULTADOS
Se presenta el modelado del proceso APPQ mediante la notación BPMN.

CONCLUSIONES
El modelado del proceso APPQ nos ha permitido la elaboración de un modelo entendible y que puede difundirse fácilmente por y para los profesionales implicados, así como la detección temprana y corrección de errores. Este trabajo es un paso previo clave para el posterior análisis y mejora del proceso.

Contacto: Luis Calahorra Fernández – lcalahorraf@sescam.jccm.es

C-062 MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES: ABORDAJE DESDE UNA PERSPECTIVA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Autores: Díaz-López Y, Vecino A, Santos MJ, Villa L, Ballarín M.

INTRODUCCIÓN

Dado que el sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones pretende hacer posible el ejercicio de este derecho a los usuarios y contribuir a la mejora de la calidad del servicio prestado, y tras comprobar que los indicadores de reclamaciones no cumplían con los objetivos marcados se decidió la puesta en marcha de un proyecto de mejora.

OBJETIVOS

Mejorar la gestión de las reclamaciones en una Gerencia de Atención Primaria, que nos permitiera: 1) Mejorar el tiempo de respuesta de contestación de las reclamaciones 2) Mejorar la contestación de las reclamaciones en forma y contenido 3) Motivar a los profesionales implicados en el proceso 4) Realizar el seguimiento de las contestaciones a las reclamaciones en tiempo y forma.

MÉTODOS

Para el desarrollo del proyecto de mejora se siguieron los siguientes pasos: 1) Obtención del valor de los indicadores de reclamaciones y comparación con el estándar establecido. 2) Identificación de los procesos relacionados con los objetivos marcados. 3) Constitución de dos grupos de mejora. 4) Análisis de las causas de las desviaciones. 5) Propuesta de acciones de mejora (rediseño de los procesos, elaboración de documentos de apoyo para el proceso, talleres formativos y definición de indicadores). 6) Pilotaje del proyecto en 4 equipos de atención primaria (EAP). 7) Evaluación de los resultados del piloto y análisis de las desviaciones. 8) Extensión del proyecto a otros 10 EAP 9) Seguimiento de indicadores.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, tras la puesta en marcha del proyecto en los 14 EAP, comparando los resultados en el periodo enero-abril 06/07, fueron: un incremento de 11 y 32 puntos en el % de reclamaciones contestadas antes de 30 y 15 días respectivamente, lo que supone un incremento porcentual del 15 y 114%, siendo esta diferencia de 10 puntos para ambos indicadores cuando comparamos los EAP con y sin intervención. El tiempo medio de tramitación global de las reclamaciones se disminuyó en 9 días, siendo la diferencia de 10 días menos en el grupo de intervención. El % de propuestas de contestación que cumplían con los criterios definidos pasó de un 43% a un 78%. Los datos de este mismo indicador en un grupo frente a otro fueron de 89% frente a 67%.

CONCLUSIONES

La metodología de calidad se ha mostrado como herramienta útil en la mejora de la gestión de las reclamaciones. La gestión de procesos, ha propiciando la motivación de los profesionales implicados y por tanto la mejora. A pesar de los resultados obtenidos, el éxito vendrá determinado por la monitorización periódica de los indicadores.

Contacto: Yolanda Díaz López – ydiaz.gapm07@salud.madrid.org

C-063 IMPACTO DE LA CREACIÓN DE LA UNIDAD OBSTÉTRICA DE DÍA (UDO) EN LA ASISTENCIA SANITARIA A LA GESTANTE DE MURCIA

Autores: Delgado-Marín JL, Blanco-Carnero JE, Oliva-Sánchez R, De Miguel-Celis, M, Pellicer-Orenes F, Alcaraz-Quiñonero M.

INTRODUCCIÓN

La situación sobre la que desarrollamos el proyecto es la de sobrecarga continua de gestantes hospitalizadas en el hospital para estudios del bienestar fetal (EBF), debida por un lado al incremento del número de partos en nuestra área y al cumplimiento de los EBF en el contexto de ingreso hospitalario.

OBJETIVOS

Desarrollar un moderno sistema de atención a la mujer gestante de nuestra área, disminuyendo su incertidumbre en el período más crítico del embarazo e incrementando su grado de confianza en el Hospital. Asimismo, es imprescindible reducir la presión de las plantas de gestantes, pues la mecánica de trabajo de cualquier hospital hace que las pruebas diagnósticas de valoración de estado fetal y materno se prolonguen en el tiempo y precisen elevados tiempos de estancia hospitalaria, con las incomodidades que esto acarrea a la gestante y su familia y los recursos elevados que supone.

MÉTODOS

La Unidad Obstétrica de Día (UDO) se pone en marcha el 15/10/05 en el H. Maternal. Pueden acceder las pacientes desde Primaria, Especializada o el propio Servicio. Inicialmente, se atendieron a gestantes de bajo riesgo desde la semana 40 de amenorrea, para asumir al poco tiempo la gestante de alto riesgo. Ésta dispone de contacto telefónico directo con la UDO. Se trabaja con criterios de alta resolución, manejando una historia clínica informatizada y realizando la gestión de citas desde la propia UDO, sin necesidad de acudir al Servicio de Admisión. La misma mañana de acceso al UDO, la paciente marcha con su EBF completo, su informe clínico mecanizado y su siguiente cita asignada. Se han adecuado los circuitos de pacientes para aumentar su grado de satisfacción, minimizando los ingresos innecesarios.

RESULTADOS

A pesar del incremento de 8,89% en el número de nacimientos del hospital (de 7.563 en 2004 a 8.236 en 2006), la estancia media (EM) en las plantas de gestantes ha disminuido desde el inicio de la UDO de 1,93 a 1,01 días (-47,66%). Ha repercutido en la EM del Maternal, que ha disminuido de 3,96 a 3,42 días (-13,63%). El número de gestantes ingresadas en plantas que no les corresponden, signo de la sobrecarga de las plantas ha disminuido de 710 a 221 (-68,87%). Todo ello ha supuesto un ahorro global estimado de 1.548.094 € en el año 2006 achacable a la optimización de la atención de la gestante que ha aportado la UDO.

CONCLUSIONES

La UDO supone un punto de inflexión en la situación asistencial del Maternal, ofertando una atención de calidad a la gestante e incrementando sus niveles de satisfacción.

Contacto: Juan Luis Delgado Marín – francisco.pellicer2@carm.es

Mesa 8

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA 1

C-064 – C-071

C-064 FOMENTO DE LA DONACIÓN DE SANGRE POR ENFERMERAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Autores: Del Castillo Olivares-Pantoja MC, Martínez-Piédrola MM, Recuenzo-de Fata S.

OBJETIVO

Describir las actividades de promoción de la donación para captar nuevos donantes, desarrolladas por las enfermeras de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Fomentar el mantenimiento de la donación. Evaluar la actividad desarrollada para la captación de nuevos donantes Comparar la actividad desarrollada con el período previo. Analizar la calidad percibida de los donantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo entre el año 2005 y 2007. Registro diario de enfermería. Base de datos Excel. Análisis de datos mediante programa Excel. Revisión de las reclamaciones efectuadas en el período.

RESULTADOS

a) Las actividades enfermeras de fomento de la donación han sido mediante la promoción directa, obteniendo 1.717 posibles donantes, la promoción telefónica gracias a la cual han acudido 313 donantes y la difusión de la información mediante carteles, por la que hemos recibido 276 personas. b) Perfil de los donantes durante el último año: Los individuos que acudieron a la unidad fueron 3.429, de los cuales 803 acudieron por primera vez, 527 no pudieron donar por alguna razón y 2.905 personas realizaron una donación. Del total de individuos, 929 acudieron por propia iniciativa y 2.500 lo hicieron mediante la promoción realizada por las enfermeras de la unidad. Lo que supone un 72,91% del total de donantes. c) Donaciones realizadas en el año 2004: 2.013, en el año 2005: 1.786. Total de donaciones del período comprendido entre mayo de 2006 y mayo 2007: 2.905. d) No se han presentado reclamaciones relacionadas con la donación.

DISCUSIÓN

El número de donaciones se ha incrementado en más de un tercio con respecto a años anteriores. Casi la tercera parte de los donantes lo hicieron por primera vez, y la promoción realizada por las enfermeras de la unidad ha supuesto casi las tres cuartas partes del total de los donantes. La promoción de la donación por parte de enfermeras aumenta el número de donaciones; acerca la donación a la población, minimiza la ansiedad del donante nuevo y asegura la continuidad en la donación y produce estrechamiento del vínculo donante-enfermera. Las actividades desarrolladas en unidades de Donantes por Enfermeras, aportan valor a la promoción de la salud en los donantes e inciden directamente en la recuperación de la enfermedad de las personas receptoras de sangre.

Contacto: Maria Cristina del Castillo-Olivares Pantoja – cdelcastillo@fhalcorcon.es

C-065 ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CANTIDAD DE INGESTA ALIMENTARIA ORAL DE LOS PACIENTES EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Autores: Sabater-Raga R, Aloy-Duch A, Sist-Viaplana X, Sagalés-Torra M, Romero-Ventura A, Escrig-Mestres M.

INTRODUCCIÓN
El estado basal previo, la patología subyacente y la falta frecuente de apetito de las personas ingresadas provocan, en ocasiones, una insuficiente cantidad de ingesta alimentaria cuantitativa y cualitativa con la posible malnutrición de los pacientes.

OBJETIVO
Evaluar si la ingesta alimentaria oral de los enfermos ingresados en las unidades de hospitalización se realiza en una cantidad considerada como correcta.

MATERIAL Y MÉTODO
Se ha realizado un estudio descriptivo, prospectivo y observacional de los pacientes adultos ingresados en las unidades de hospitalización de Medicina Interna (MI), Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y Traumatología (COT) del centro (365 camas de hospitalización). Se definió como "menú" al conjunto de tres platos que van incluidos en la comida y en la cena. Se realizó una observación directa de las bandejas de comida de los pacientes en el momento de retirarlas, anotando la cantidad ingerida en la hoja de registro. Se consideró un menú con una ingesta alimentaria correcta cuando el paciente ingería, respectivamente: a) una cantidad igual o superior a la mitad de los tres platos que lo componen; b) o una cantidad igual o superior a la mitad del primer y segundo plato; c) o una cantidad igual o superior a la mitad del segundo plato y el postre.

RESULTADOS
El estudio se realizó durante 3 días consecutivos en los tres servicios descritos entre el 20 de marzo y el 31 de mayo del 2007. Se observaron 209 pacientes que realizaron 617 menús: 52% en MI (94 pacientes con una edad promedio de 68,94 años), 26% en UGA (65 pacientes con una edad promedio de 82,73 años) y 22% en COT (50 pacientes con una edad promedio de 65,24 años); diferencia de edades con una $p < 0,00001$ entre los servicios de MI y COT. Teniendo en cuenta los criterios de idoneidad descritos de la ingesta resultó, globalmente, que un 62% de los menús habían sido ingeridos correctamente, destacando por servicio un 66% en MI, un 59% en UGA y un 57% en COT ("p" no significativa).

CONCLUSIONES
El porcentaje de pacientes que realizan una correcta ingesta alimentaria oral no es del todo satisfactoria. Destaca el dato negativo en traumatología donde los pacientes, por su patología y promedio de edad, se esperarían resultados más altos que en el resto. Este estudio pretende ser un inicio de un proyecto más ambicioso para evitar la desnutrición y prevenir todas aquellas complicaciones que ésta puede provocar.

Contacto: Andreu Aloy Duch – aaloy@fhag.es

C-066 MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿ES EL TRIAJE LA SOLUCIÓN?

Autores: García Ribes M, García Marrón A, Trueba Costa M, Vega Toca V, Fernández Causo R, Cebrecos Tamayo R.

INTRODUCCIÓN
La saturación de los servicios de urgencias de Atención Primaria (AP) puede provocar una disminución de la calidad asistencial. A pesar de que la mayor parte de los usuarios de estos servicios presentan patología demorable, el aumento de los tiempos de espera hace que, en ocasiones, patología potencialmente grave no sea atendida con la celeridad que requiere. Si bien los servicios de urgencias hospitalarios poseen sistemas de triaje ¿serian aplicables en la AP?

METODOLOGÍA
Diseñamos un sistema de triaje basado en un sistema hospitalario adaptado a las características de la urgencia de AP (falta de infraestructura, patología pediátrica). El triaje es llevado a cabo por el personal de enfermería y consta de 52 entradas y 3 niveles de gravedad. Se pone en marcha durante 6 meses en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria que atiende unas 100 urgencias diarias. Se controla el ajuste a los tiempos según la gravedad, la reproducibilidad DUE-medico y la satisfacción del usuario.

RESULTADOS
Durante el tiempo de prueba las reclamaciones de los usuarios disminuyeron a la mitad, oscilando la valoración por parte de los usuarios de la calidad del servicio entre buena y muy buena. Hay un ajuste a los tiempos del 80% y la reproducibilidad llega casi hasta el 70%.

CONCLUSIONES
1) La implantación de un sistema de triaje en los servicios de urgencias de AP mejora la atención a los pacientes. 2) Estos sistemas tienen que integrar las particularidades de estos servicios, no siendo meras copias de los sistemas hospitalarios. 3) El personal de enfermería resulta idóneo para realizar el triaje en los servicios de urgencias de AP.

Contacto: Miguel García Ribes – gribesm@gmail.com

C-067 ANÁLISIS DE LA MEJORA DE LA PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Autores: Leal-Llopis J, Paredes-Sidrach de Cardona A, Abad-Corpa E, Pérez-García MC, Peñalver-Hernández F, Pérez-López C.

OBJETIVO
Evaluar la prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

MÉTODO
Se ha realizado un estudio de prevalencia de úlceras por presión antes y después de implantar unas medidas de intervención. Se realizó una evaluación en abril de 2005 y la segunda evaluación se realizo en noviembre de 2006. Las medidas de intervención se diseñaron e implantaron entre mayo y octubre de 2005. Estas medidas fueron: re-elaboración del protocolo de prevención de ulceras por presión, adquisición de 20 colchones antiescaras de aire alternante, realización de sesiones a todo el personal de enfermería (auxiliares y DUE) de asistencia obligatoria y en horario laboral, edición de carteles informativos y tarjetas de bolsillo con los cuidados a aplicar a los pacientes según el riesgo. Los datos se han analizado con el programa Igual 2000.

RESULTADOS
En la primera evaluación se evaluaron 276 pacientes apreciándose una prevalencia de ulceras por presión del 15,9% de los pacientes ingresados. En la segunda evaluación fueron 310 pacientes los evaluados obteniéndose una prevalencia del 7,42% de los pacientes. La diferencia entre las evaluaciones es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES
Tras la implantación de las medidas diseñadas se ha conseguido mejorar la prevalencia de úlceras por presión en nuestros pacientes; es necesaria la monitorización de las medidas implantadas para mantener unos estándares adecuados de calidad.

Contacto: Jesús Leal Llopis – Jesus.leal@carm.es

C-068 EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

Autores: Leal-Llopis J, Paredes-Sidrach de Cardona A, Hernández-Ferrándiz MC, Crespo-Carrión J, Alonso-Frías A, Anclan-Ponce de León MJ.

OBJETIVO
Evaluar los cuidados de enfermería que se prestan a los pacientes portadores de catéter venoso periférico.

METODOLOGÍA
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización de un hospital de área. La población de estudio han sido todos los pacientes portadores de catéter venoso periférico. Los criterios/variables de estudio han sido diseñados según las recomendaciones del CDC para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares siendo: ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos; el punto de punción está protegido y visible; el circuito de infusión se mantiene cerrado al exterior; el estado de la vía está registrado al menos cada 24 horas; está registrada la fecha de inserción y el tipo de catéter; no existe flebitis y no existe extravasación. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería y la observación directa de los pacientes realizando la evaluación personal externo. El periodo de estudio ha sido febrero y mayo de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0

RESULTADOS
Se han evaluado 429 pacientes portadores de catéter venoso periférico. El 96,15% de los casos tenia el apósito en perfecto estado y el punto de punción estaba protegido y visible en el 79,15%. El circuito de infusión se mantenía si comunicación con el exterior y estaba registrado al menos cada 24 horas el estado de la vía en el 99,1% de los casos. La fecha de inserción y el tipo de catéter estaba registrado en el 98%. La prevalencia de flebitis fue del 0,7% y con extravasación del 0,25%.

CONCLUSIONES
Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que los cuidados de enfermería relativos al mantenimiento de los catéteres venosos periféricos se encuentran dentro de unos estándares de calidad adecuados, teniendo que mejorar la visualización del punto de punción.

Contacto: Jesús Leal Llopis – Jesus.leal@carm.es

C-069 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Pérez-García MC, Calvo-Bohajar M, Alonso-Frías A, Hernández-Ferrándiz MC, García-Muñoz JA, Crespo Carrión MJ.

OBJETIVO
Evaluar y mejorar la cumplimentación del protocolo de acogida.

MÉTODO
Diseño: ciclo de mejora. Medio: unidades de hospitalización. Criterios: C1: el paciente y/o familia conocen el nombre del personal de enfermería. C2: el paciente manifiesta haber entendido las indicaciones que le hemos dado y realiza un uso correcto de los utensilios. C3: el paciente y/o familia conocen su ubicación en el hospital y las normas de funcionamiento en el mismo. C4: el paciente tiene en su poder la documentación informativa del hospital. C5: el paciente se encuentra correctamente identificado a su ingreso. C6: la documentación clínica está completa y correctamente identificada. Período: durante el mes de junio de 2006 se realizó la primera evaluación. La intervención consistió en la elaboración de la hoja informativa en las unidades dónde no existía, reuniones informativas con el personal para la presentación de los resultados de la primera evaluación e incidir en la importancia del protocolo y por ultimo colocación de carteles informativos en las zonas de estar de Enfermería. La segunda evaluación se llevó a cabo durante septiembre de 2006.Casos: pacientes ingresados durante el periodo de evaluación.

RESULTADOS
Primera evaluación. Muestra: 121 pacientes. Los criterios con menor cumplimentación fueron el C1 (25,6%) y el C4 (49,6%). Los criterios C2, C3 y C5 obtuvieron un 86,8%, 89,3% y 78,5% respectivamente El total de incumplimientos en esta evaluación fue de 208. Segunda evaluación. Muestra: 120 pacientes. El criterio C1 muestra una cumplimentación del 48,3% y los restantes criterios presentan una cumplimentación por encima del 80%. Existe mejora estadísticamente significativa en los criterios C1, C2, C3 y C4.

CONCLUSIONES
Se han obtenido importantes mejoras en todos los criterios siendo necesario monitorizar dicho protocolo para mantener unos estándares adecuados de calidad.

Contacto: Jesús Leal Llopis – Jesus.leal@carm.es

C-070 PLAN DE MEJORA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: VALORACIÓN DE LA COMPLEJIDAD

Autores: Vidal E, Hernández N, Gens M, Gómez P, Bella X, Borras A.

OBJETIVOS
Conocer los niveles de complejidad de nuestros pacientes. Detectar las necesidades de intervención en las situaciones de más complejidad y optimizar los recursos necesarios para asegurar la continuidad de los cuidados.

METODOLOGÍA
Nuestro Centro de Salud tiene una población asignada de 23952 habitantes (datos octubre 06), dispone de una cartera de servicios con diferentes programas de salud que dan cobertura a la población según necesidades específicas. El programa de atención domiciliaria (ATDOM), que en nuestro centro lidera enfermería, genera una gran actividad enfermera, y es susceptible de un análisis mas exhaustivo debido a las repercusiones que tiene sobre la calidad de vida del paciente y su familia. Con la finalidad de conocer y clasificar los diferentes niveles de complejidad de estos pacientes y aprovechando el cambio de nuestro sistema informático, nos planteamos la elaboración de un plan de mejora. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos recogidos, según criterios de complejidad definidos por nuestro sistema de valoración clínica. Se revisan las historias de los pacientes en programa ATDOM. Se elabora un registro específico de la tabla de valoración global y recursos movilizados, que incluye la valoración del cuidador, la valoración de las funciones física, mental y social de los pacientes.

RESULTADOS
Número de pacientes en el programa ATDOM: 107. Datos registrados de cobertura: 20,79%, 75 años; 10,74% mayor de 65 años. Sexo 59,8% mujeres / 40,2% hombres. Grupo diana: crónicos 71,9%, terminales 3,73%, de riesgo 22,4%. Valoración del cuidador: sin cuidador 17,5%, claudicación del cuidador 23,36%. Valoración global: con dolor 48,5%, Barthel (menor de 55) 33,6%, Pfeiffer (mayor de 5) 28,03%, Braden (= o menor que 16) 38,3%, úlceras por presión 14,01%. Polifarmacia 60,7%. Más de 2 ingresos hospitalarios 36,44%. Recursos movilizados: servicios sociales 37,38%, rehabilitación domiciliaria 39,25%.

CONCLUSIONES
Este registro nos ha permitido detectar las situaciones de más complejidad dentro de nuestra población en ATDOM, nos ha permitido racionalizar las intervenciones específicas y detectar los recursos más adecuados así como la coordinación con otros servicios. Nos facilita la detección de necesidades formativas y posibilidades de investigación en diferentes áreas relacionadas con la Atención domiciliaria.

Contacto: Elisa Vidal Esteve – evidal.tarte.ics@gencat.net

C-071 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Autores: Leal-Llopis J, Jiménez-Moreno R, García-Palomares A, Pérez-López C, Pascual-Díaz R, Paredes-Sidrach de Cardona A.

OBJETIVO
Evaluar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de úlceras por presión (UPP).

METODOLOGÍA
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización del hospital Morales Meseguer de Murcia. Los indicadores utilizados para la evaluación han sido: valoración del riesgo de UPP al ingreso del paciente (escala EMINA), pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso y cuidados de enfermería adecuados en pacientes de riesgo de UPP. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería y la observación directa de los pacientes realizando la evaluación personal externo. El periodo de estudio ha sido febrero y mayo de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0

RESULTADOS
Se ha evaluado 131 pacientes obtenidos mediante muestreo sistemático para la valoración de los dos primeros indicadores. En el 90% de los casos se les había realizado la valoración de riesgo de UPP al ingreso. El 4,65% de estos pacientes había desarrollado UPP durante su ingreso. Así mismo se han evaluado 270 pacientes con riesgo de padecer UPP en el momento del estudio. El 33,6% presentaba riesgo bajo, el 35,75% riesgo medio y el 30,65% riesgo alto. El indicador global de cuidados de enfermería adecuados en pacientes de riesgo de UPP presentaba una cumplimentación del 85,75%. No existían diferencias significativas entre la calidad de los cuidados en función del riesgo que presentaban los pacientes.

CONCLUSIONES
Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de de UPP que se prestan a nuestros pacientes se encuentran dentro de unos estándares de calidad adecuados con el objetivo de preservar la seguridad de los pacientes.

Contacto: Jesús Leal Llopis – Jesus.leal@carm.es

Mesa 9

RESULTADOS EN SALUD 1

C-072 – C-080

C-072 MEJORA EN LA PREVALENCIA DEL DOLOR EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Garcia MC, Vargas MI, Estivill P, Moreno P, Closa F, Sirvent MC.

OBJETIVO
Conocer y mejorar la prevalencia del dolor agudo en los pacientes hospitalizados en nuestro centro.

MÉTODO
El Hospital de Sant Boi de Llobregat pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios desde enero de 2006, momento en el que cambia la política de calidad y se forma el Comité de Dolor como grupo interdisciplinario con el objetivo de conocer y mejorar la prevalencia del dolor en nuestros pacientes. El comité está formado por 2 médicos anestesiólogos, medicina interna, ginecología y traumatología, dos diplomadas en enfermería, una diplomada en enfermería de la Unidad de Reanimación Quirúrgica y la responsable de calidad y formación de enfermería. El grupo mediante reuniones periódicas de *brainstorming* analizó la situación de las actuales pautas de analgesia posquirúrgica y se planteó la necesidad de realizar e implantar una guía de analgesia no quirúrgica general. De forma sistemática se mide el dolor en los pacientes posquirúrgicos mediante la escala EVA hasta las 48 horas posoperatorias. Se han realizado dos cortes de prevalencia de dolor analizando la escala EVA mediante entrevista personal a los pacientes hospitalizados.

RESULTADOS
Durante el año 2006 se ha realizado el 1 corte de prevalencia de dolor con entrevista a 101 pacientes con EVA 0-1: 57%, 2-3: 18%, 4-5: 14%, 6-7: 7%, 8-9: 2%, 10: 0%. En el primer corte de prevalencia realizado en el mes de abril de 2007 ha mejorado la prevalencia de los pacientes: EVA 0-1: 61%, EVA 2-3: 19%, 4-5: 11%, 6-7: 3%, 8-9: 0% y 10: 0%.

CONCLUSIONES
El trabajo en equipo multidisciplinar, la actualización de las pautas analgésicas posquirúrgicas y la formación e información sobre el dolor mediante sesiones al personal de enfermería hace que mejore, no sólo la prevalencia del dolor con un 78% total de la muestra con EVA inferior a 3 y mejora en los pacientes con EVA de más de 6 sino que mejora la sensibilización de nuestro personal asistencial.

Contacto: Maria Cristina García Fortea – acreditacio@hsantboi.es

C-073 CALIDAD DE LA FORMACIÓN CONTINUADA. RESULTADOS EN LA SALUD DE NUESTROS PROFESIONALES

Autores: García-Garrido V, Rubio-Sevilla JC.

OBJETIVO
Describir los resultados de la implantación de un plan de formación continuada (PFC), dirigido a los profesionales con riesgo de sufrir accidentes por sobreesfuerzo (APS).

METODOLOGÍA
En el año 2003 se implantó un PFC dirigido inicialmente a los grupos de mayor incidencia (celadores 46% y auxiliares de enfermería 35%). Posteriormente la oferta se amplió a otros grupos vulnerables, a personas que en el año previo sufrieron APS, a las que se encontraban en Incapacidad Temporal por sobreesfuerzo y a las inscritas en bolsa de trabajo (previa a su incorporación en el período estival). Durante los años 2003-2005 se ha realizado un seguimiento de los profesionales que han declarado un APS, incapacidad laboral por APS y que han realizado formación continuada.

RESULTADOS
De 93 incapacidades (100%), el 77% correspondía a mujeres, y el rango de edad de mayor frecuencia ha sido entre 40-49 años (41%) y entre 50-59 años (35%). La duración media era de 183 días, con una desviación estándar de 854. El máximo de duración fue de 548 días y el mínimo de 3 días. El percentil 25 se situó en 14 días, la mediana en 33 días y percentil 75 fue de 116,5 días. El APS era el accidente laboral no biológico más frecuente del Complejo Hospitalario con 84 casos en el año 2003 (36%) y con 62 en 2004 (23%). En 2005 ocupó el segundo lugar con 47 casos (21%), tras los accidentes *in itinere*. En la distribución de frecuencias de accidente por categoría en 2003-2005 han sido respectivamente: 32-19-16 celador y 24-14-11 auxiliar de enfermería. La misma distribución por incapacidad laboral fue respectivamente: 19-13-7 celador y 12-12-10 auxiliar de enfermería. En los 3 años se han formado 524 profesionales, lo que representa al 85% de la plantilla de celador, 72% pinches, 24% auxiliares de enfermería y 13% enfermeras. De ellos, una vez realizada la formación y finales de 2005, el 94% no ha declarado APS y el 97% no ha sufrido incapacidad laboral. Del total de los APS, han decidido realizar la formación voluntaria el 33% de los profesionales.

CONCLUSIONES
Se pone de manifiesto la importancia de factores individuales, ya que la distribución de las frecuencias relacionadas de sexo y edad, en nuestro medio, se ajustan a otros estudios relacionados con la aptitud física. El Plan de Formación implantado nos sitúa por debajo de la recomendación de la OIT de no sobrepasar el 20-25% del total de APS.

Contacto: Valentín García Garrido – jrubio@sescam.jccm.es

C-074 MORTALIDAD EVITABLE Y CALIDAD DE SERVICIOS SANITARIOS. ANÁLISIS DE FACTORES CONDICIONANTES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Autores: Alberquilla A, Magán P, González C, Gil de Pareja MJ, Otero A,

OBJETIVO
Analizar la distribución geográfica de la Mortalidad Evitable (ME) en los distritos sanitarios de una comunidad autónoma. Establecer la posible influencia de variables sanitarias y socioeconómicas.

MÉTODO
Estudio transversal, observacional, analítico de tipo ecológico. Población: todas las defunciones ocurridas entre 1999 y 2003 en una comunidad autónoma. Se consideraron como ME las defunciones en cuya causa básica figuraba alguno de los códigos incluidos en el listado de Holland. Unidad de análisis: distrito sanitario. Fuentes: Registro de Mortalidad, Padrón Continuo Municipal de Habitantes, Sistemas de Información de Atención Primaria. Mediciones: Mediante ajuste directo se calcularon las Tasas Ajustadas de Mortalidad Evitable (TAME) por edad y sexo acumuladas para el periodo. Variables independientes: a) Sanitarias: presión asistencial, ratio de médicos de familia/mil habitantes y accesibilidad (isocronas) a centros sanitarios (centro de salud y hospital de referencia). b) Económicas: renta media disponible, nivel de estudios, densidad de población. Se describe la variabilidad en el comportamiento de la TAME. Se realizó un análisis bivariado mediante modelos de regresión de Poisson. En el multivariante, para controlar la colinealidad de las variables independientes, se recurrió al análisis factorial de componentes principales con rotación Equamax. Los componentes extraídos se consideraron variables independientes para realizar la regresión de Poisson.

RESULTADOS
Se identificaron 10.068 casos de ME durante el periodo, el 5,16% de las defunciones, distribuidas entre 34 distritos sanitarios. Las TAME oscilaron entre 93,97 y 132,18 por 100.000 habitantes según distrito. Razón de Variación 1,41. No se establece un patrón geográfico claro. En el análisis bivariado no se encontró asociación alguna con las variables independientes consideradas. El análisis multivariante tampoco estableció asociación con ninguno de los factores incluidos en la regresión de Poisson.

CONCLUSIONES
Se evidencia variabilidad en el comportamiento del indicador Mortalidad Evitable entre los ámbitos estudiados. Las diferencias establecidas no se justifican por las variables sanitarias ni socioeconómicas consideradas. Este resultados no concuerda con lo obtenido por otros autores con métodos similares, puede que por las limitaciones inherentes al diseño ecológico. Es preciso continuar profundizando en el conocimiento de este controvertido indicador como instrumento para valorar la calidad de los servicios sanitarios.

Contacto: Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo – aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

C-075 LÍNEAS DE TRABAJO GENERADAS A PARTIR DE LA APLICACIÓN DE LOS APR DRG, A LAS ALTAS HOSPITALARIAS: GRD DE BAJA MORTALIDAD

Autores: López-Reneo R, Tejero-González JM.

INTRODUCCIÓN
Los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) se utilizan para evaluar el grado de complejidad de la población atendida y el rendimiento de las actividades asistenciales, agrupando a los pacientes por criterios de "isoconsumo". El agrupador "*All Patients Refined*" clasifica dentro de cada GRD a los pacientes por criterios de gravedad del trastorno y riesgo de mortalidad en cuatro grupos diferentes, obteniendo así grupos más homogéneos que permiten comparar de forma más ajustada el grado de complejidad de la actividad entre distintos Hospitales o Servicios. La Agencia de Investigación de la Calidad en Atención Sanitaria de Estados Unidos (AHRQ) propone, entre los indicadores de calidad de la hospitalización, el número de *exitus* en GRDS de baja mortalidad. Toda esta información se puede obtener con la herramienta Hiscal, de 3M, del CMBD hospitalario.

OBJETIVOS
¿Se puede explicar la variabilidad en el indicador *exitus* en GRD de baja mortalidad por la variabilidad en la calida de los procesos asistenciales, o este indicador se ve afectado por el grado de complejidad, medido mediante el agrupador APR?. Experiencia piloto en los Hospitales de Castilla - La Mancha. Método: Se han obtenido, utilizando la herramienta Hiscal de 3M, a partir del CMBD de los 11 Hospitales del Sescam, las variables que podrían estar asociadas a la mortalidad, en los GRD que la AHRQ define "de baja mortalidad"; entre ellas, el grupo por gravedad y riesgo de mortalidad que presenta el paciente. Se ha realizado un análisis estadístico de varianza para averiguar en qué medida la variabilidad en la mortalidad se explica por la gravedad y el riesgo de mortalidad a priori. Resultados: Se presentan los resultados del análisis estadístico en los 11 Hospitales del Sescam, en un periodo de 4 años.

CONCLUSIONES
A partir de los resultados obtenidos, contrastamos la hipótesis de que el indicador, construido para los Hospitales norteamericanos, es aplicable a los hospitales explorados, como "experiencia piloto".

Contacto: Raquel López Reneo – rlopez@sescam.org

C-076 INDICADORES DE CALIDAD. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN PACIENTES CON PROCESOS DE ORTOGERIATRÍA

Autores: Salazar-de la Guerra R, de Dios-Álvarez R, Prado-Villanueva B, Cuenca-Zaldívar N, Puente-Domínguez ML, González-Soria J.

INTRODUCCIÓN
La actividad rehabilitadora representa el 50% de la actividad global del hospital. Del conjunto de procesos que requieren rehabilitación, los de ortogeriatría representan el 55%. Por este motivo se determino la planificación de este proceso dentro del Plan de Calidad, año 2004.

OBJETIVOS
Medir los indicadores de resultados del proceso de ortogeriatría y analizar resultados alcanzados para introducir mejoras desde el enfoque de una atención interdisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO
En el Hospital se creó un Grupo de Trabajo interdisciplinar encargado de planificar el proceso de atención al paciente que requiere Rehabilitación tras sufrir un proceso traumatológico quirúrgico o no (prótesis de rodilla y cirugía de fractura de cadera). En el diseño del proceso asistencial se incluye un conjunto de indicadores de calidad que se recogen sistemáticamente en el momento del alta del paciente. Dichos indicadores se analizan trimestralmente en el seno del grupo de trabajo interdisciplinar.

RESULTADOS
Se trata de un estudio descriptivo de los resultados alcanzados en el año 2006. Se atendió un total de 212 pacientes, 54 hombres y 158 mujeres. La edad media fue de 75 años para los hombres y de 80,1 para las mujeres y la estancia media registrada fue de 55,2 días. La mejoría fue el motivo en un 91% de los casos. El 77% de los pacientes regresaron a su domicilio al alta y un 13% de los pacientes fueron institucionalizados. La situación funcional (escala de Barthel) en el momento del ingreso fue de 45,2 puntos y de 75,5 en el momento del alta. El índice de eficiencia fue de 0,49 y el de eficacia de 49. El 41% de los pacientes eran incontinentes en el momento del ingreso; el 56% de éstos entraron en programa de reeducación de esfínteres alcanzado la continencia el 50%. Un 33% tenia deterioro cognitivo (escala Pfeiffer). La prevalencia de pacientes con Ulceras por Presión fue del 19%, siendo la incidencia de 2,7%. Un 44% presentó riesgos de sufrir caídas (escala Stratify) y. La prevalencia registrada en ese período fue del 11%. El 14% presentó, durante su estancia, síndrome confusional agudo. El 28% recibió tratamiento antidepresivo y un 45% fue diagnosticado de malnutrición.

CONCLUSIONES
La implantación del proceso nos ha permitido unificar criterios en las 2 Unidades de Media estancia del hospital y ha sido un importante ejercicio de reflexión. La ganancia funcional de los pacientes alcanzó 27,2 puntos, lo que supone un buen resultado para unidades de estas características.

Contacto: Rosa María Salazar de la Guerra – rsalazar.hgua@salud.madrid.org

C-077 ¿QUÉ ES UN RESULTADO FAVORABLE DE LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA?

Autores: Hilarión P, Colom J, López R, Suñol R, Segura L, Suelves JM.

INTRODUCCIÓN
Los resultados de la atención interdisciplinaria a las personas con problemas de drogodependencia no están claramente establecidos en la literatura, lo que dificulta el diseño de criterios y estándares de calidad.

OBJETIVOS
1) Presentar la experiencia de identificación y priorización de los resultados esperados en la atención en los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias. 2) Identificar los indicadores que serán utilizados para valorar los resultados esperados de la atención.

METODOLOGÍA
Se ha utilizado una técnica Delphi para facilitar la participación por parte de todos los centros, responsables de las administraciones locales y autonómicas en el ámbito de las adicciones y de los principales investigadores relacionados con este tema. Se han realizado tres rondas. La estabilidad de las respuestas es la que ha definido el número de rondas efectuadas, que finalmente fueron 3. Se ha utilizado un formulario electrónico para las diferentes fases de identificación y priorización de los resultados esperados y los indicadores específicos de medida. El número de expertos invitados a participar ha sido de 70.

RESULTADOS
Se han identificado un total de 16 afirmaciones, clasificadas en 10 resultados tipo out-come relacionados con la salud física, mental, calidad de vida, integración social, económica y laboral, reducción del consumo, y 6 resultados intermedios tipo *output* de reducción de daños, adquisición y mejora de competencias personales, cobertura y accesibilidad del servicio y adherencia al tratamiento, y se han identificado además un total de 68 indicadores específicos. Los resultados priorizados corresponden a los del área de mejora de la calidad de vida percibida, control de complicaciones relacionadas con la aparición del VIH/sida, hepatitis B y C, reducción de la sintomatología psiquiátrica, disminución de la mortalidad asociada al consumo de substancias, adquisición de hábitos para disminuir el riesgo asociado, vinculación y adherencia al tratamiento y satisfacción con la atención recibida.

CONCLUSIONES
1) El presente estudio ha permitido realizar el primer estudio de consenso entre los centros, administraciones, investigadores y profesionales implicados sobre los resultados esperados en la atención a las personas en un CAS en España. 2) Los resultados obtenidos pueden servir de base para la elaboración de los futuros indicadores de calidad de los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias.

Contacto: Pilar Hilarión Madariaga – philarion@fadq.org

C-078 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE NIVELES HOSPITALARIOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ENFOCADO EN RESULTADOS ASISTENCIALES

Autores: Emparan C, Soriano P, Cabezali R, Hernández-Mazo V.

OBJETIVOS
Valorar los factores que influyen en los resultados finales de procedimientos quirúrgicos referentes en centros hospitalarios de niveles I-IV.

MÉTODOS
Se recogieron los datos del CMBD del 2005 del SNS, centrando el análisis en los siguientes procedimientos agrupados: cirugía de varices, gástrica, hepatobiliopancreática, colon, rectal, endocrina y mamaria. De estos datos se analizaron la estancia media, percentiles de complicaciones, y mortalidad de 240.899 procedimientos. Además se recogieron todos los procedimientos quirúrgicos (42 procedimientos agrupados) de nueve Hospitales de nivel I, II y III (tres por cada grupo) centrándose la recogida de datos en las siguientes variables: número de cirujanos de plantilla, edad media de la plantilla quirúrgica, número de intervenciones por población atendida, número de procedimientos realizados laparoscópicamente, complicaciones, estancia media y mortalidad asociada a los procedimientos quirúrgicos analizados. Los datos se analizaron de forma estratificada identificando diferentes variables de riesgo siguiendo un análisis multivariante y una significación de producto conforme basada en metodología 6 Sigma.

RESULTADOS
Todos los procedimientos analizados y agrupados presentaron estancias medias significativamente más cortas ($p = 0,005$) en los Hospitales de nivel I y II, con un índice inferior de complicaciones ($p = 0,02$) y una mortalidad más restringida ($p = 0,03$). Las diferencias fueron más acusadas en aquellos procedimientos de mayor complejidad, aunque el índice de estancias evitadas fue muy superior en aquellos procedimientos de menor complejidad. Los cirujanos de los Servicios de Cirugía de nivel I y II realizan un mayor número de intervenciones año, un mayor número de puntos *case-mix* como cirujanos principales que los hospitales referentes. En general se realizan el doble de procedimientos por vía laparoscópica en los "pequeños hospitales" que en los referentes. Las diferencias en estancia media, complicaciones y mortalidad son mucho más significativas ($p = 0,0001$) entre aquellos hospitales nivel I y II con guías de práctica clínica implantadas que en los grandes hospitales referentes (sin encontrar diferencias de práctica entre ellos).

CONCLUSIONES
Los pequeños hospitales, en general, consiguen unos resultados quirúrgicos con menor mortalidad, morbilidad y estancia media más adecuada, gracias a la "practica general" de sus cirujanos, a la aplicación generalizada de abordajes laparoscópicos, y en especial a la aplicación de vías clínicas.

Contacto: Carlos Emparan García de Salazar – cemparan@fhcalahorra.com

C-079 LA APENDICECTOMÍA INCIDENTAL EN MAYORES DE 64 AÑOS COMO INDICADOR DE CALIDAD HOSPITALARIA

Autores: Yetano J, Sáiz C, López-Arbeloa G, Ayuso C, Montero AB, Estraviz B.

OBJETIVO

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) diseñó indicadores de calidad basados en datos administrativos como los del conjunto mínimo básico de datos (CMBD). La apendicectomía incidental en mayores de 64 años (AI en mayores), es el número de casos de AI en mayores dividido por el número total de casos de esas edades con cirugía abdominal expresado en porcentaje. Mide un procedimiento contraindicado en pacientes mayores. La AI es la extirpación de un apéndice sano en el curso de una laparotomía realizada para otro propósito para prevenir una apendicitis aguda futura. La AI, indicada en pacientes jóvenes, está contraindicada en mayores pues tienen menor riesgo de apendicitis aguda en el futuro y mayor riesgo de comorbilidad por la extirpación. El objetivo de este estudio es analizar el indicador AI en mayores en un sistema regional de salud.

MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo sobre el CMBD de 2006 de 11 hospitales públicos. Se hizo una búsqueda de los episodios con AI en mayores para obtener el numerador (procedimiento 47.1x de la CIE-9-MC). Se midió el núm. de episodios con cirugía abdominal en mayores de 64 años para el denominador, los clasificados en determinados grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Se obtuvo el indicador por cada hospital y se analizaron los casos por servicios médicos. En dos hospitales se ha realizado un control de calidad de la codificación de las AI comparando con las bases de datos de Anatomía Patológica.

RESULTADOS

Hubo 61 AI en mayores en los 11 hospitales (oscilando de 0 a 15) lo que supone un 1,34% global (de 0 a 3,93%). 46 casos fueron de Cirugía General, 9 de Urología y 6 de Ginecología (en un solo hospital). En dos hospitales se compararon las AI en mayores codificadas en el CMBD con las bases de datos de Anatomía Patológica y se encontró que existían 8 casos más no codificados por una infradeclaración en el informe de alta.

CONCLUSIONES

1) El uso del indicador "Apendicectomía incidental" en mayores de 64 años es factible para monitorizar la calidad hospitalaria. 2) Existe variabilidad del indicador entre los hospitales y entre los servicios quirúrgicos. 3) Hay una infracodificación del procedimiento en los dos hospitales en los que se ha hecho el control de calidad contrastando con Anatomía Patológica lo que resta validez al indicador. 4) El que los 6 casos de Ginecología fueran en un solo hospital sugiere una práctica relacionada con hábitos personales y un área de mejora que necesita un análisis pormenorizado.

Contacto: Javier Yetano Laguna – javier.yetanolaguna@osakidetza.net

C-080 CALIDAD ASISTENCIAL, SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y ESTUDIO DE COSTE DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Villegas E, Torres A, Oleaga S, Ferrer-Ruscalleda F, Benet A, Pons A.

OBJETIVOS

Estudiar los índices de calidad asistencial y grado de satisfacción de los pacientes atendidos por una unidad de hospitalización a domicilio (HADO, *Hospitalisation a domicile organisation*) de un hospital de agudos urbano. Comparar el gasto medio por paciente entre los ingresados en la HADO y en hospitalización convencional (HC).

MÉTODOS

Estudio observacional de los pacientes atendidos por la HADO durante el año 2006. Evaluación de las complicaciones nosocomiales reflejadas en los índices de calidad del CATSALUT (IC-CATSALUT). Descripción de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada con un cuestionario realizado a todos los pacientes al alta. Estudio parcial de costes diferenciales (personal, servicios hoteleros y transporte) de los pacientes ingresados en HADO y HC.

RESULTADOS

147 pacientes (71 M, 76 H), edad promedio 74 años, 121 (82%) con criterios de fragilidad geriátrica. Estancia media 13 días (1-77). Altas médicas: 80 (54%). Diagnósticos principales: 36 infecciones respiratorias, 20 ajustes de medicación, 18 insuficiencia cardiaca. Altas quirúrgicas: 67 (46%). Diagnósticos principales: 29 complicaciones posquirúrgicas, 34 úlceras vasculares. Comorbilidad: insuficiencia cardiaca 60 (41%); fibrilación auricular 48 (33%); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 42 (29%); diabetes 40 (27%); arteriopatía periférica 33 (23%); demencia 33 (23%); insuficiencia renal 30 (20%); infecciones por gérmenes multirresistentes 22 (15%); accidente vascular cerebral 12 (8%); neoplasia activa 9 (6%); cardiopatía isquémica 5 (3%). Resultado de la encuesta de satisfacción: 9,8/10. IC-CATSALUT: quejas o reclamaciones 0, flebitis 3 (0,02%), UPP 0, paros no previstos 0, caídas 1,4%. Estudio de costes diferenciales: 128 euros/día en HC, 108 euros/día en HADO (16% superior en HC).

CONCLUSIONES

Los pacientes ingresados en una HADO padecen escasas complicaciones intrahospitalarias, y refieren índices de satisfacción muy altos. Además es un recurso asistencial rentable, por lo que puede ser considerado una buena alternativa a la HC en pacientes seleccionados.

Contacto: Eulalia Balbina Villegas Bruguera – eulalia.villegas@sanitatintegral.org

Mesa 10

SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 1

C-081 – C-088

C-081 EL SÍNDROME DE *BURNOUT* Y SU RELACIÓN CON FACTORES LABORALES EN MÉDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Autores: Navarrete NS, Neri NJL, Colunga RC, Prado AC, Valdivia MJJ.

OBJETIVOS

Identificar la presencia del síndrome de *burnout* (SB) en función del agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal en el grupo estudiado, y valorar los factores laborales en función de la sobrecarga, falta de control, recompensa, comunidad, y equidad percibidos por los médicos que laboran en hospitales generales.

MÉTODOS

Diseño transversal analítico. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple. Se identificó la presencia del SB, mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, aplicado de forma autoadministrada, además de otro cuestionario que evaluó los factores psicosociales, laborales y personales. Se capturó la información en Excel, y se analizó con el programa SPSS. Se llevó a cabo análisis descriptivo, calculando medidas de tendencia central, frecuencias simples, medidas de dispersión, razón de momios y chi cuadrado.

RESULTADOS

Se evaluaron 421 médicos de los que el 34% presentó SB. Como factores de riesgo para desarrollar SB se encontró el tener otra actividad profesional (RM = 3,39, IC 0,87 - 5,45), el sufrir una enfermedad crónica degenerativa (RM = 1,4, IC 0,81 - 2,39), el trabajar en un ambiente laboral con valores discordantes (RM = 1,7, IC 0,95 - 3,07) y la percepción de falta de comunidad laboral (RM = 2,4, IC 1,49 - 3,93); mientras que el realizar una actividad al aire libre (RM = 0,7, IC 0,51 - 1,21) y el recibir reconocimiento laboral (RM = 0,5, IC 0,35 - 0,94) son factores protectores.

CONCLUSIONES

El síndrome de *burnout* se presentó en el 34% de la muestra estudiada (con 2 o más dimensiones positivas), frecuencia similar a la reportada en otros lugares de México, utilizando la misma escala de Maslach. La percepción del ambiente laboral mostró los peores resultados en todas sus dimensiones: sobrecarga 59%, insuficiente control laboral 75%, falta de reconocimiento laboral 56%, falta de comunidad laboral 62%, discordancia de valores 54%, e inequidad laboral 70%. La percepción del ambiente laboral (en sus dimensiones de falta de reconocimiento, falta de comunidad y discordancia de valores laborales), y el síndrome de *burnout*, mostraron asociación. Es importante desplegar estrategias de intervención ya sea a nivel individual o grupal, dirigidas a prevenir la aparición de este síndrome que se puede convertir en una amenaza para la salud, la calidad de vida y la productividad de los trabajadores.

Contacto: Susana Navarrete Navarro – Susana.navarrete@imss.gob.mx

C-082 LA GESTIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: SATISFACCIÓN, EXPECTATIVA Y CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL

Autores: Agüero-Balbín I, Gómez-Peral P, González-Setién P, Sarabia-Lavín R, Zudaire-Arana M, Mata-Morante M.

OBJETIVOS

Conocer las expectativas de los profesionales basadas en necesidades personales y profesionales. Conocer la satisfacción con su puesto de trabajo actual.

MÉTODO

Encuesta transversal, autoadministrada, anónima pero con posibilidad voluntaria de identificar Unidad/servicio. Entregada y recogida en mano. En sobre cerrado, que garantiza el anonimato. Dirigida a enfermeras y auxiliares de enfermería con plaza fija o interino y puesto de trabajo en unidades y servicios con turnos. Con fecha de entrega y recogida. Personas responsables, definidas.

RESULTADOS

Se entregaron 1.375 encuestas y contestaron 700 (50,90%). El 97% eran mujeres con media de edad de 45 años (dt 8,73) y media de 20 años trabajados (dt 9,65). Están satisfechas con su unidad de trabajo y su turno actual 517 (73,85%) personas aunque al 59,19% de las mismas, les gustaría introducir turnos fijos conviviendo con los rotatorios; identifican la unidad 311 (60,15%) personas. Quieren cambiar de unidad 148 personas (21,14%) y a 110 (74,32%) de las mismas les importa el turno, refiriendo como más deseados, el fijo de mañana (30%) y el ecológico (28%); identifican su unidad 73 (49,32%) personas y el 92% de las mismas hacen referencia a la unidad que desean; 38 (25,67%) personas quieren cambiar de unidad porque desean otro servicio, pero no les importa el turno. Tienen problemas de salud 151 (21,57%) personas, refieren que mejoraría su situación con un cambio de turno 73 (48%) personas y el 53% indican el turno diurno como el más beneficioso pero sin cambiar de unidad; han consultado con el Servicio de Prevención de Riesgos 45 (29,80%) personas, de las cuales 22 (48,88%) han sido valoradas. Tienen gran carga familiar 180 (25,71%) personas y el 50% de las mismas consideran necesario modificar su turno de trabajo actual pero sin cambiar de unidad; los turnos que consideran más adecuados son el diurno (50%) y la jornada reducida (20%).

CONCLUSIONES

Amplia respuesta. La mayor parte de las personas están satisfechas con su unidad, servicio y turno. La mayoría de las personas que quieren cambiar, identifican el servicio que desean y las razones hacen referencia al turno, mientras que una minoría quiere cambiar de unidad por razones profesionales. Las personas con gran carga familiar o con problemas de salud, están satisfechas en su unidad, pero estiman necesario disponer de otros turnos. La encuesta es una valiosa herramienta para conocer la satisfacción de las personas y ofrece oportunidades para mejorar la gestión de las mismas.

Contacto: Pilar Gómez Peral – pgomez@humv.es

C-083 CALIDAD PERCIBIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Autores: Calvin Lamas M, Feal Cortizas B, Martin Herranz I.

OBJETIVO

Conocer la opinión del personal de enfermería de un complejo hospitalario sobre las prestaciones ofertadas por el servicio de farmacia (SF), en el marco de la norma ISO 9001:2000, con objeto de identificar los puntos fuertes, y los aspectos susceptibles de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta de satisfacción al 100% del personal, en octubre-diciembre 2006. Criterio de exclusión: personal (no supervisor) de unidades clínicas (UC) sin relación con el SF en la actividad asistencial diaria (radiología, laboratorio...). Se entregaron 900 encuestas, de carácter anónimo con 10 preguntas y un apartado de sugerencias. Valores de respuesta 1-5 (muy bajo-bajo-normal-alto-muy alto), excepto en valoración global del nivel de satisfacción (escala 1-10; resultado planificado ≥ 5).

RESULTADOS

Porcentaje de respuesta 33,1%. Respuestas más frecuentes: Tramitación de peticiones: adecuada "a veces" 40% y "con frecuencia" 32,2%. Catálogo de servicios del SF. Mejor valorados: farmacocinética (69,4% normal-alto) y nutrición parenteral (68,4% normal-alto). Peor valorado: dispensación, normal-bajo 64%. Opinión sobre el sistema de dispensación de su UC: "malo" 33,2%, "normal" 36,1%. Fases del proceso de dispensación en las que se puede mejorar: retrasos en circuito de envíos SF a UC 83,2% y UC a SF 51,7%, envío inadecuado de medicamentos 63,8%, comunicación con el SF 54,7%. Sistema de dispensación deseado para el futuro: dosis unitarias 34,3%, stock/planta 32%, armarios automáticos 14%. Satisfacción con la información recibida del SF: inclusión de nuevos medicamentos, normal 41%, administración de medicamentos, normal 41,6%, guía farmacoterapéutica, normal 50%. Grado de interés por: prescripción electrónica, normal 20,1%, conexión dosis unitarias-GACELA alto 18%, dispensación automatizada, muy bajo 17,5%. Incorporación de farmacéutico a la UC: de acuerdo 32%, muy de acuerdo 29%. Nivel de satisfacción global 5,13 (DE 1,8) para el complejo hospitalario. Por centros: centro 1 (hospital general) = 4,4 (DE 1,78), centro 2 = 6,0 (DE 1,25), centro 3 = 6,04 (DE 1,54) y centro 4 = 6,6 (DE 1,5). El 31,5% realizó alguna sugerencia.

CONCLUSIONES

La encuesta pone de manifiesto oportunidades de mejora en diferentes áreas, especialmente en el circuito de dosis unitarias, con implicaciones para el SF y para personal externo (celadores). Destaca la valoración positiva sobre la incorporación del farmacéutico a las UC. La satisfacción global alcanza el resultado planificado, aunque en uno de los centros es inferior.

Contacto: Marta Calvin Lamas – mcallam@canalejo.org

C-084 LA ESCALA DE LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN: UNA APORTACIÓN METODOLÓGICA

Autores: Cuxart A, Aguado H, Murillo C, Cerdà I, Vargas C, Agustí E.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar cuáles son las consecuencias estadísticas del uso de distintas escalas de medida de satisfacción y sus dimensiones. Medir la ganancia en calidad de la correlación estimada al utilizar escalas de medida de tipo simétrico y de mayor número de categorías en relación a escalas asimétricas y de menor número de categorías.

MÉTODOS

Para ello, se ha diseñado una prueba piloto con una submuestra en un estudio sobre satisfacción dirigido a los usuarios de los servicios de atención primaria y atención hospitalaria. Esta encuesta ha sido realizada en el año 2006. Se ha seleccionado una submuestra de 161 usuarios de los servicios de atención primaria y 166 de los de atención hospitalaria. La encuesta contiene 27 preguntas, además de las relativas a las características socio-demográficas y de estado de salud de los encuestados. A los cuestionarios para los individuos seleccionados se les ha añadido un conjunto de 4 preguntas que son versiones distintas de algunas de las preguntas del cuestionario original. Estas 4 preguntas difieren, en relación con las originales, en la escala de medida utilizada. En un caso se ha usado una escala de 11 puntos (valoraciones de 1 al 10) y en los otros tres se han propuesto escalas de medida simétrica con 5 categorías. Para la comparación de las escalas se han obtenido las distribuciones de las respuestas de cada pregunta para el conjunto de personas que responden, y se ha calculado la correlación existente entre la variable que corresponde a las respuestas a la pregunta sobre la satisfacción global con una de las preguntas con escala de 5 categorías.

RESULTADOS

Los resultados no revelan diferencias significativas al utilizar la escala simétrica de 5 categorías en lugar de la escala asimétrica. Este resultado se da en todas las preguntas tanto para la muestra seleccionada entre los usuarios de los servicios de atención primaria como entre los de los centros hospitalarios. Se observa que el uso de escalas más finas (11 categorías con puntuaciones de 0 al 10, en lugar de 5 categorías) mejora la correlación observada. Esta constatación se observa tanto en la prueba piloto realizada con los usuarios de atención primaria como hospitalaria.

CONCLUSIONES

Desde un punto de vista puramente estadístico, los resultados de la prueba piloto confirman la preferencia por el uso de escalas con mayor número de categorías. La simetría de la escala no influye, en este caso, en los resultados obtenidos puesto que las categorías mejor valoradas siguen apareciendo con la misma frecuencia.

Contacto: Carles Murillo Fort – carles.murillo@upf.edu

C-085 SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO

Autores: Sanz-Cortés J, Santos A, Cañizares A, García LF, Peco C, Prado MG.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de las personas que trabajan en nuestros centros, además de su opinión sobre diferentes aspectos de la gestión, sus superiores, formación etc.

MÉTODOS

Encuesta estructurada tipo Likert, se plantean 48 preguntas además de los datos demográficos básicos manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes. Los datos se recogen y se tabulan en una base de datos Access, donde son depurados de errores. De aquí se exportan a Stata 9.0 donde se lleva a cabo la explotación estadística de los mismos. Se elabora una variable para valorar la satisfacción en base 10 que resulta fácilmente interpretable. Se comparan las medias de puntuaciones por medio de t de Student cuando se comparan dos grupos y por medio de ANOVA de un factor cuando la comparación es de más de dos grupos. Para la comparación de proporciones se emplea chi cuadrado.

RESULTADOS

Se recogen 541 encuestas, lo que supone una tasa de respuesta del 43,28%. Por niveles asistenciales, la participación es del 54% en Atención Primaria y del 37,33% en el Hospital. El resultado de la satisfacción general de los profesionales el 37,72% tiene un grado de satisfacción alto o muy alto, y el 37,15% ni alto ni bajo. Por niveles asistenciales el 37,57% de los profesionales de primaria tienen satisfacción alta o muy alta, en el hospital este dato es del 38,69%. La diferencia no alcanza significación estadística. El estudio de esta variable según los turnos de trabajo sí tiene significación estadística (p = 0,0004) 43,56% en turno de mañana, 9,57 % en el de tarde y 31,58% en otros. Utilizando una escala en base 10 se obtienen los siguientes resultados: Total: 5,24, en Atención primaria: 5,27, Hospital: 5,33, Mujeres: 5,33, Hombres: 5,28, Turnos: Mañana: 5,53, Tarde: 5,03, Otros: 4,98. Con diferencias significativas entre mañana y tarde y entre mañana y otros.

CONCLUSIONES

Esta es la primera encuesta de satisfacción que se lleva a cabo en nuestros centros de trabajo. Nos permite conocer cuál es la situación actual de nuestros trabajadores en cuanto a su situación laboral. A partir de aquí podremos por medio de sucesivas encuestas valorar la evolución de la satisfacción. La tasa de respuesta nos parece aceptable, especialmente en atención primaria. Los resultados de satisfacción tienen importantes diferencias por turnos de trabajo, no existiendo las mismas en otras variables estudiadas.

Contacto: Juan Sanz Cortés – jsanzc@sescam.jccm.es

C-086 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA EN EL CLIMA LABORAL DE UN SERVICIO DE SALUD

Autores: Rodríguez-Cundín P, Navarro-Córdoba M, Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Alburquerque-Sánchez J, Llorca-Díaz J.

OBJETIVOS

Conocer la satisfacción de los profesionales sanitarios con el trabajo que desempeñan. Determinar factores asociados. Identificar puntos fuertes (PF) y áreas de mejora (AM) en relación a las personas de un servicio de salud.

MÉTODOS

Estudio de corte transversal mediante encuesta autocumplimentada aplicada a todos los profesionales de un servicio de salud. Para la evaluación del clima laboral se ha utilizado un cuestionario adaptado a los requisitos de modelo EFQM que explora todos los aspectos contenidos en los criterios 3 "Personas" y 7 "Resultados en las personas". Variable dependiente: alta satisfacción considerando como tal las puntuaciones iguales o superiores a 6 (p 75 de la distribución). Variables de exposición: "alta satisfacción" en cada dimensión, considerando que existe cada vez que se puntúa con 6 o más puntos todas las preguntas que la componen. Por último, trabajando con el porcentaje promedio en cada dimensión se han identificado áreas excelentes (aquellas con un promedio del 65% o más de profesionales satisfechos), fuertes (> = 50 - < 65%), con oportunidades de mejora (> = 35% - < 50%) y que requieren mejorar (< 35%). Análisis estadístico: como medida de fuerza de asociación se ha utilizado la OR y su IC 95%. Parar el ajuste por factores de confusión se ha utilizado el análisis de regresión logística.

RESULTADOS

La tasa de respuesta se situó en todas las gerencias por encima del 30%. Clasificando los resultados obtenidos en áreas de mejora, la relación jerárquica (dimensión mejor valorada con un % de satisfechos que oscila entre 68,7% y 39,8%), la promoción y desarrollo profesional y el clima laboral constituyen las tres áreas fuertes de nuestra organización, mientras que la retribución (dimensión peor valorada % de satisfechos entre 16,4% y 26,1%), la percepción de la dirección, la comunicación y la formación son nuestros 4 puntos débiles. Las dimensiones más fuertemente asociadas a la satisfacción global fueron en A. Primaria la retribución (OR = 12,7 IC 95% [5,5 - 29,8] y en asistencia especializada la percepción de la dirección (OR = 9,7 IC 95% [5,2 - 17,9]) y la promoción y el desarrollo (OR = 9,7 IC 95% [4,6 - 20,2]).

CONCLUSIONES

A nivel de las gerencias el análisis de la encuesta orienta como objetivo común hacia la mejora de la comunicación interna, incidiendo sobre este aspecto mejorarán otras dimensiones relacionadas como la percepción de la dirección. A nivel de servicio de salud hay que seguir avanzando en la mejora de la retribución de los profesionales como elemento incentivador.

Contacto: Trinidad Dierssen Sotos – tdierssen@dg.scsalud.es

C-087 EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS MEJORA DEL RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE SALUD

Autores: Robles-García M, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Navarro-Córdoba M, Alburque-Sánchez J, Llorca-Díaz J.

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de la puesta en marcha de proyectos para la mejora del reconocimiento de las personas sobre la percepción de esta dimensión por los profesionales de un servicio de salud. Identificar factores asociados a la percepción favorable del reconocimiento.

MÉTODOS

Estudio de corte transversal mediante encuesta autocumplimentada aplicada a todos los profesionales sanitarios de un servicio de salud. Variable dependiente a estudio: satisfacción con el reconocimiento medida como respuesta con 6 o más puntos (en una escala del 1 al 10) en cada una de las dos preguntas que valoran esta dimensión. Variable exposición a estudio: desarrollo de un Proyecto de Mejora del reconocimiento (PMR) tras la autoevaluación EFQM. Análisis estadístico: como medida de fuerza de asociación se ha utilizado la OR y su IC 95%. Parar el ajuste por factores de confusión se ha utilizado el análisis de regresión logística.

RESULTADOS

Durante el periodo 2005/2006 tres de las seis gerencias de nuestro servicio de salud desarrollaron proyectos de mejora del reconocimiento de las personas en el marco del modelo de excelencia EFQM, en octubre de 2006 se realizó una encuesta de clima laboral que entre otras dimensiones valoraba la satisfacción con el reconocimiento al trabajo realizado en el centro de trabajo. La percepción de esta dimensión (% de satisfechos) osciló entre el 13,4% y el 31,4%. Al analizar globalmente la percepción del reconocimiento en función del desarrollo de un PMR se observa que las tres gerencias que lo realizaron presentaron globalmente un 29,8% de satisfechos con esta dimensión frente al 17,8% del resto. El desarrollo de un PMR prácticamente duplicó la probabilidad de estar satisfecho con esta dimensión OR = 1,99 [1,38-2,88] tras el análisis ajustado. No se encontró relación significativa con otras variables (edad, sexo, mando, etc.), excepto con la puntuación otorgada a la satisfacción global que duplicó la satisfacción con el reconocimiento por cada punto de aumento.

CONCLUSIONES

El desarrollo de proyectos reglados de mejora del reconocimiento en la organización sanitaria incide de forma eficaz en la percepción de esta dimensión por parte de los profesionales sanitarios.

Contacto: Trinidad Dierssen Sotos – tdierssen@dg.scsalud.es

C-088 ¿POR QUÉ NADIE ME CONTESTA LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN?

Autores: Ruiz-Álvarez E, Colina-Alonso A, Valverde-Citores RM, Jauregui-Celaya MF, Aguirre-Alberdi L, Landaluce-Lauzurica JI.

OBJETIVO

Conocer las razones que motivan la disminución en la participación de la encuesta de satisfacción de personas en un hospital comarcal y actuar para mejorarla.

MÉTODO

Mediante un grupo focal multidisciplinar constituido por profesionales sin responsabilidad directa sobre otras personas se pretende conocer por qué ha disminuido la participación en la encuesta de personas cuya participación fue creciendo hasta llegar a un 60% en 2003 produciéndose un descenso de un 20% en el 2006.

RESULTADOS

Las razones recogidas por el grupo focal son: dificultad para rellenar la encuesta por ser farragosa, repetitiva y difícil de entender; –no se comprende claramente cuáles son las razones que justifican la realización de una encuesta cuando muchos de los aspectos por los que se pregunta no obtienen mejora a pesar del tiempo; –no se comprende claramente la finalidad que persigue la encuesta (¿mejorar el clima laboral o facilitar la estrategia del hospital para conseguir reconocimientos?); –problemas derivados de la logística en la entrega y recogida de la encuesta (deben ser los mandos intermedios y no sólo las direcciones las que asuman que por ser una herramienta tan importante deben de participar en su difusión y evaluación); –la encuesta te dirige casi siempre a ubicarte en un término medio (ni bueno ni malo) por lo que los resultados son poco significativos y no permiten definir acciones que sirvan efectivamente para la mejora; –elementos externos y circunstanciales (la Oferta Pública de Empleo) que han distraído el interés por una encuesta de estas características.

CONCLUSIONES

Pese a que el grupo focal reconoce la utilidad y la garantía de confidencialidad de la información que recoge una encuesta de satisfacción deben de explorarse nuevas fórmulas de captación de la percepción de los profesionales alternativos a la encuesta tradicional: –muestreo aleatorio y reducido, –implicación de los mandos intermedios en la difusión y recepción de las encuestas, –utilización de reuniones de cumplimentación de encuesta en caso de querer captar una amplia mayoría de profesionales.

Contacto: Esteban Ruiz Álvarez – esteban.ruizalvarez@osakidetza.net

Mesa 11

VOZ DEL PACIENTE 1

C-089 – C-096

C-089 NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Lebrón-Carmona J, González-Vázquez J, López-Fernández MP, Macías-Rodríguez C.

OBJETIVOS
Conocer la valoración que hacen los familiares de: 1) Los recursos humanos y materiales que el hospital pone a su disposición. 2) Las normas de visita en la Unidad de Cuidados Críticos. 3) La información, el trato y la accesibilidad, del personal de la Unidad.

MÉTODO I DISEÑO
Estudio observacional transversal. Ámbito: Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Virgen Macarena. Sujetos: 268 familiares de pacientes que cumplían los criterios de inclusión del protocolo, en las que 58,6% son mujeres; la edad media es 45,7 años (DT = 13,27). Por último, el 35,1% son hijo/a del paciente y el 27,6% cónyuge. Material: para la recogida información se ha utilizado una encuesta en base a la bibliografía consultada (Molter 1979, Wilkinson 1995 y Mendonca 1998).

RESULTADOS
Identificación de necesidades: 76,1% califica la sala de espera de incómoda. Sugieren añadir equipamiento más confortable. El 66,5% consideran muy corto el tiempo de visita. Más del 50% solicitan el cambio de la visita de las 7 h. –Valoración de la atención recibida: el 90,7% comprenden la información recibida del médico. El 82,5% afirma haber recibido y comprendido información enfermera. A los profesionales que mejor identifican son médicos (68,7%) y enfermería (48,5%). La media de satisfacción alcanzada por la atención recibida por enfermería es de 8,36 (DT = 1,72), en una escala de 0 a 10. Análisis bivariado: el aplicar el test Anova encontramos relaciones estadísticamente significativas, entre la satisfacción y la compresión de la información del médico y de enfermería sobre los cuidados, así como con la utilización de la sala de espera y con la accesibilidad al personal de la Unidad. En el análisis de correlación se observa relación entre la satisfacción y el trato que reciben los familiares ($r = 0,51$ médicos, $r = 0,46$ enfermería, para $p < 0,01$).

DISCUSIÓN
Las necesidades principales de los familiares pasan por aumentar el tiempo de visita y estar más cerca del paciente, cambiar la primera visita de las 7 h. y mejorar la confortabilidad y el mobiliario de la sala de espera. –Proporcionar una información real, veraz y entendible, tanto por parte de los médicos como de enfermería, aumenta la satisfacción de los familiares. –Mejorar el trato que se presta a los familiares y aumentar la facilidad de acceso a los profesionales, fuera del horario de visitas, son aspectos importantes que aumentan la satisfacción de los familiares, dando respuesta a sus necesidades de seguridad e información.

Contacto: Francisca Llamas Sánchez – flls81@hotmail.com

C-090 DIETAS A LA CARTA, IMPORTANCIA Y DISFRUTE EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA

Autores: Martines-Morelló M, Pena-Espallargas L, Pedrola-Sánchez R, Piñero-Ramos D, Roca-Montagut A, Ten-Bartual I.

INTRODUCCIÓN
Nuestra unidad esta ubicada en un hospital Comarcal, cuenta con 38 camas con tres modalidades de ingreso: Larga Estancia, Convalecencia, y Cuidados Paliativos. Parte de los cuidados de enfermería de esta unidad, van dirigidos a mantener una correcta nutrición e hidratación de los pacientes ingresados teniendo en cuenta su patología de base, su estado físico, psíquico y emocional. Para dar respuesta a esta necesidad, el Equipo de Enfermería así como el resto de los miembros del Equipo interdisciplinario, valora y conoce la importancia del disfrute del placer de comer según los gustos y preferencia del cada uno de los pacientes ingresados.

OBJETIVO
Conocer la valoración que hacen los pacientes ingresados en la unidad de la posibilidad de escoger diariamente aquellos platos que les son más apetitosos, dentro de las limitaciones que sufren por su enfermedad de base o secuelas de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO
Se realizo una encuesta de satisfacción en la que se incluían los siguientes ítems: valoración especifica de tener cinco platos de primeros, cinco de segundo y cinco de postre; la variedad; la temperatura, la cantidad de comida, el sabor; la presentación y el formato de las hojas de selección. Dicha encuesta, fue pasada a aquellos enfermos o familiares que pudieran valorar de forma autónoma la mayoría de los ítem, quedando excluidos los pacientes con dieta triturada; dieta absoluta y aquellos con deterioro cognitivo que no estuvieran acompañados. La recogida de los datos fue realizada por una auxiliar de enfermería no habitual en el servicio, u en un periodo de un solo día.

RESULTADOS
Del total de pacientes ingresados en la unidad, únicamente el 65% de ellos fueron candidatos a ser encuestados. La edad media de los mismos, era entre 81 y 90 años, con una estancia media de ingreso superior a los 60 días. El 94,1% de los encuestados valoraron satisfactoriamente la variedad de los platos ofrecidos para poder escoger, el sabor de los mismos y su presentación. Este elevado grado de satisfacción disminuye en puntos como: la cantidad (un 11% cree que no es adecuado), la temperatura de los platos y el formato de las hojas de petición, en ambos casos un 18% cree que podría mejorarse.

CONCLUSIÓN
La valoración global que se observa al realizar el estudio es el elevado grado de satisfacción, que manifiestan los enfermos, de la posibilidad de escoger diariamente los platos que van a comer. Quedan de relieve áreas de mejora en las que será necesario trabajar.

Contacto: Magdalena Martínez Morelló – marmartin@grupsagessa.com

C-091 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Autores: Ochando García A (presenta la comunicación), Hernández-Meca ME, Royuela-García C, Lorenzo Martínez S, Paniagua F.

OBJETIVOS
Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad., así como su posible relación con el grado de satisfacción con los servicios sanitarios prestados en la unidad.

MÉTODO
Hospital de tercer nivel con una población de 550.00 habitantes en el área de nefrología. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal a todos los pacientes en hemodiálisis durante los meses de febrero y marzo de 2007 a quienes se administró el cuestionario SERVQUOS y el test Morisky-Green. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 14.0 para Windows. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad y se realizó un análisis de frecuencia y media de puntuación de las variables estudiadas. Para la correlación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Pearson.

RESULTADOS
Se estudiaron un total de 54 pacientes, de los que 47 respondieron a los cuestionarios, (tasa de respuesta 87,04%). El 62,8 % eran hombres y el 37,21% mujeres. La edad media era de 70,92 ± 14,56 años con un tiempo medio en técnica de 75,02 ± 63,65 meses. El Alpha de Cronbach de los datos recogidos obtuvo una puntuación de 0,98 para la adherencia y de 0,95 para la satisfacción. El 52,27% de los pacientes en hemodiálisis no tenían adherencia con el tratamiento farmacológico mientras que el 47,73% sí. La satisfacción media global obtuvo una puntuación de 3,33 (escala 1-4). No existe correlación entre la satisfacción media global de los pacientes en hemodiálisis estudiados y la adherencia al tratamiento en dichos pacientes (correlación de Pearson: -0,053). Del análisis del test Morisky-Green, vemos que las principales causas de no adhesión al régimen terapéutico son, que los pacientes dejan de tomar la medicación cuando les sienta mal (40%) y, un 17,4% se olvida, alguna vez, de tomar los medicamentos; sin embargo más del 95% de los pacientes toman la medicación a la hora indicada y no suspenden el tratamiento cuando se encuentran bien. No hemos encontrado correlación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y las variables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo, tiempo en técnica, …).

CONCLUSIONES
El 47,73% de los pacientes en hemodiálisis realizan una buena adherencia al régimen terapéutico. No existe correlación entre el grado de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Contacto: Antonio Ochando García – dectll@telefonica.net

C-092 ¿LAS PERSONAS DE MAYOR EDAD TIENEN PERCEPCIONES DIFERENTES DE LA SATISFACCIÓN EN EL USO DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD?

Autores: Murillo C, Aguado H, Vargas C, Cerdà I, Artigas M.

OBJETIVOS
Analizar la existencia de diferencias en la percepción de la satisfacción en el uso de los servicios sanitarios públicos por parte de la población según sus características socio-demográficas. Se trata de comprobar si existen diferencias en las percepciones en el uso de los servicios sanitarios por razón de la edad, género y nivel de estudios. Además, se trata de comparar la estabilidad en el tiempo de estos resultados.

MATERIAL Y MÉTODO
Los datos proceden de la información resultante de las encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios de atención primaria, hospitalaria y psiquiátrica y salud mental ambulatoria correspondientes a los años 2003 y 2006. De la información disponible se han seleccionado las respuestas correspondientes a las preguntas relativas a la satisfacción global y la intención de volver al mismo centro.

RESULTADOS
Tanto la satisfacción global como la intención a volver al mismo centro asistencial son mayores entre las personas de más edad, independientemente de la línea de servicio analizada. Las mujeres atendidas en los centros de atención primaria se manifiestan más satisfechas que los hombres. Entre los usuarios de los centros hospitalarios y en atención psiquiátrica y de salud mental ambulatoria esta regularidad se produce en sentido inverso, es decir que son los hombres los que se muestran más satisfechos que las mujeres. Las personas que declaran tener menor nivel de estudios son los que se manifiestan más satisfechos en el análisis de los usuarios en atención primaria. Los resultados son estables en el tiempo, una vez controlado el efecto de la distinta composición de las muestras.

CONCLUSIONES
La distinta percepción de la satisfacción de la atención recibida en los centros de salud, hospitales y centros de atención psiquiátrica y de salud mental ambulatoria en Cataluña muestra dos regularidades interesantes para el diseño y aplicación de los programas de calidad. En primer lugar, la satisfacción suele ser mayor en todos los frentes entre los hombres de mayor edad, con la salvedad del caso de las mujeres en atención primaria. Los de mayor nivel de estudios suelen ser los más críticos con la atención recibida.

Contacto: Carles Murillo Fort – carles.murillo@upf.edu

C-093 ¿TIENE RAZÓN EL PACIENTE DE QUEJARSE POR LA ESPERA?

Autores: Armada L, Cervera E, del Barco A, Devesa J.

OBJETIVOS
Establecer un sistema de medición de los tiempos de espera reales de los pacientes en los centros asistenciales, de forma que se pueda evidenciar la demora manifestada por los mismos a través de encuestas, reclamaciones y quejas. Mejorar los tiempos de espera de los pacientes a través de una adecuada citación a la visita.

MÉTODO
Se establece la Historia Clínica informatizada como elemento de registro y obtención de los tiempos de demora entre que el paciente llega al centro y hasta que es visitado. Para ello es necesario el cumplimiento del proceso de recepción, apertura de la historia clínica y control de la citación a través de la agenda. Para facilitar el cumplimiento del proceso se lanzó un manual de utilización del registro y control de los tiempos en Historia Clínica, que nos permitiría mejorar su registro y por tanto, fiabilizar resultados. Los tiempos obtenidos se han depurado siguiendo dos criterios que deben darse simultáneamente: 1) Casos con demora inferior a 60 min. 2) Centros con utilización del registro de la hora de entrada superior o igual a la media (cumplen adecuadamente el procedimiento de recepción del paciente). Paralelamente y como método de mejora de la demora a través de la adecuada citación de las visitas programadas, se realiza un análisis de la distribución horaria de las cargas asistenciales, estableciendo de forma sistemática el índice de correlación entre primeras y segundas visitas (programadas). Este índice de correlación facilitará la adecuada citación.

RESULTADOS
Se obtienen resultados de seis meses de evolución. Se viene observando un incremento en el número de reclamaciones y quejas de los pacientes por el motivo demora, significando ya el 19,52% del total. El incremento del cumplimiento del proceso de recepción y su registro en la Historia Clínica ha sido progresivo, situándose por encima del 60%. El porcentaje de centros sobre los que se obtienen datos fiables ha evolucionado desde un 37,4% a un 41,8%. La demora actual resultante del estudio se sitúa alrededor de los 25 minutos, habiendo mejorado en 5 minutos desde la implantación del sistema. Según el índice de correlación el 49,43% de los centros ha mejorado en la citación de pacientes por franjas horarias.

CONCLUSIONES
Se ha conseguido medir el tiempo real de espera de un paciente en atención primaria. Se obtiene una mejora en los tiempos de espera para la visita gracias a la implantación de un proceso de recepción y la adecuación en la citación de los pacientes.

Contacto: Leticia Armada Gómez – larmadag@mutuauniversal.net

C-094 ¿ES FIABLE Y VÁLIDA UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO MAYOR DE 7 AÑOS?

Autores: Sánchez-Bernal R, Urretxu-Reboiro L, De Miguel-Aguirre E, Estébanez-Carrillo M, Bacigalupe-Artacho L, Audícana-Uriarte A.

OBJETIVOS
1) Conocer la validez, reproducibilidad e interpretabilidad de las encuestas de satisfacción a pacientes con trastorno mental severo de larga evolución ingresados más de 7 años, valorando la coherencia en sus respuestas. 2) Conocer la satisfacción en todos los aspectos que afectan a su atención integral.

MÉTODOS I DISEÑO
Se ha realizado una encuesta *ad hoc* que contiene 40 preguntas sobre todas las dimensiones o áreas de cuidados de la atención 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). Técnica cualitativa: Entrevista en profundidad presencial, personal e individualizada con una duración entre 45 minutos y 1 hora. Muestra: El universo total de pacientes ingresados (37). Tipología: Valoración cliente e Información paciente.

RESULTADOS
1) Válidas y fiables 31 encuestas de las 37 realizadas (83,78%), 4 no válidas o no fiables por respuestas incoherentes o delirantes (10,81%), y 2 fue imposible realizarlas por negativa de los pacientes (5,41%). 2) Valoración global positiva en más del 80% de los encuestados, excepto en la no solicitud de opinión o consentimiento para las actividades en las que participaban (75% negativa). 3) 10% de los pacientes responden a veces que no recuerdan las cosas. 4) Lo más importancia para ellos es el reposo, la tranquilidad, enfermedades orgánicas, navidades, excursiones de 1 día y la buena comida, y lo menos, el alta –no quiere irse la mayoría–, ropa, y resto de pacientes de otras Unidades. 5) La puntuación media otorgada ha sido de 8,38 puntos sobre un máximo de 10.

CONCLUSIONES
La mayoría de los pacientes están capacitados para ser encuestados mediante entrevistas personalizadas, nunca por escrito ni telefónicamente. La encuesta ha resultado válida, fiable y es reproductible al permitir estabilizar el instrumento utilizado, y además ha detectado áreas de mejora, y ha posibilitado conocer como valoran los pacientes todos los objetivos de efectividad del proceso asistencial y los que se han establecido para garantizar su seguridad.

Contacto: Rafael Sánchez Bernal – rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

C-095 LA *ROAD MOVIE* DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA (III): "EL TRECHO DEL DICHO AL HECHO"

Autores: Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Muñoz-González JJ, Caboblanco-Muñoz M.

OBJETIVO
Comprobar la mejora esperada tras la intervención sistemática en un ciclo PDCA completo del procedimiento de gestión de quejas y reclamaciones y sugerencias (QRS) en Atención Primaria.

MÉTODO
Análisis observacional en un área sanitaria (850.000 hab). Fuente de análisis: formato oficial de reclamación (Rc), codificación por sistema i-TracK y procedimiento interno de gestión de QRS. Áreas de aplicación de las intervenciones de mejora: a) Cumplimiento de la norma reglamentaria (plazos de ejecución y respuesta). b) Indicadores clave del procedimiento QRS, centrado en los motivos de Rc principal con desagregación por unidad funcional y motivos priorizados. c) Simplificación de nodos críticos del circuito de QRS.

RESULTADO
Número de Rc/año 2006 evaluadas 3.408 a) Evolución del plazo de contestación Rc (frente a pacto): menor 15 días (20,78%, pacto 30%), entre 15-30 días (42,01%, pacto 65%), mayor de 30 días (37,21%, pacto 5%) (Objetivo no alcanzado) b) Disponibilidad de un cuadro de indicadores con información segmentada por motivo de Rc (I-track), por unidad de origen (centro salud y Área), por cuartiles, en valor absoluto y acumulado. (Objetivo alcanzado). c) Despliegue de información y difusión interna (Objetivo alcanzado según indicador): sesión de casos (previsto quincenal, resultado bimestral), seguimiento directivo (previsto quincenal, resultado quincenal –desde septiembre semanal–), informe a la Dirección (previsto trimestral, resultado 3 de 4) informe al Consejo de Gestión (previsto semestral, resultado anual). d) Resolución de puntos críticos del 2005 (Objetivo alcanzado): registro de valoración por detección de error o deficiencia, registro de control por Rc con información completa, estandarización de la plantilla de respuesta por Rc.

CONCLUSIÓN
El despliegue estructurado de las líneas de mejora no ha llegado a traducirse en un cumplimiento absoluto del pacto, si bien el recorrido de mejoras ha sido notable respecto de la situación de origen. La monitorización sistemática permite el control de calidad identificando áreas susceptibles de mejora. No obstante la bondad de la monitorización no asegura la optimización de los objetivos por sí misma. La concienciación del profesional resulta clave para la idoneidad de las intervenciones y la gestión de los servicios, especialmente en las áreas vinculadas con la atención al ciudadano.

Contacto: Juan Ferrándiz Santos – jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org

C-096 INCORPORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA EVALUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Autores: Oliveras M, Casaoliva D, Aguado H, Artigas M.

INTRODUCCIÓN
El Servicio Catalán de Salud (CatSalut) inicia en el año 2.000 el registro nominal de lista de espera quirúrgica (LEQ), que ha permitido conocer de la lista de espera para los distintos procedimientos y el tiempo promedio de espera en los hospitales de red pública Catalana. De todos es conocido el impacto que tiene el tiempo de espera en los distintos niveles sanitarios en la satisfacción de los usuarios del sistema. Es por ello, que sea ha querido conocer la percepción de los usuarios en LEQ en relación a este tema.

OBJETIVOS
Incorporar el concepto de la percepción de los usuarios en la evaluación de la lista de espera quirúrgica: conocer su percepción en relación al tiempo que han esperado para ser intervenidos. La correlación entre dicha percepción y el tiempo de espera según datos objetivos del registro. Conocer si dicha percepción es influenciada por la especialidad en la que se encuentran en LEQ.

MÉTODOS
Las fuentes utilizadas son: Resultados de la encuesta de satisfacción de los asegurados del CatSalut de hospitalización del año 2006 y registro de pacientes en LEQ Se han seleccionado los resultados de los encuestados diferenciando los que respondieron a la pregunta 24 del cuestionario. La pregunta filtro era: ¿Como valora el tiempo que esperó en lista de espera hasta su ingreso? Para alcanzar los objetivos se han cruzado con los datos en el registro de LEQ.

RESULTADOS
El total de pacientes encuestado fueron 4.971, de ellos respondieron a la pregunta filtro 24 2.550, se dispone de información en el registro de LEQ del 71,5%, de dicha muestra se han excluido 3,8% de los casos por ser duplicados. A continuación se expone los resultados comparando la percepción del paciente y el tiempo en LEQ < 6 m, 6-12 m, y >12 m (en %) Muy largo 9,3; 25,6; 53,1 Largo 12,8; 23,6; 15,4 Normal 35,9; 33,1; 25,4 Corto 26,8; 13,6; 4,6 Muy corto 13,9; 3,7; 1,5 NS / NC 1,3; 0,4; 0 Los resultados del posible impacto de la especialidad quirúrgica por la que están en LEQ se está realizando, se estará en disposición de presentarlos en el Congreso.

CONCLUSIONES
La percepción de los encuestados sobre el tiempo de permanencia en LEQ es considerado positivo en un 29,4%, normal en un 34,7% y negativo en 34,8%. Cruzar los datos con la variable de tiempo en LEQ, el patrón de respuesta es el esperado, aumentan las respuestas negativas en los que han esperado más tiempo. Destacar el porcentaje de pacientes que considera el tiempo de espera corto y muy corto cuando han estado más de 6 m esperando para ser intervenido.

Contacto: Montserrat Oliveras Gil – moliveras@catsalut.net

Mesa 12

SEGURIDAD DEL PACIENTE 1

C-097 – C-105

C-097 CONTROL DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Autores: Duro-Martínez AM, Aguado-Martín J, Sanz-Márquez S, Pérez-Encinas M.

OBJETIVO
Identificar y analizar los errores de medicación en las etapas de prescripción y transcripción de la cadena terapéutica para poder diseñar estrategias de prevención y mejora.

MÉTODO
Análisis retrospectivo de los errores de medicación detectados en el servicio de farmacia, en el periodo comprendido de enero a abril de 2007, de un hospital general de 450 camas con órdenes médicas informatizadas en la totalidad de los pacientes ingresados (Farmatools®) y prescripción electrónica en un 20% de las mismas. Se registraron en una base de datos diseñada a partir de la taxonomía española adaptada del NCCMERP, Ruiz-Jarabo 2000 del ISMP-España.

RESULTADOS
Durante el periodo analizado se han procesado las órdenes médicas correspondientes a 42.404 estancias que han generado 155.546 líneas de prescripción. Se detectaron un total de 76 errores de medicación. El 78% se originó en el proceso de prescripción y el 22% en el proceso de transcripción. Según la categoría de la gravedad, el 93% fue categoría B, según el tipo de error el 25% por dosis incorrecta, seguido por medicamento erróneo y la causa más frecuente fue por factores humanos. Las estrategias de prevención y mejora implantadas desde el área de farmacia fueron: intervenciones farmacéuticas evitando que los errores producidos (categoría B) alcanzasen al paciente (categoría C) y elaboración de un póster de administración de antibióticos, antifúngicos y antivirales. Desde la Comisión Clínica de Seguridad, elaboración de recomendaciones generales de prescripción y administración, puesta en marcha del sistema de identificación de pacientes y cursos de formación para fomentar una cultura de seguridad así como la implementación de una encuesta a profesionales y a pacientes sobre seguridad.

CONCLUSIONES
El análisis de los errores de medicación nos ha permitido conocer sus tipos y causas más comunes, para poder aplicar medidas correctoras. La informatización de la orden médica y del mapa de administración de enfermería puede contribuir a la baja tasa global encontrada de errores de medicación.

Contacto: Ana Maria Duro Martínez – amduro@fhalcorcon.es

C-098 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROCESO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA

Autores: Cantero D, Santamaría M, Pérez E, Vidal E, Oliver A, Ibáñez J.

OBJETIVOS
1) Crear una cultura de seguridad dentro del proceso; 2) Instaurar un sistema de declaración anónimo de eventos adversos y 3) Crear un grupo de trabajo formado en herramientas de gestión de riesgos capaz de analizar los eventos registrados y proponer mejoras.

MÉTODO
Para el objetivo 1, se realizaron tres sesiones de sensibilización con nociones generales entorno a la seguridad del paciente y se pasó una encuesta entorno a aspectos generales de seguridad en el proceso quirúrgico. Para el objetivo 2 se diseñó y se puso en funcionamiento un sistema de notificación anónimo de eventos mediante ficha normalizada y recogida en buzón. Para el objetivo 3, los autores crearon un grupo de trabajo que se formó en el uso de herramientas de gestión de riesgos, como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para el análisis prospectivo, y el Protocolo de Londres para el análisis retrospectivo de eventos.

RESULTADOS
Se realizaron las sesiones de sensibilización y se pasó una encuesta (tasa de respuesta del 60%) en la que el 100% de los que respondieron, creían que la aparición de problemas de seguridad, tiene que ver con factores que pueden favorecerlos, y sobre los que se puede actuar. El 81% refirió estar dispuesto a participar en la introducción de medidas de mejora de la seguridad, y el 29% señaló haber sido protagonista o haber visto algún incidente que podía haber sido notificado. En el sistema de notificación, se recogieron un total de 24 declaraciones durante 9 meses de pilotaje, el 54% de las cuales se clasificó como evento adverso. Un 75% de las declaraciones la realizaron médicos, un 17% DUE, y un 8% auxiliares de enfermería. El 75% de las declaraciones se refirieron fundamentalmente a 3 apartados: Errores en la identificación del paciente (25%), errores de medicación y errores en el cumplimiento del protocolo establecido (21% respectivamente). El grupo de trabajo, realizó un AMFE del proceso de intervención de hernia, como proceso representativo, detectándose como área prioritaria, asegurar el cumplimiento del protocolo de acogida y garantizar elementos de seguridad en las duchas de los pacientes. Así mismo realizó el análisis de un evento adverso grave, detectándose hasta 9 áreas de mejora.

CONCLUSIONES
Es necesario dotarse de sistemas de información y análisis de eventos adversos que posibiliten la puesta en marcha de barreras que garanticen la seguridad de nuestros pacientes. La experiencia piloto del proceso quirúrgico servirá de germen para el despliegue en toda nuestra organización.

Contacto: David Cantero González – DAVID.CANTEROGONZALEZ@osakidetza.net

C-099 SELECCIÓN DEL NIVEL DE LAS ALARMAS POR EL PERSONAL DE LAS UCI

Autores: Carrillo-Alcaraz A, Almaida-Fernández MB, Rabadán-Anta MT, Herrera-Romero T, Alonso-Tovar AR, Sánchez-Nieto JM.

OBJETIVOS
Analizar como es seleccionado, por médicos y enfermería, el nivel de las alarmas en monitores y ventiladores en las UCI.

MÉTODOS
Encuesta anónima de 20 ítems, con escala Lickert y 5 preguntas abiertas, distribuida al personal asistencial de las UCI. Se recogen variables demográficas, comprobación y programación de alarmas. En el caso de realizarse programación, ver si se realiza según cifras fijas de parámetros fisiológicos o si depende de los valores del paciente. Los resultados se expresan como número y porcentajes. La comparación entre variables se hace mediante prueba X^2 de Pearson o exacta de Fisher.

RESULTADOS
Se repartieron 45 encuestas. Cumplimentadas 40 (88%): 11 por médicos y 29 por enfermería. Sobre la comprobación de alarmas: 8 de los encuestados (20%) nunca/casi nunca comprueban las alarmas del monitor y 20 (50%) las del ventilador; 26 encuestados anulan algún tipo de alarma, sobre todo las de frecuencia respiratoria en monitor (52,5%) y las de volumen minuto máximo en ventilador (7,5%). Los médicos comprueban las alarmas del monitor siempre/casi siempre en el 18% de los casos y enfermería en el 48% (p = 0,138). Con respecto al ventilador: el 54% de los médicos comprueba las alarmas siempre/casi siempre y solo el 14% de enfermería (p = 0,015). Sobre la programación: la alarma de frecuencia cardíaca máxima y mínima fue programada mediante un número determinado en el 20% y el 30% respectivamente, y según el parámetro del paciente en el 60% para ambos tipos. La alarma de saturación de oxígeno máxima y mínima fue programada mediante un número determinado en el 40% en ambas alarmas y según el parámetro del paciente en el 17,5% en alarma máxima y en el 47,5% en mínima. La presión arterial máxima y mínima fue programada, en ambos casos, mediante un número determinado en el 25% de los casos y en el 50% según el parámetro del paciente. La alarma de presión pico máxima del ventilador se programó mediante un número determinado en el 37,5% y en el 20% según el parámetro del paciente. La alarma de volumen minuto máximo en el 37,5% mediante un número determinado y el 20% según el volumen del paciente. Finalmente, la alarma de frecuencia respiratoria del ventilador fue programada, tanto mediante un número determinado como según la frecuencia del paciente, en el 22,5% de los casos.

CONCLUSIONES
Existe una enorme variabilidad en la comprobación y programación de las alarmas, tanto del monitor como del ventilador, de los pacientes ingresados en las UCI. Los médicos suelen comprobar más las alarmas del ventilador y enfermería las del monitor.

Contacto: Andrés Carrillo Alcaraz – 968246333@telefonica.net

C-100 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores: Alcalde G, Corral E, Bacigalupe M, San Martín B, Ruiz de Ocenda E, Manzano A.

OBJETIVO
Implantar un sistema de notificación de acontecimientos adversos en un servicio de Cuidados Intensivos (entorno de alto riesgo) con experiencia en gestión de procesos.

METODOLOGÍA
En el seno de una iniciativa corporativa de Osakidetza, para la implantación de herramientas de gestión de riesgos adaptadas al ámbito asistencial, se diseñó un registro informático de notificación de eventos adversos y casi-incidentes voluntario, anónimo, abierto y accesible a todo el personal. Cada evento adverso cuenta con una serie de campos: fecha; hora; lugar; categoría profesional del notificante; descripción del incidente; gravedad y evolución posterior. Como campos opcionales se incluyeron: incidente evitable (sí/no), factores latentes; barreras que impidieron o mitigaron el incidente y una tipología del incidente.

RESULTADOS
Durante 4 meses se han notificado 41 efectos adversos, de los que 28 llegaron al paciente y 13 fueron casi incidentes. La mayor parte (33) se consideraron evitables. Fueron cumplimentados por: médico (21), DUE (7) y auxiliar (3). Respecto a la gravedad: 6 cursaron sin afectación, 9 con afectación mínima, 10 moderada y 1 grave. Respecto a la evolución: en 10 casos no hubo cambios, 7 casos requirieron tratamiento específico, 4 requirieron incremento en la monitorización y 3 soporte vital. Respecto al tipo de incidentes: las causas más frecuente fueron: equipos y dispositivos médicos (13), medicación (12), identificación del paciente (6), procedimientos terapéuticos (3), transporte (2) y otros (8). Un grupo de trabajo analizó cada notificación para realizar su clasificación definitiva y los efectos adversos que requerían actuaciones adicionales se gestionaron dentro del sistema de calidad según ISO 9001:2000. Como acciones derivadas del sistema de notificación destacan: la realización de nuevos protocolos (sedación y aseo), el cambio de proveedor en un envase de sueros y de ampollas de inotrópicos por parecidos en los envases de preparados diferentes y la revisión de la hoja de órdenes médicas.

CONCLUSIONES
Aunque un registro anónimo presente algunos inconvenientes (impide aportar datos a un caso cumplimentado y valorar incidencias), la implantación del sistema de notificación ha resultado una experiencia muy positiva para el Servicio de Medicina Intensiva debido a la gran implicación de todo el personal, el aprendizaje a partir de las experiencias notificadas, la difusión de la cultura de seguridad y el desarrollo de acciones concretas que aumentan la seguridad del paciente.

Contacto: Guillermo Alcalde Bezhold – guillermo.alcaldebezhold @osakidetza.net

C-101 EVALUACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD PERCIBIDO POR LOS PACIENTES TRAS 6 MESES DEL PROYECTO DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS

Autores: Blanco-Galán MA, Ortega-Peinado M, Val-Carrascón MI, Morilla-Bernal A, Cortés-Carmona J, Romero-Estudillo E.

OBJETIVO
Conocer la percepción que tienen los pacientes que ingresan en el hospital acerca del uso de la pulsera de identificación personal, así como el impacto producido en los mismos por las medidas adoptadas para la promoción del uso de dicha pulsera.

MÉTODOS
Fase I) En junio de 2006: formación de Grupo de Trabajo con enfermera responsable de atención al paciente y una enfermera por cada área del hospital que interviene en el proyecto, en total cuatro personas. Fase II) El 1 de julio de 2006: se inicia el proyecto de información y sensibilización a los pacientes y profesionales sobre el uso de pulseras identificativas, mediante información personalizada al ingreso hospitalario, desde la Unidad de Atención al Paciente, y justificación de uso de las mismas por las enfermeras de las Unidades de Hospitalización y Urgencias. Fase III) Reuniones grupales mensuales donde se informa de la evolución del proyecto en cada unidad: se revisa el plan de actuación tanto en urgencias como en pacientes hospitalizados y se diseña una encuesta de percepción de pacientes para pasar a los tres meses de puesta en marcha del proyecto. Se selecciona a los pacientes ingresados en dos unidades de hospitalización (Medicina Interna y Traumatología). Fase IV) En noviembre de 2006: distribución de una encuesta con respuesta dicotómica a nueve preguntas acerca de lo que representa el uso de la pulsera indentificativa para cada paciente. Fase V) En diciembre de 2006: evaluación de resultados.

RESULTADOS
1) Conoce la pulsera el 74,2%. 2) Conoce el porqué de la pulsera el 78% de los pacientes. 3) La consideran de utilidad el 82,8%. 4) Les resulta incomoda al 20%. 5) Les da seguridad al 91,4%. 6) Hace uso de ella el profesional que le atiende, 62,8%. 7) Se la suele quitar el 22,8%. 8) ¿Por qué? por aseo el 100%. 9) Ha pedido que se la pongan el 14,2%.

CONCLUSIONES
Desde la perspectiva del paciente el uso de la pulsera de identificación personal es considerado un método adecuado y justificado si se le informa adecuadamente de la utilidad de la misma para mejorar su seguridad.

Contacto: María Antonia Blanco Galán – ablanco@insalud.es

C-102 PLAN DE MEJORA PARA GARANTIZAR EL USO DE SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA

Autores: Puche G, Jabalera M, Nadal O, Planas MJ.

OBJETIVO
Asegurar la utilización de sistemas que permitan la identificación inequívoca de pacientes antes de proporcionarles algún servicio con el fin de aumentar su seguridad.

MÉTODO
Paso 1: Se analiza la situación de partida con la realización de cortes de prevalencia y análisis del estado de la identificación en el centro. Se informa de los resultados a los profesionales implicados. Paso 2: Se crean grupos de trabajo que han realizado las siguientes acciones: 1) revisión de los materiales utilizados y del circuito para la identificación, 2) análisis y definición de los sistemas alternativos y adecuados en áreas específicas, 3) edición del procedimiento operativo para la identificación adecuada de los pacientes y 4) diseño y realización de la campaña de información y sensibilización dirigida a profesionales, pacientes y familiares.

RESULTADOS
Los resultados iniciales evidenciaron un desigual seguimiento en la práctica de identificación entre las unidades/servicios, con un resultado global del 57,1% de pacientes correctamente identificados y que alcanzó el 70,9% en un corte posterior, tras la implantación de diversas acciones de mejora. Se han establecido sistemas de identificación alternativos a la pulsera en aquellas unidades en que era dificultoso aplicar la misma sistemática. Neonatos: datos de identificación en una tarjeta estandarizada en la parte externa de la incubadora e identificación con pulsera, cuando sea posible, y siempre que salga el paciente de la unidad. Psiquiatría: realización de una fotografía del paciente previo consentimiento informado y custodia de la imagen en formato digital. Urgencias: identificación de todos los pacientes en el servicio mediante una pulsera impresa. Se inicia una campaña de información y sensibilización que implica la utilización de diversos medios de comunicación. La eficacia de la misma se evaluará con los dados obtenidos en un nuevo corte de prevalencia planificado para el último trimestre del año.

CONCLUSIONES
Las acciones de mejora implantadas han sido efectivas ya que se ha constatado el incremento del número de pacientes correctamente identificados. En la línea de mejora continua, el establecimiento de sistemas de identificación alternativos a la pulsera y la realización de la campaña de información y sensibilización nos permitirán mejorar los resultados actuales y aproximarnos a nuestro objetivo del 100% de identificación.

Contacto: Guillermo Puche Rubio – gpuche@hsjdbcn.org

C-103 UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS (AMFE) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores: Alcalde G, Bacigalupe M, Corral E, San Martín B, Manzano A, Ruiz de Ocenda E.

OBJETIVO
Aplicación de las herramientas de gestión de riesgos (AMFE) al ámbito de la atención al paciente crítico.

METODOLOGÍA
Dentro de un proyecto multicéntrico para el desarrollo de herramientas de gestión de riesgos, que pudiesen adaptarse al ámbito asistencial, se creó en el Servicio de Medicina Intensiva un grupo multidisciplinar encargado del análisis de los eventos adversos declarados en un registro informático anónimo. A partir del análisis de los casi-incidentes, se seleccionó para realizar un AMFE el proceso del aseo por su implicación para todos los estamentos profesionales. La duración del proceso fue de tres sesiones de dos horas con 8 participantes de diferentes categorías profesionales.

RESULTADOS
Se dividió el proceso en 4 etapas diferentes (preparación del material, preparación del paciente, asignación del personal y realización del aseo). Para cada paso se analizaron los posibles fallos, sus posibles causas y los posibles efectos asociados al fallo. Mediante consenso se priorizó cada fallo mediante un índice que ponderaba la frecuencia, la posibilidad de detección y la gravedad, los fallos se priorizaron: 1) Movilización inadecuada; 2) Sedación previa insuficiente; 3) Asignación insuficiente de personal; 4) Postura inadecuada; 5) Interrupción de ventilación; 6) Interrupción de otras medidas de soporte; 7) Inadecuación de las alarmas; 8) Sedación previa excesiva. A continuación, para los fallos críticos más relevantes se analizaron las causas donde se puede actuar, el tipo de acción asociada (eliminar/controlar/aceptar), las posibles soluciones y se estableció un plan de acción con plazos, responsable e indicadores de la implantación. Las acciones planteadas más relevantes fueron: la modificación del protocolo del aseo y su posterior difusión, la modificación del protocolo de sedación y ventilación mecánica, la modificación de las órdenes médicas para incluir aspectos relacionados con el aseo y el cambio del sistema de asignación de personal para el aseo. La monitorización de la implantación se planteó mediante encuesta antes y después de la difusión de los protocolos y mediante la declaración de incidentes de seguridad.

CONCLUSIONES
El AMFE ha sido una herramienta útil para detectar posibles fallos relevantes en el proceso del aseo del paciente crítico, analizar a fondo el proceso y priorizar los posibles fallos y las acciones de mejora asociadas. La herramienta de notificación de casi-incidentes nos servirá en el futuro para seleccionar los AMFE que vaya realizando el grupo de seguridad del paciente del Servicio de Medicina Intensiva.

Contacto: Guillermo Alcalde Bezhold – guillermo.alcaldebezhold@osakidetza.net

C-104 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES. ESTRATEGIA DE MEJORA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Garcia MC, Vallverdú H, Moreno P, Corbella A, Sánchez A, Gavaldá M.

OBJETIVO
Implantar la correcta identificación de todos los pacientes atendidos en nuestro centro.

JUSTIFICACIÓN
La seguridad del paciente es uno de nuestros objetivos prioritarios en nuestra política de calidad. En 2006 se crea el comité de seguridad del paciente, una de nuestras líneas de trabajo principales es la correcta identificación del paciente.

MÉTODO
Se han hecho reuniones con todos los servicios médicos y personal de enfermería para trabajar la mejora de la identificación del paciente. El comité de seguridad del paciente ha elaborado una base de datos de seguridad del paciente como sistema de medida continua para la recogida de incidencias. Se han detectado dificultades en la correcta identificación de los pacientes críticos en el área de urgencias, tanto en los pacientes que quedaban ingresados como en los pacientes derivados a centros de referencia. Se ha implantado la colocación de pulsera identificativa de color azul en todos los pacientes clasificados como críticos. Referente a la identificación en el área de hospitalización, se ha implantado un sistema de detección de errores de identificación con notificación a los responsables de enfermería, se ha retirado el número de habitación de las etiquetas identificativas y se ha facilitado la impresión de etiquetas en todos los ordenadores del hospital. Para mejorar la identificación en el área de obstetricia se han implantado nuevas pulseras identificativas para la madre con número idéntico para cordón y talón del recién nacido.

RESULTADOS
Durante el año 2006 se han detectado 41 notificaciones de errores de identificación que no se han traducido en incidencias asistenciales. En el corte de prevalencia realizado, un 82% de los pacientes estaban correctamente identificados. De los 18 no identificados, en el 50% se ha detectado dificultades anatómicas para la correcta identificación.

CONCLUSIONES
La correcta identificación de pacientes presenta dificultades en el 25% de nuestra muestra, pensamos que hay que buscar nuevas formas de identificación para casos de pacientes de situaciones especiales: sujeciones, edemas, venoclisis. El 82% de los pacientes estaban bien identificados. Estos son los resultados obtenidos y estamos trabajando de forma conjunta en el estudio de nuevas formas de identificación en los casos no identificados.

Contacto: Maria Cristina García Fortea – acreditacio@hsantboi.es

C-105 PERCEPCION POR LOS PROFESIONALES DE LA UTILIDAD DEL PROYECTO DE IDENTIFICACION INEQUÍVOCA DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERAS

Autores: Blanco-Galán MA, Val-Carrascón MI, Ortega-Peinado M, Cortés-Carmona J, Morilla-Bernal A, Romero-Estudillo E.

OBJETIVO
Conocer el uso de la *Guía de identificación del paciente mediante pulsera* por diferentes colectivos profesionales, así como su opinión sobre idoneidad de las pulseras identificativas para la mejora de la operatividad en la identificación de pacientes.

MÉTODOS
Fase I) Formación de un grupo de trabajo con personal de enfermería, celadores, administrativos y un médico. Diseño de una encuesta con cuatro preguntas de respuesta dicotómica y dos más de respuesta abierta acerca de la operatividad de la *Guía de identificación de los pacientes*, el uso de la pulsera por los pacientes, y su valoración comparada con otros métodos de identificación vigentes antes de la introducción de la pulsera. Fase II) Selección de los profesionales que van a pasar la encuesta y del grupo de participantes en la cumplimentación de la misma: supervisores al personal de enfermería, jefe de celadores a su personal y secretaria de la unidad de docencia/calidad a los médicos. Periodo: del 2 al 12 de noviembre de 2006. Muestra: 147 profesionales implicados en el circuito de identificación del paciente, de los cuales 110 son personal de enfermería, 12 celadores y 25 médicos.

RESULTADOS
1) Conocen la *Guía de identificación del paciente mediante pulsera* el 69% del personal de enfermería, el 66% de celadores y el 36% de los médicos. 2) El 50% de los profesionales piensan que el paciente no está suficientemente sensibilizado por lo que habría que desarrollar otros métodos para conseguir la implicación del propio paciente. 3) Usan la pulsera para confirmar la identificación del paciente el 20% de los médicos encuestados, el 77% de las enfermeras y el 58% de los celadores. 4) Considera adecuado el método de identificación por pulsera el 90% del personal de enfermería, el 83% de los celadores y el 36% de los médicos.

CONCLUSIONES
1) Desde la perspectiva de los profesionales, es el personal de enfermería los que más conocen la *Guía de identificación del paciente mediante pulsera* (69%) y, como consecuencia, el uso de dicha pulsera para identificar al paciente está mucho más extendido en dicho personal (80%). 2) Aunque existe coincidencia en que la identificación mediante pulsera es un método correcto, los profesionales, fundamentalmente los médicos, sugieren otros métodos añadidos: identificación a pie de cama mediante cartel, comprobación mediante la historia clínica y su confirmación con el usuario y familiar.

Contacto: María Antonia Blanco Galán – ablanco@insalud.es

Mesa 13

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 2

C-106 – C-114

C-106 ¿HAY VARIABILIDAD EN LA DEMANDA INADECUADA EN CENTROS DE SALUD MENTAL SEGÚN CENTRO, SEXO, ORIGEN Y LUGAR DE RESIDENCIA?

Autores: Sánchez-Bernal R, Montejo-Gutierrez M, Estébanez-Carrillo M, De Miguel-Aguirre E, Murua-Navarro F, Urretxu-Reboiro L.

OBJETIVOS

1) Conocer el % real de todas las primeras consultas solicitadas a todos los Centros de Salud Mental (en adelante CSM) que son inadecuadas. 2) Determinar la asociación entre adecuación de la demanda y los distintos CSM y la variabilidad según sexo, residencia rural o urbana y remitente. 3) Conocer cuantos de los pacientes inadecuados han solicitado una segunda opinión.

MÉTODOS

Hipótesis: se partió de la hipótesis de que una parte importante de demanda de atención especializada en los CSM era inadecuada. Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se han evaluado 3.849 peticiones en el año 2006. Ámbito de actuación: 5 CSM de adultos y 1 CSM infanto-juvenil. Variables a estudio: Dependientes: se consideró no adecuada la demanda por uno de los 7 problemas consensuados por el 100% de los facultativos (mobbing, acoso moral o paro, pérdida o duelo no patológico, inmigración y sus consecuencias, soledad, 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). Independientes: centro de consulta, sexo, residencia y centro remitente, etc. Análisis estadístico: base de datos Access y SPSS.

RESULTADOS

1) El % de demanda inadecuada global por alguno de los 7 problemas consensuados ha sido del 16,73% (rango 11,76%-22,76%). 2) El % de inadecuación ha sido del 17,28% en casos nuevos (12,15%-23,61%) y del 15,74% en los reinicios (5,94%-21,43%). 3) Inadecuación en varones (38%) y en mujeres (62%). 4) Inadecuación pacientes que residen en núcleo rural (28%) y urbano (72%). 5) Inadecuación por derivación del médico de cabecera (54,35%), a petición propia (25,62%), por petición familiar (9,32%), hospital agudos sin servicio de psiquiatría (2,17%), hospital agudos con servicio de psiquiatría (1,40%), servicios sociales (1,55%). 6) Solo 1 paciente de los inadecuados ha solicitado una segunda opinión tras el alta (0,16%).

CONCLUSIONES

La hipótesis inicial se ha confirmado, ya que prácticamente 1 de cada 5 pacientes que acude a los CSM lo hace de forma inadecuada. El hecho de que solo el 0,16% de los pacientes haya solicitado una segunda opinión tras el alta, corrobora que los problemas consensuados como causa de inadecuación han sido muy idóneos. La patología del sufrimiento consustancial a la vida diaria, que se engloba en el grupo de los trastornos funcionales, constituye la base de la mayor parte de la demanda inadecuada que tenemos.

Contacto: Rafael Sánchez Bernal – rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

C-107 NO SÓLO DE DERECHOS VIVE EL HOMBRE. ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LOS DEBERES DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

Autores: Rodrigo I, Álvarez N.

OBJETIVO

Conocer la variabilidad en cuanto a deberes y obligaciones de los pacientes en las diferentes CC.AA y compararlas con los propuestos por otros organismos internacionales.

METODOLOGÍA

Estudio de la normativa legal básica así como la específica emitida por cada CC.AA. Análisis de contenido (mapeo cognitivo) de la legislación para establecer las dimensiones a estudio. Análisis de la variabilidad de los conceptos dentro de cada dimensión. Estudio de las propuestas emitidas por organismos internacionales.

RESULTADOS

Se observa poco desarrollo legislativo en materia de obligaciones en nuestro país. En cuanto al análisis conceptual, se aprecia un abanico de conceptos: deberes (genérico), obligaciones (deber específico), responsabilidades (componente ético) y recomendaciones (consejo). En el mapeo cognitivo se han obtenido 4 dimensiones diferentes: respeto, sostenibilidad del sistema, salud pública y deberes administrativos. Aunque hay obligaciones que la mayor parte de las CC.AA especifican de forma detallada (respeto a los profesionales, a las normas establecidas en cada centro sanitario…) se aprecia una importante variabilidad en la mayor parte de ellas (uso adecuado de urgencias, avisar por la no utilización de un servicio programado…). Esta variabilidad de obligaciones entre CC.AA contrasta con su escasa repercusión en la práctica. Algunos organismos internacionales, como la *American Medical Association*, establecen como responsabilidades de los pacientes aspectos tales como la participación en la formación médica (dejarse atender por estudiantes...), no manipular el sistema de donaciones establecidos, discutir sobre voluntades anticipadas (consideradas como un derecho en España), etc. que difieren de las legisladas en nuestro país.

CONCLUSIONES

Debería haber un desarrollo legislativo en materia de derechos pero también en materia de obligaciones. Este aspecto se ve obstaculizado por la dificultad de comprobar la "vulneración de las obligaciones". ¿Cuándo un paciente no ha dicho toda la verdad sobre su estado de salud, cuándo ha acudido a urgencias innecesariamente?, ¿hasta qué punto un paciente es responsable de sus hábitos de vida? También es problemático establecer "sanciones justas". Ante la ausencia de un paciente a una visita programada: ¿se le deniega el derecho al tratamiento?, ¿pasa al final de la lista?, ¿se cobra el precio de la prestación?, ¿se impone una multa? Quizás otra de las causas del escaso desarrollo en esta materia se deba a que las obligaciones "no venden".

Contacto: Isabel Rodrigo Rincón – mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

C-108 ¿HAY VARIABILIDAD EN DEMANDA INADECUADA DE SALUD MENTAL SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL CULTURAL Y MOTIVO DE CONSULTA?

Autores: Sánchez-Bernal R, Montejo-Gutierrez M, Estébanez-Carrillo M, De Miguel-Aguirre E, Zuazo-Arsuaga JI, Bacaigalupe-Artacho L.

OBJETIVOS

1) Conocer el % real de todas las primeras consultas solicitadas a todos los Centros de Salud Mental (en adelante CSM) que son inadecuadas, según edad, estado civil, nivel cultural y motivo de consulta ó derivación.

MÉTODOS

Hipótesis: se partió de la hipótesis de que una parte importante de demanda de atención especializada en los CSM era inadecuada en pacientes menores de 35 años, solteros, con nivel cultural medio-medio bajo, que referían un componente ansioso-depresivo, con problemas de pareja o familiares. Diseño: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se han evaluado 3.849 peticiones en el año 2006. Ámbito de actuación: 5 CSM de adultos y 1 CSM Infanto-Juvenil. Variables a estudio: Dependientes: se consideró no adecuada la demanda por uno de los 7 problemas consensuados por el 100% de los facultativos (mobbing, acoso moral o paro, pérdida o duelo no patológico, inmigración y sus consecuencias, soledad, 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). Independientes: edad, estado civil, nivel cultural y motivo de consulta. Análisis estadístico: base de datos Access y SPSS.

RESULTADOS

1) El mayor % de inadecuación por edad correspondió al grupo de 19-35 años (34%), seguido del grupo de 46-65 años (23%), luego de 36-45 años (20%), después de 4-18 años (15%) y, finalmente, los mayores de 65 años (8%). 2) Según estado civil, la inadecuación ha sido: solteros (38%), casados (37%), separados (10%), viudos (6%) y pareja estable (5%). 3) Por nivel cultural: medio (25%), bajo (17%), medio-bajo (11,80%) y nivel alto (5%). 4) Por motivo de consulta, las causas han sido la ansiedad (27%), depresión (16%), problemas de pareja (12%), problemas familiares (9%), problemas laborales (7%), alteraciones del comportamiento (5%), duelo (4%), problemas escolares (3%), problemas del sueño (2%), acoso laboral (1%), problemas sexuales (1%).

CONCLUSIONES

Las 4 hipótesis iniciales se han confirmado en los 4 supuestos, ya que en todas las variables el % de inadecuación ha correspondido a lo previsto por los clínicos. La patología del sufrimiento consustancial a la vida diaria, que se engloba en el grupo de los trastornos funcionales, sigue constituyendo la base de la práctica totalidad de la demanda inadecuada que tenemos.

Contacto: Rafael Sánchez Bernal – rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

C-109 UNIDADES DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO. ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA TUMORAL

Autores: Puig D, Muñoz F, Moran I, Sánchez JL, Moreno A, Miralbés S.

OBJETIVOS
El aumento de la demanda asistencial hospitalaria y las listas de espera en la atención especializada hacen difícil el diagnóstico rápido y precoz de la patología tumoral en los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), cuando no cumplen criterios de ingreso. La implementación de las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) de Medicina y de Cirugía, con prioridad en la realización de las pruebas de radiodiagnóstico y mayor accesibilidad a las consultas de atención especializada, ha propiciado un abordaje de la patología tumoral más dinámico. Nuestro objetivo es analizar el impacto de las UDR en la detección, diagnóstico y tratamiento de dicha patología.

MÉTODOS
Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional realizado en la Clínica USP-Palmaplanas, hospital de 140 camas, de ámbito urbano, analizando el manejo del total de pacientes con tumores atendidos en las UDR, donde fueron evaluados procedentes del SUH, desde abril de 2006 a mayo 2007. Se utilizaron los indicadores de actividad y calidad creados para dicho fin.

RESULTADOS
Total pacientes atendidos en las UDR 1.472, total pacientes con diagnóstico de patología tumoral 35, sexo (37% mujeres, 63% varones), edad (25-45 años 9%, 45-64 años 40%, > 64 años 51%), tipos de tumores diagnosticados (29% urológicos, 11% ginecológicos, 11% dermatológicos, 11% hematológicos, 9% pulmonares, 9% digestivos), tiempo de espera desde su atención en el SUH hasta valoración en las UDR (< 48h 41%, 2-4 días 36%, 5-7 días 21%, 8-10 días 2%), tiempo de espera desde atención inicial-final en las UDR (mismo día 17%, < 8 días 64%, 8-11 días 16%, 12-15 días 3%), tiempo de espera desde alta UDR hasta su atención para el abordaje terapéutico (< 48h en el 91%, 48-72h 7%), se cursaron 8 ingresos hospitalarios tras el diagnóstico desde las UDR.

CONCLUSIONES
Las UDR permiten agilizar el diagnóstico y tratamiento precoces de la patología tumoral, mejorando claramente la eficiencia y la seguridad en el manejo de la misma. Además supone una reducción en la estancia media hospitalaria por dicho motivo y, por consiguiente, en la carga emocional añadida para el paciente.

Contacto: Diego Puig Fortuny – mbobrador@hotmail.com

C-110 ¿PODEMOS MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA TELEFÓNICA PONIÉNDONOS EN LA "PIEL" DE CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS?

Autores: Zuazo M, Vitoria E, Marino A, Arenaza S, Gorostiaga J.

INTRODUCCIÓN
Llamar por teléfono al centro de salud para solicitar una cita y no recibir respuesta es una situación frecuente que tienen que soportar tanto usuarios, como los profesionales que tienen la dificultad de "ver" y gestionar sus dos realidades: colas en mostrador y la "virtual" espera de llamadas telefónicas. Para abordar esta área de mejora, recurrente en todas las organizaciones sanitarias y, en especial, en la Atención Primaria, se diseñó en el año 2006 un proyecto de mejora para la comarca Araba (encuadrado en un proyecto corporativo) que culminará, si el tiempo no lo impide, a finales de 2007.

OBJETIVOS
Objetivo general. Mejorar la accesibilidad telefónica de los centros de Atención Primaria de la comarca Araba, superando los estándares establecidos. **Objetivos específicos.** Aumentar la satisfacción de nuestros clientes con la accesibilidad telefónica; Aumentar la satisfacción de los profesionales de cita previa a través de la gestión de su trabajo, mayor información y de mejor calidad.

MÉTODO
Diseño del despliegue del proyecto: información a los agentes implicados; instalación equipamiento; adecuación de agendas y elaboración de manuales de procedimiento; formación de los agentes; reorganización de las áreas de atención al cliente (AAC).

RESULTADOS
1) Incidencias: técnicas, organizativas. 2) Informes: 83% de accesibilidad al inicio del proyecto a un 93,5% ya estabilizada en el pilotaje. 56,17% lunes de 8 a 9.30 h. y 93,5% estabilizado. 3) Áreas de mejora: diseño mensaje de espera y bienvenida, inicio de la jornada del personal del AAC, recogida de incidencias, propuestas, inexistencia de protocolo de contingencias. **Acciones de mejora**: 1) Cambio de horario de entrada en el AAC. 2) Rediseño del manual de procedimiento con protocolo de contingencia. 3) Rediseño del mensaje de espera y bienvenida. 4) Supervisión del sistema con las herramientas supervisor y *reporter*.

CONCLUSIONES
Todos los centros atienden mayor proporción de llamadas de usuarios de su centro. Las herramientas de supervisión satisfacen a los responsables y facilitan la gestión adecuándose a la realidad. Los resultados evidencian la mejora de la accesibilidad telefónica y, por tanto, se irá extendiendo el proyecto de manera paulatina al resto.

Contacto: M Mercedes Zuazo Onagoitia – benasperi@euskalnet.net

C-111 MESA DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Mejón R, Martínez-Ibáñez V, Armengol M, Lloret J, Solans P.

OBJETIVO
Agilizar, reorganizar y priorizar la programación quirúrgica de las tres áreas de un hospital de tercer nivel, con la finalidad de reducir las listas de espera quirúrgica y controlar las desprogramaciones. Dado el elevado número de pacientes que se intervienen diariamente en nuestro centro es básica su coordinación para mejorar la calidad de la asistencia prestada.

MATERIAL Y METODOS
La metodología empleada se basó en: La creación de una mesa de programación quirúrgica formada por un equipo multidisciplinar y multifuncional en las tres áreas del hospital: desde el año 2005-2006. Estas mesas de programación se reúnen semanalmente y han diseñado un circuito de programación, han creado normas de programación quirúrgica y se encargan de adecuar el programa quirúrgico a la disponibilidad del quirófano. Comprueban la información incluida en los documentos Q (diagnóstico, procedimiento, duración intervención, ingreso...) y revisan periódicamente la lista de espera quirúrgica.

RESULTADOS
La media de intervenciones diarias es de 123. Desde la puesta en marcha de estas mesas de programación quirúrgica se ha conseguido: Consolidar el trabajo en equipo en la programación quirúrgica, y así mejorar en la planificación y organización de las tareas. Unificación de criterios en las tres áreas. Disminución de la lista de espera de los procesos quirúrgicos en garantía. Monitorización informática del rendimiento quirúrgico. Registro sistematizado de las suspensiones quirúrgicas y sus motivos. Disminución de las suspensiones quirúrgicas por determinados motivos. Aumentar el rendimiento de los quirófanos (ocupación). Priorizar las intervenciones preferentes. Canalizar los esfuerzos dirigidos a la optimización de los recursos disponibles.

CONCLUSIONES
La mesa de programación quirúrgica aumenta la calidad percibida por el paciente y mejora la satisfacción de los facultativos, ayudando todo esto al cumplimiento de los objetivos del servicio. Gracias a la mesa de programación se han obtenido mejoras en: la gestión de los quirófanos; el aprovechamiento de las potencialidades de cada facultativo, atendiendo a su experiencia y expectativas; la hora de inicio y finalización de los quirófanos; disminución de intervenciones diferidas, con la consiguiente reducción de las estancias preoperatorias y estancia media; el circuito de los preoperatorios; la lista de espera quirúrgica de los procedimientos garantizados de las diferentes especialidades.

Contacto: Rosa Mejón Bergés – rmejon@vhebron.net

C-112 ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS Y ESTANCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL UTILIZANDO COMO HERRAMIENTA EL *APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL*

Autores: Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Alcaraz-Martínez J, Aguayo-Albasini JL.

OBJETIVO
Hemos realizado un estudio de la inadecuación de ingresos y estancias en todo el Hospital utilizando el protocolo *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) durante el año 2005 así como la identificación de las causas responsables de dicha inadecuación.

MÉTODOS
Se ha hecho un muestreo aleatorio proporcional al número de ingresos realizados por cada servicio clínico durante el año 2005. Se han seleccionado 725 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio. Se han seleccionado 3 observadores experimentados en la utilización del AEP. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 725 historias y el de inadecuación de estancia a 1.350 estancias. Se han estudiado las variables que pueden relacionarse con una mayor inadecuación del ingreso o la estancia. Utilizando el sistema de contabilidad analítica se ha calculado el coste estimado de la inadecuación.

RESULTADOS
La tasa de ingresos inadecuados es del 7,4% y la inadecuación de estancias del 24,6%. La causa identificada con mayor frecuencia (83,3%) responsable de los ingresos inadecuados es: pruebas diagnósticas que pueden realizarse en consultas externas. Las causas identificadas con mayor frecuencia responsables de la inadecuación de estancias son: procedimiento que puede realizarse como paciente externo (57,3%), seguida de actitud excesivamente conservadora del médico (35,4%). El servicio médico con mayor inadecuación de estancias es Cardiología con un 48,3% seguido de otras médicas 39,8%, Traumatología 27%, Medicina Interna 23,4%, Infecciosas 17,5%, Cirugía General 13,0% y Hematología 4,9% ($p < 0,001$). Los pacientes quirúrgicos tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 18,1% y los médicos del 28,3% ($p < 0,001$). Los pacientes con ubicación fuera de su unidad de enfermería (periféricos) tuvieron una inadecuación del 29,7% y los no periféricos del 21,8% ($p = 0,001$). Los pacientes más jóvenes tienen más probabilidad de tener estancia inadecuada que los de mayor edad. ($p = 0,037$). El coste aproximado mínimo global del Hospital de los ingresos y estancias inapropiadas en el 2005 es de 2.125.638 euros.

CONCLUSIONES
Comparando con estudios similares, existe una buena adecuación de ingreso hospitalario, aunque el porcentaje de inadecuación de estancias está dentro del rango de hospitales del mismo nivel. Estos datos pueden mejorarse implementando medidas que influyan positivamente y que impliquen tanto a la dirección del centro como a los profesionales.

Contacto: Víctor Soria Aledo – victoriano.soria@carm.es

C-113 PACIENTES Y COAGULACIÓN: ESTADO DE LA CUESTIÓN (1996-2006)

Autores: Vicente A, Aznar S, Yáñez F.

OBJETIVO

Identificación y síntesis cualitativa de los estudios que hayan examinado el autocontrol de la anticoagulación oral. Diseño. Revisión sistemática de las investigaciones realizadas entre 1996-2006. Principales medidas: características de los tests, medidas de efecto y resultados en los pacientes.

MÉTODOS

Identificación de los artículos publicados entre 1996-2006 en la base de datos electrónica Medline, usando como palabras clave: *anticoagulation therapy, patient self-testing, patient self-management, usual care*. Utilizando los siguientes limitadores: a) revistas: únicamente las pertenecientes a las *clinical core journal*, b) resúmenes disponibles en castellano, inglés y francés. Selección: 2 autores revisaron todos los abstracts y en función de su pertinencia se incorporaron al estudio.

RESULTADOS

Se identificaron 97 artículos, de los cuales se seleccionaron 42 que fueron analizados al detalle. De estos, 21 analizaban los posibles efectos adversos de la terapia anticoagulante en relación a la edad, al sexo, a las distintas comorbilidades (hipertensión, insuficiencia renal), frecuencia de realización de los tests y dosificación. Los otros 21 realizaban distintas comparaciones entre los modelos de manejo: *usual care, patient self-management y patient self-testing*; atendiendo a distintas variables como costes, tiempo en rango terapéutico y disminución de sucesos adversos.

CONCLUSIONES

El gran aumento del número de pacientes con terapia anticoagulante y la dificultad de su manejo ha permitido el desarrollo de diferentes modelos de prestación de cuidados, donde el acercamiento al propio paciente con la realización de las pruebas pertinentes permite reducir el número de efectos adversos y aumentar la frecuencia de las mismas con el consiguiente aumento de tiempo en rango terapéutico. Los estudios futuros deberían comparar estas aproximaciones con el actual "patrón oro" (entendido como cuidados habituales para esta terapia los que se den en la zona geográfica a analizar) en términos de control terapéutico y asegurar la óptima frecuencia de test así como identificar cuál es la estrategia más coste-efectiva. Se aprecia una mejoría de calidad metodológica de los artículos en los últimos 5 años y una mayor consistencia de los resultados en salud, sobre aquellos pacientes que se autocontrolan (menos eventos trombóticos y hemorrágicos). Se señala que los mejores resultados se obtienen en pacientes con mejor nivel cultural.

Contacto: Ángel Vicente Molinero – feliya@terra.es

C-114 EVALUACIÓN DEL GRADO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PRESTADA POR GRUPOS DE SEVERIDAD DIAGNÓSTICA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Autores: Estébanez-Carrillo M, Zuazo-Arsuaga JI, De Miguel-Aguirre E, Medrano-Albeniz J, Santander-Cartajena F, Bacigalupe-Artacho L.

OBJETIVOS

En el Centro de Salud Mental (CSM) de Gasteiz-Centro, perteneciente a salud mental extrahospitalaria de Álava, queríamos conocer qué tipología diagnóstica se estaba atendiendo; si nuestra atención en cuanto a número de consultas y tiempo de tratamiento era la idónea según la severidad de la enfermedad mental, dividiendo los trastornos mentales en no severos, severos así como la demanda inadecuada; y estudiar la calidad asistencial de los casos más severos en base a una serie de criterios.

METODOLOGÍA

Los psiquiatras del CSM agruparon todos los diagnósticos psiquiátricos de la codificación internacional de enfermedades CIE-10 del F 00 al F 79 en siete grandes grupos según la gravedad y la persistencia en el tiempo de sus síntomas. Por medio del programa de registros de casos psiquiátricos (RCP), establecido en Álava, pudimos reagrupar todos los pacientes activos del CSM en esos siete grupos y estudiarlos retrospectivamente.

RESULTADOS

Por medio del RCP hemos podido analizar diferentes indicadores que creemos adecuados al planteamiento de los objetivos. Estos indicadores han sido entre otros: el porcentaje de pacientes tratados según grupo diagnóstico; los porcentajes de consultas según los grupos de trastornos mentales severos o no severos; la carga de trabajo según el número de consultas utilizadas por los diferentes grupos diagnósticos; el tiempo de permanencia en el centro según el grupo diagnóstico. Por último hemos analizado más concretamente a los usuarios crónicos o persistentes de más de 18 meses de permanencia continuada en el centro.

CONCLUSIONES

Con este análisis hemos podido comprobar que el consumo de nuestros recursos está siendo bien dirigido hacia aquellos pacientes que presentan las patologías más severas y de mayor persistencia, pero a la vez nos ha permitido cuantificar los recursos empleados en la atención de otras patologías más banales y de esta forma poder organizar las agendas de trabajo más adecuadamente a las necesidades de atención de nuestros pacientes. Este estudio, en estos momentos, se está haciendo extensivo al resto de los CSM de adultos de Álava para así poder estudiar las semejanzas o disparidades con los datos obtenidos en Gasteiz-Centro y analizar las diferencias obtenidas.

Contacto: Mercedes Estébanez Carrillo
mercedes.estebanezcarrillo@osakidetza.net

Mesa 14

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 2

C-115 – C-122

C-115 AUTOEVALUACIÓN DE UN HOSPITAL UTILIZANDO EL MODELO DE ACREDITACIÓN CATALÁN (EFQM): PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Autores: Rebull-Fatsini J, Solà-Miravete E, Jové-Edo N, Cerdà-Calafat I, Castellà-Castellà M, Grau-Àvila A.

OBJETIVO

Describir las estrategias, métodos y participación de los profesionales en el proceso de la evaluación interna de la acreditación hospitalaria, basado en el modelo EFQM. Comunicar los resultados obtenidos en la autoevaluación con dicho modelo.

METODOLOGÍA

Se utilizó para la autoevaluación el manual de acreditación (hospitales de agudos de Cataluña), que consta de 531 estándares esenciales distribuidos en 9 criterios y 74 agrupadores conceptuales, cada estándar se puntúa de 0-4. Para el despliegue e implementación de la autoevaluación se creó un comité de la acreditación (2 directivos, 3 personas de la unidad de calidad y un asesor externo). Se creó una agenda y cronograma a seguir para la autoevaluación. Se organizaron sesiones de trabajo según temática: atención al cliente, hospitalización, logística, etc., de una hora y media de duración y con la participación de los profesionales implicados en cada área. A cada agrupador conceptual se le asignó un responsable/dirección. Se realizó un primer análisis de la situación, detectándose acciones de mejora a corto plazo (2 meses) según la puntuación obtenida, se asignó un responsable y se realizó la autoevaluación. Para el seguimiento y análisis de la situación se utilizó una base de datos (Excel): responsable del estándar, puntuación obtenida, acciones a emprender en la mejora y evidencias disponibles.

RESULTADOS

Se realizaron 17 reuniones de trabajo en el análisis de la situación y 10 en la autoevaluación. El total de profesionales que participaron fue de 70: 6 directivos, 26 médicos, 19 enfermeras, 11 administrativos, 8 de servicios centrales y otros. Se realizaron 10 sesiones formativas sobre acreditación y modelo EFQM. En la primera autoevaluación se obtuvo un 65% (345 de los 531 estándares evaluados obtuvieron 3 ó 4 de puntuación y cumplían el criterio evaluado). La puntuación por criterios fue: liderazgo 61,4%, política y estrategia 59,2%, personas 60,1%, alianzas y recursos 58,1%, procesos 63,8%, resultados en los clientes 83,3%, resultados en las personas 83,3%, resultados en la sociedad 56%, resultados clave 59,5%.

CONCLUSIONES

La primera autoevaluación ha sido para detectar las áreas de excelencia y las de mejora y así priorizar las acciones a emprender, integrándolas en el plan de calidad y conseguir una asistencia de más calidad, adaptando la filosofía del modelo como forma de trabajo en el centro. Pendientes de realizar una última autoevaluación (objetivo 80-90%) antes de solicitar la avaluación externa.

Contacto: Josep Rebull Fatsini – njove.htvc.ics@gencat.net

C-116 CARTAS DE SERVICIOS: QUÉ SON Y CÓMO ELABORARLAS

Autores: Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Guilabert M.

OBJETIVOS
Por un lado, establecer los elementos básicos que deben formar parte de una carta de servicios. Y, por otro, desarrollar una herramienta que permita de manera sencilla y cómoda la elaboración y gestión de cartas de servicio.

METODOLOGÍA
Para determinar los elementos que conforman una carta de servicios se realizaron entrevistas estructuradas a 7 directivos y líderes de organizaciones que tuviesen experiencia en implantar cartas de servicio. Las entrevistas se llevaron a cabo a lo largo del mes de junio de 2006 en sus propias organizaciones. A partir de estos resultados se diseñaron los contenidos de un portal web, a través del cual se puede ir creando, paso a paso, la carta de servicios de un determinado servicio. A través de esta herramienta el usuario, a la vez que aprende cómo se realiza su carta de servicio, puede ir realizándola *in situ*.

RESULTADOS
Se presentará la herramienta tal como quedo configurada. La plataforma web contiene los siguientes elementos: ¿el por qué?, la justificación de la importancia de elaborar una carta como compromiso con la sociedad; ¿el cómo se realiza?, apartado en el que se describen los contenidos que debemos reseñar, las responsabilidades y funciones, y directrices generales acerca de cómo confeccionarla; ¿qué incluye?, la herramienta da la opción de ir, paso a paso, introduciendo todos los elementos definitorios de una carta para que, al terminar de cumplimentar estos apartados, se pueda ver terminada la carta de servicios; ésta carta muestra tal como ha quedado configurada la información que cada uno ha ido introduciendo.

CONCLUSIONES
Consideramos que hemos desarrollado una herramienta fácil de manejar, que no necesita de conocimientos previos ya que éstos se ofrecen junto a esta herramienta, y cómoda ya que al ser *on-line* no es necesario desplazarse para confeccionar cada carta de servicios.

Contacto: José Joaquín Mira Solves – jose.mira@umh.es

C-117 LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Autores: Oller H, Benrimoj SI, Fernández-Llimos F.

INTRODUCCIÓN
El diseño y posterior implantación de un sistema para la gestión de la calidad se ve influenciado por distintos factores, tales como: los objetivos planteados, los servicios ofrecidos, los recursos disponibles y la estructura de la organización. El objetivo de una organización es, por un lado, identificar las necesidades y expectaciones del cliente final y otros decisores y, por el otro lado, conseguir, mantener y mejorar la competencia de sus profesionales. La oficina de farmacia es una organización que tiene como objetivo principal la provisión de servicios sanitarios.

OBJETIVO
Explorar el concepto de calidad y los recursos necesarios para la implantación de un sello de calidad en la farmacia comunitaria.

DISEÑO Y MÉTODO
Estudio cualitativo mediante el análisis de entrevistas en profundidad, realizadas a una muestra de conveniencia de farmacéuticos comunitarios, mediante una guía *ad hoc*.

RESULTADOS
Esta aproximación cualitativa nos permitió conocer lo que los farmacéuticos comunitarios entienden por calidad, así como los recursos necesarios en términos de recursos humanos, formación, infraestructura y tecnología requeridos para la implantación de un sistema de gestión de la calidad en la oficina de farmacia. De esta manera, se identificaron puntos clave como: la motivación de los equipos de trabajo de las distintas oficinas de farmacia y la formación necesaria de los mismos. En relación a la estructura necesaria destacaron una definición común de los procesos o la necesidad de definir indicadores comunes.

CONCLUSIÓN
Los resultados de esta investigación son claves para el diseño de un sello de calidad propio para la oficina de farmacia, orientado tanto a la gestión interna de los distintos procesos clave, así como a la provisión de servicios cognitivos.

Contacto: Helena Oller Dolcet – helenoller@ub.edu

C-118 IMPACTO DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA SOBRE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN EFQM EN UN SERVICIO DE SALUD

Autores: Robles García M, Rodríguez Cundín P, Dierssen Sotos T, Lois Camara F, Díaz Rubia A.

OBJETIVOS
Identificar el impacto sobre los resultados de la autoevaluación EFQM del desarrollo de proyectos de mejora en la organización.

MÉTODOS
Se realiza una comparación pre-post de los resultados de la autoevaluación EFQM en cada una de las 6 gerencias de un servicio de salud, identificando la repercusión sobre los resultados tanto globales como sobre criterios y subcriterios del modelo del desarrollo de proyectos de mejora. Para reducir la variabilidad individual la segunda autoevaluación se ha desarrollado por los mismos equipos o equipos con pequeñas variaciones.

RESULTADOS
Entre los años 2004 y 2005 se realizaron autoevaluaciones validadas por un licenciatario del modelo en las 6 gerencias de nuestro servicio de salud. Las puntuaciones obtenidas oscilaron entre 231 y 308 puntos. Las áreas priorizadas para el desarrollo de proyectos de mejora fueron: el reconocimiento de las personas (en 3 gerencias), la misión, visión y valores (en 3 gerencias), establecer una metodología para definir y documentar procesos (en 6) y definir un proceso estructurado de recogida de información relevante de todos los grupos de interés (en 5). El desarrollo de los proyectos fue evaluado positivamente por un validador externo a la organización y permitió la obtención del sello de excelencia en todas las gerencias. Entre los años 2006 y 2007 se ha repetido la autoevaluación con los siguientes resultados: en todas las gerencias mejoró la puntuación en la segunda autoevaluación, en 4 de ellas más de un 20%. Al analizar el impacto sobre los criterios en los que se desarrolló algún proyecto de mejora, los mejores resultados se obtuvieron en los criterios de resultados en las personas (mejora media de 9,7 puntos), liderazgo (mejora de 7,2 puntos) y procesos (mejora de 6 puntos).

CONCLUSIONES
El desarrollo de proyectos de mejora siguiendo el esquema REDER incide directamente en la percepción de mejoras y se traduce en aumentos de la puntuación en la autoevaluación, que se circunscriben al criterio afectado.

Contacto: Mónica Robles García – mrobles@dg.scsalud.es

C-119 CÓMO MEJORAR LA ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

Autores: Ruiz-Romero V, Expósito S, Hurtado A, Maqueda A.

OBJETIVOS
Evaluar la calidad de la cumplimentación de las solicitudes de acreditación de actividades de formación continuada, para detectar áreas de mejora que permitan, en futuras solicitudes, incrementar el componente cualitativo y aumentar los créditos asignados.

MÉTODOS
Se evalúan las solicitudes presentadas hasta julio de 2006 (17 actividades) por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, a través del programa ME_jora F. Se realiza una evaluación cuantitativa en Excel y otra cualitativa, destacando los aspectos mejor valorados y los susceptibles de mejora. Se elabora una guía para optimizar la cumplimentación de las solicitudes y un informe de evaluación de resultados. Se imparte un taller formativo a los profesionales. Se revisan todas las solicitudes desde el Servicio de Calidad. Se evalúan las actividades de diciembre de 2006 a marzo de 2007 (8 actividades) y se comparan las medias del componente cualitativo en ambos periodos.

RESULTADOS
Se observa una notable mejora en la valoración de las actividades formativas del segundo periodo. Cada una de las 8 actividades evaluadas obtiene un valor para el componente cualitativo que supera el promedio del primer periodo (1,24, el 44,28% del valor máximo alcanzable, que es 2,8), el promedio del segundo periodo ha sido de 2,14 (el 76,56% del máximo). Además, aumenta la media obtenida en cada uno de los apartados del componente cualitativo del segundo periodo. Teniendo en cuenta que los valores posibles van de 0,0 a 0,4, los resultados conseguidos han sido: en "objetivos" se obtiene una media de 0,34 (85% del máximo alcanzable) frente al 0,28 (70%) del primer periodo; en "organización y logística" se obtiene de media 0,3 (75%) frente al 0,2 (50%) del periodo anterior; en "pertinencia" se pasa del 0,15 (37,5%) al 0,29 (72,5%); en "metodología" del 0,17 (42,5%) al 0,31 (77,5%) y en "evaluación" del 0,19 (47,5%) al 0,30 (75%).

CONCLUSIONES
La mejora en las calificaciones de las últimas actividades formativas, ha aumentado la valoración media del total de solicitudes con respecto a la obtenida en julio de 2006, pasando de 1,24 (44,64% del valor máximo) a 1,53 (54,64%). Los mayores incrementos se han producido en "pertinencia" y "metodología" (35% en ambas), seguidos de la "evaluación" (27,5%), que son los apartados con mayor peso en la valoración. Para próximas solicitudes de acreditación se recomienda: seguir la guía y leer los informes, ajustándose a los criterios indicados, y solicitar la revisión antes de cerrarla, ya que todo esto mejora sensiblemente los resultados.

Contacto: Victoria Ruiz Romero – vruiz@aljarafe.sjd.es

C-120 CERTIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE IMÁGENES DIGITALES EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Ecscudero E, González P, Velasco R, Muñoz P, Pla G, Garrido M.

OBJETIVO
Presentar el proceso de implantación y de certificación de un sistema de gestión de imágenes digitalizadas en el Hospital de La Fuenfría.

MÉTODO
Para la puesta en marcha de este sistema, se precisó de un proveedor de tecnología, un coordinador del área de Dirección y un informático. El procedimiento lo elaboró un grupo de mejora multidisciplinar. Una vez que el médico detecta la necesidad de la exploración radiológica/ecográfica, solicita la prueba, cumplimentando un modelo normalizado. Se indica el tipo del soporte deseado: analógico o digital. El Técnico Especialista (TER) recoge las solicitudes y las registra en el sistema digital de radiodiagnóstico (CR). Tras la realización de cada placa, el TER selecciona la radiografía realizada en la pantalla del CR. Cuando la calidad de la imagen es deficiente, se borra y se reinicia el proceso; cuando la imagen es de calidad suficiente, se almacena en el PACS (sistema de archivo y comunicación de imágenes en formato DICOM). El acceso del médico a las imágenes almacenadas en el PACS se realiza mediante PC a través de una clave facilitada acorde al procedimiento "Gestión de claves", y el sistema muestra un listado con el nombre de los usuarios y núm. de historia clínica, que permite acceder al estudio deseado para su visualización en pantalla radiológica. Cuando el médico estima necesaria la valoración por un radiólogo consultor puede acceder mediante lo establecido en el procedimiento de telemedicina.

RESULTADOS
Con una inversión de 150.000 euros en el sistema, se ha puesto en marcha una herramienta que disminuye tiempos de espera, aumenta posibilidades diagnósticas por la calidad de la imagen; además, ahorra costes en placas, horas/hombre, espacio en archivos, etc. Asimismo se ha impulsado la adaptación a nuevas tecnologías de información y comunicación. En mayo el Hospital ha certificado el proceso en el contexto ISO 9001-2000.

CONCLUSIÓN
Estas técnicas de imagen suponen una mejora en prestación del servicio en términos de calidad asistencial. Constituyen una gran herramienta para el profesional sanitario. La participación de los profesionales en el diseño, implantación del sistema y en la certificación del proceso ha supuesto minorizar la resistencia al cambio, y ha sido menor del 10% el número de profesionales que no lo usan en su actividad ordinaria. Resulta imprescindible su implantación para exportar imágenes según lo establecido en el Procedimiento de Telemedicina.

Contacto: Elena Escudero Álvarez – gerent.hlff@salud.madrid.org

C-121 IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Velasco R, González J, González P, Escudero E, Carricondo F, Garrido M.

OBJETIVO
Descripción del procedimiento de diseño, implantación y certificación de un sistema de telemedicina en el Hospital de La Fuenfría, según la NORMA-UNE-EN-ISO-9001:2000.

MÉTODOS
El ámbito de aplicación del procedimiento se realizó entre el Hospital de La Fuenfría, considerado de media-larga estancia y el hospital de referencia, en nuestro caso Hospital Clínico San Carlos. El beneficio de la implantación del sistema de telemedicina en el Hospital de La Fuenfría era evitar desplazamientos de los pacientes ingresados en nuestro hospital (situado a más de 50 km del Hospital de referencia), para seguimiento o control de sus patologías en el hospital de referencia, confirmación de diagnósticos de patologías diferentes a la causa del ingreso y formación continua de sus profesionales. El mecanismo de implantación se inició en el mes de noviembre de 2006, creando un grupo de mejora dedicado al establecimiento, desarrollo, seguimiento y evaluación del sistema de telemedicina. El grupo creado era multidisciplinar, formado por un coordinador general encargado del estudio y gestión de flujos de procesos, un técnico en telecomunicaciones para la supervisión técnica, un médico que presta la asistencia clínica, todo bajo el liderazgo del gerente del hospital. Los pasos a seguir fueron: introducción de una enfermera como parte del equipo, digitalización de todo el sistema de radiología, contactos con los interlocutores, definición del ámbito clínico de aplicación, proceso de formación del personal en telemedicina, listado de potenciales usuarios, creación de un consentimiento informado, creación de agenda de citaciones.

RESULTADOS
El proceso de certificación concluyó en el mes de mayo de 2007 con el inicio de las teleconsultas programadas de traumatología.

CONCLUSIONES
Con la implantación del servicio de telemedicina aumenta el interés por demostrar la seguridad, eficacia y coste efectividad de la telemedicina que garantice el uso adecuado de esta tecnología. Por el interés económico y la ausencia de estudios disponibles sobre este tema, el Hospital de La Fuenfría está diseñando un estudio sobre la evaluación económica del sistema de telemedicina, además del estudio sobre el nivel de satisfacción de los usuarios de estos procedimientos frente a modalidades de atención médica tradicional.

Contacto: Rocio Velasco Guzman de Lázaro – gerent.hlff@salud.madrid.org

C-122 EN EL HOSPITAL PERO SIN PERNOCTAR: HOSPITAL DE DÍA MÉDICO/ QUIRÚRGICO. GESTIÓN POR PROCESOS, ISO 9001

Autores: Urrutia I, Ruiz A, Regúlez P, Guerra N, Darpón J, Urruela M.

OBJETIVO
Diseñar, unificar, implantar y evaluar los procesos asociados a las alternativas a la hospitalización (Hospital de día médico; Hospital de día quirúrgico), aplicando una metodología basada en la Gestión por Procesos con enfoque ISO 9001: 2000.

MÉTODO
1) Revisión y actualización del mapa de procesos del Hospital (especificación del proceso, alternativas a la hospitalización como proceso central/operativo). 2) Constitución de equipos de diseño por cada uno de los procesos: Hospital de Día Médico; Hospital de Día Quirúrgico. 3) Diseño del proceso: –Definir Misión del proceso, –Definir Cuadro de mando del proceso, –Alcance del proceso, –Responsabilidades, –Mapa del proceso, –Interacciones, –Descripción de actividades (flujograma), –Recursos asociados. 4) Comunicación interna. 5) Implantación. 6) Auditoría interna. 7) Auditoria externa: certificación ISO 9001: 2000 (previsto para noviembre de 2006).

RESULTADOS
Se ha dedicado cinco meses al diseño de la ficha de ambos procesos. Se ha consensuado guías, protocolos de aplicación en diferentes servicios implicados al objeto de reducir la variabilidad. Se ha propiciado poder identificar, corregir y eliminar las causas de ineficiencias detectadas (duplicidades, descoordinaciones); –Se ha definido el circuito de trabajo y unificación de criterios que han permitido disminuir la variabilidad de los procesos, estableciendo una sistemática de trabajo común que apoye la toma de decisiones (revisión, actualización, elaboración de protocolos, procedimientos, técnicas…); –Se ha diseñado un cuadro de mando del proceso estableciendo objetivos e indicadores para medir periódicamente y evaluar la calidad del servicio proporcionado así como el impacto de sus resultados en los propios objetivos/resultados del Hospital; –Se ha diseñado e implantado un sistema de medición de la satisfacción de los pacientes (encuestas de satisfacción).

CONCLUSIONES
Si bien en noviembre se opta a la certificación sobre la base de la ISO 9001:2000, este trabajo ha permitido: –Definir, controlar y actualizar un sistema de objetivos e indicadores que aporte información de los resultados del proceso (antes no se medía); –Abrir nuevas vías de recogida y análisis de la percepción/satisfacción de los pacientes; –Definir reglas de juego con los procesos asistenciales (¿qué, cuándo y cómo necesitas / qué, cuándo y cómo necesito?); –Homogeneizar criterios de actuación; –Iniciar sistemática de reuniones de equipo, al objeto de analizar y proponer ideas de mejora.

Contacto: Isabel Urrutia Johansson – johansson@hbas.osakidetza.net

Mesa 15

ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 2

C-123 – C-131

C-123 ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA MUJER EMBARAZADA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD URBANA

Autores: Luquin-Martínez R, García-Molina J, Ros-Martínez E, Guerrero-Díaz B, Aparicio-Egea MC, Martínez-Ruiz MC.

OBJETIVO

Mejorar la calidad asistencial que recibe la mujer embarazada en una zona básica de salud urbana (ZBS), analizando el cumplimiento de cartera de servicios tras un ciclo completo de mejora (CCM).

MÉTODOS

Problemas: baja cumplimentación del programa de embarazo; pocos objetivos médico-matrona. Dimensión: calidad científico-técnica. Tipos de datos: proceso. Unidades de estudio: embarazadas de 8 cupos, médicos de familia en el programa de atención a la mujer (servicios 200-201-INSALUD), seguidas por los profesionales en un año [de mayo de 2006 a mayo de 2007. Primera evaluación: mayo de 2006 (147). Reevaluación: mayo de 2007 (131)]. Fuente: historia clínica OMI-AP. Estudio estadístico: para un IC 95% y error/precisión del 10%. Evaluación: retrospectiva. Revisión: interna-pares. Criterios: explícitos-normativos: 1) Inclusión antes de 12 semanas. 2) En la primera visita, ver riesgo obstétrico. 3) Realizar en la primera visita: analítica de primer trimestre de embarazo. 4) En cada visita: edad gestacional, peso, TA, fondo uterino, edemas. 5) Realización de 2 visitas antes de 20 semanas, 2 entre la 20-28 semana y 2 desde la 28. 6) Auscultación de latido fetal siempre desde la semana 20. 7) Realizar en el segundo y tercer trimestre sus analíticas. 8) Realizar dos ecografías, una antes de la 20 semana y otra en el tercer trimestre. 9) Facilitar consejo e información sobre hábitos higiénicodietéticos y urgentes. 10) Registrar derivación a preparación del parto.

RESULTADOS

Primera evaluación (síes): Criterio-1 (C-1): 84% (IC: 76,68-89,25); C-2: 64,3% (56,32-72,32); C-3: 57% (48,72-65,26); C-4: 38,9% (30,85-47,15); C-5: 81,6% (74,41-87,53); C-6: 69,4% (61,62-76,72); C-7: 85% (78,22-90,83); C-8: 38,7% (30,86-47,15); C-9: 46,7% (38,67-55,34); C-10: 35% (27,04-42,98). Medidas correctoras: 1) Información de los resultados al equipo. 2) Sesiones clínicas por parte de los responsables de programa de la cartera. 3) Correos electronicos intraequipo recordando el ciclo de mejora. 4) Registro del protocolo por episodios de embarazo, no por vía de cartera de servicios. Reevaluación (síes): Criterio-1 (C-1): 83,8% (76,54-89,79); C-2: 100% (97,22-100); C-3: 84,8% (77,41-90,42); C-4: 87,2% (80,04-92,26); C-5: 81,4% (73,98-87,89); C-6: 82% (73,98-87,89); C-7: 87,6% (80,92-92,86); C-8: 78,5% (70,61-85,3); C-9: 92,1% (86,41-96,28); C-10: 67,7% (59,23-75,82). Se han presentado diferencias significativas (p menor o igual que 0,05), en el cumplimiento, en los siguientes criterios: 2, 3, 4, 6, 8, 9 y 10.

CONCLUSIONES

1) Realizado el ciclo de mejora se constata mayor cumplimiento de las normas por parte de los profesionales responsables de la atención a la mujer embarazada. 2) El protocolo de atención a la mujer embarazada del OMI-AP facilita la cumplimentación de las normas técnicas.

Contacto: Rafael Luquin Martínez – rluquin@telefonica.net

C-124 INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIA: PUNTO DE ENCUENTRO PARA LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Autores: Illana-Rodríguez N, Manzanera-Saura JT, López-Ibáñez M, Ferrer-Bas P, Cortés-Angulo J.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería basada en la evidencia (EBE) es un nuevo planteamiento para la toma de decisiones sobre el cuidado. Es el resultado de un proceso en el que se busca y evalúa los resultados esperados a partir de la investigación más reciente y que nos ayuda a una mejor toma de decisiones sobre los cuidados a aplicar a nuestros clientes. Sin embargo, pensamos que no solamente debe basarse en los resultados de la investigación, sino que hay que integrar la experiencia contrastada del profesional y opinión del cliente en su propio cuidado. Ser punto de encuentro entre la investigación y las necesidades reales de las enfermer@s y pacientes, dentro de la ética enfermera, la ética del paciente y la experiencia/tradición de nuestra profesión.

OBJETIVOS

Realizar una discusión sobre que se entiende por EBE, con el fin de hacer llegar al personal de enfermería lo que pueden aportar a nuestra profesión los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Fomentar la creación de grupos de trabajo para la revisión y reelaboración de protocolos, planes de cuidados, guías clínicas, etc. Implicar a los miembros del equipo en la planificación, toma de decisiones y evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda, estudio, análisis y revisiones sistemáticas de investigaciones originales (tanto cualitativas como cuantitativas) para localizar hallazgos útiles para la práctica enfermera de nuestro hospital.

RESULTADO

Durante el segundo semestre del año 2006 la Unidad de Formación Continuada, Docencia, Investigación y Calidad de nuestro centro llevó a cabo la revisión y/o elaboración de 8 protocolos de Enfermería basados en la mejor evidencia científica disponible. Se crearon 3 grupos de trabajo compuestos por enfermer@s de diferentes servicios con el fin de aunar esfuerzos y consensuar dichos protocolos con la aportación desde los diferentes puntos de vista del personal participante. Durante el primer semestre de 2007 se inicio la implantación de dichos protocolos en nuestro centro.

CONCLUSIONES

La incorporación de la EBE a nuestra práctica enfermera diaria supondría un importante logro en la integración de criterios racionales y explícitos de validez objetiva dentro del plan de cuidados. De esta forma, los cuidados de enfermería se fundamentarían en la razón, objetividad, y ciencia en vez de en la tradición, costumbre, intuición y subjetividad; de esta manera determinaria nuestra actuación, la investigación, los recursos disponibles, la experiencia profesional y las preferencias de nuestros clientes.

Contacto: Nuria Illana Rodríguez – mn.illana@carm.es

C-125 ALCOHOLISMO Y ADOLESCENCIA, ¿SE PUEDE REALIZAR UNA DETECCIÓN EN URGENCIAS DE UN CONSUMO PATOLÓGICO DEL MISMO?

Autores: Javierre Loris MA, Garcés San José C, Gros Bañeres B, Herrer Castejón A, Bustamante Rodríguez E, Marrón Tundidor R.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios realizados sobre alcoholismo se centran en muestras de población adulta; pocos trabajos se limitan a la adolescencia (10-19 años). En esta difícil etapa del desarrollo se van a definir pautas de comportamiento futuro que tendrán gran repercusión sobre la salud en la edad adulta. El problema es la detección del consumo de riesgo; pocos son los adolescentes que acuden a la consulta, aunque sabemos que la mayoría de los adolescentes confiesan beber los fines de semana y algunos acaban acudiendo a urgencias.

OBJETIVOS

Comprobar la existencia de patología derivada de la ingesta de alcohol entre los adolescentes y su distribución por sexos, intentando predecir cuál es la edad de mayor riesgo para el comienzo del consumo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, mediante encuestas en urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, de enero a junio de 2006. Se captaron todos los adolescentes con edades entre 13 y 19 años que acudían a dicho servicio. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario que incluye Test de CAGE, Test de MALT y Test de AUDIT.

RESULTADOS

75 encuestas, 34 varones (45,3%) y 41 mujeres (54,6%). Según el Test de CAGE: 15 casos (20%) de posible alcoholismo, de los cuales 9 (60%) son varones y 6 son (40%) mujeres. Edad: el 20% de 19 años, el 33,3% de 16 años y 1 caso de 17 años. Test de AUDIT: 17 casos con puntuaciones mayores de 6 en mujeres y 8 en varones (22,6%): 13 fueron mujeres (76,47%) y 4 varones (23,5%). Test de MALT-S: 9 casos con sospecha de alcoholismo (12%): 3 varones (33,3%) y 6 mujeres (66,6%). Sexo: Test de CAGE: el 12% de los varones tenían problemas con el alcohol (9 casos de los 15 totales), en las mujeres (8%, 6 de los 15 casos de posible alcoholismo).

DISCUSIÓN

Existe un importante problema de salud pública con el consumo de alcohol entre los adolescentes. Cifras como el 20% de los encuestados con problemas de alcohol deberían hacernos reflexionar para poner solución cuanto antes a los mismos. En la mayoría de las ocasiones, se despierta una gran alarma social ante el consumo de otras sustancias adictivas no permitidas olvidando que son el alcohol y el tabaco las sustancias más consumidas entre nuestros adolescentes. Según los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos constatar una tendencia a la igualdad por sexos, incluso una tendencia superior en mujeres. Al tratarse de un estudio transversal, no se puede inferir causalidad, solo la asociación entre los factores descritos.

Contacto: M Angeles Javierre Loris – marianjavierre@comz.org

C-126 AUDITORÍA CLÍNICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN EL HOSPITAL DOS DE MAIG

Autores: Valdes Casas JC, Henere E, Poal A, Madrid P, Olona N, Benet A.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido efectuar una auditoría clínica de las 80 artroplastias totales primarias de cadera (ATC) intervenidas quirúrgicamente por patología no traumática durante el año 2005 en el Hospital Dos de Maig de Barcelona (HDM). Hemos evaluado la desviación producida de los diversos indicadores tanto de práctica como de gestión clínica en relación a los estándares aceptados. Otro objetivo del trabajo ha sido efectuar una propuesta de cambios para mejorar nuestros indicadores.

MÉTODOS

Los estándares de los indicadores que han sido controlados son: Indice de luxación de la artroplastia (3,1% - 1,9%), índice de infección (2% - 0,2%), *exitus* (1%), índice de reingresos (4,6%) y estancia media (10,4 - 4,2 días). Para la comparación de las proporciones se ha utilizado la prueba de chi cuadrado y para la comparación de las medias la t-Student; en todos los análisis se ha asumido un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS

Los resultados de los indicadores del HDM han sido: índice de luxación (6,25%), índice de infección (2,5%), *exitus* (1,25%), índice de reingresos (3,75%) y estancia media (10,16 días). Se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,016$) entre el índice de luxaciones del HDM y el más bajo del estándar; también se ha hallado una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre la estancia media del HDM y la de la franja inferior del estándar. Con el resto de los estándares no ha habido diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son susceptibles de mejoría si se introducen modificaciones tanto en nuestra practica como en la gestión clínica del proceso de ATC. A partir de marzo de 2006 se modificó la técnica quirúrgica y se introdujeron campos quirúrgicos desechables, en mayo de 2006 coincidiendo con la introducción de la enfermería clínica en nuestro centro se efectuó una modificación de la trayectoria de la ATC. A final del año 2007 evaluaremos las ATC intervenidas entre mayo de 2006 y mayo de 2007 para analizar los efectos de los cambios implantados. La auditoria clínica es una técnica de gestión que permite una mejora continua de la calidad asistencial al evaluar el resultado de un proceso, analizar los resultados e introducir los cambios adecuados y posteriormente efectuar una reevaluación.

Contacto: José Carlos Valdes Casas – 14354jcv@comb.es

C-127 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PROFILAXIS ANTITETÁNICA EN MEDICINA DE FAMILIA

Autores: Pedreño-Planes JJ, López-Picazo JJ, Barba M, Guirao E, Soto A.

OBJETIVO

En la práctica, el médico de familia se encuentra frecuentemente con pacientes adultos que presentan una herida y no están adecuadamente protegidos frente al tétanos. Esta situación es más frecuente en los últimos años a consecuencia, entre otras, de la inmigración. Nuestro objetivo es evaluar y mejorar la calidad de la profilaxis antitetánica en nuestro centro de salud.

MÉTODOS

Identificado el problema, un grupo de trabajo desarrolló su diagrama de causa y efecto y elaboró 3 criterios de calidad con sus pertinentes excepciones y aclaraciones (C1: situación vacunal correcta según calendario vigente; C2: registro de situación vacunal en la historia clínica; y C3: paciente con carné de vacunación actualizado en su poder). Se midieron en una muestra de conveniencia de 96 pacientes que acudieron al centro de salud en mayo de 2002, se consensuaron intervenciones para mejorar mediante diagrama de afinidades, dirigidas a mejorar la información al personal y al usuario, la organización del trabajo y los sistemas de registro. La reevaluación se realizó 3 meses después en otra muestra del mismo tamaño. Estimamos su mejora y valoramos la significación mediante el test de la Z de comparación de proporciones.

RESULTADOS

Evaluación: C1: 54 ± 10%, C2: 47 ± 10%, C3: 35 ± 9%. Reevaluación: C1: 79 ± 8% (mejora absoluta 25%, relativa 54%, $p < 0,001$, C2: 84 ± 7% (mejora absoluta 37%, relativa 69%, $p < 0,001$ C3: 57 ± 10% (mejora absoluta 22%, relativa 34%, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

La situación basal de la profilaxis antitetánica en población adulta era deficiente en nuestro centro de salud. Los sistemas de registro existentes tanto en poder del centro como del usuario eran deficientes. Una intervención breve y sencilla exclusivamente a nivel interno, como la realizada, es capaz de producir una mejora significativa. Creemos muy probable que la deficiente situación de la profilaxis antitetánica detectada en nuestro centro no sea un hecho aislado y que se repita en otras zonas de salud. Por ello, los equipos de atención primaria deberían revisar sistemáticamente su oferta de programas preventivos, pues pueden obtenerse importantes mejoras con intervenciones sencillas.

Contacto: Juan José Pedreño Planes – juanj.pedreno2@carm.es

C-128 CALIDAD EN GERIATRÍA: DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Autores: Sanjoaquín AC, Cánovas C, Zamora A, De Val A.

OBJETIVOS

1) Conocer la prevalencia de disfagia en ancianos hospitalizados. 2) Describir forma de presentación, etiología y síntomas de disfagia. 3) Estudiar las complicaciones asociadas a la disfagia. 4) Analizar medidas terapéuticas previas y al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo en pacientes ingresados desde el 1 de noviembre de 2004 a 1 de noviembre de 2005 con seguimiento posterior de un año. Variables: sexo, edad, índice de Barthel (IB), motivo de ingreso, momento de diagnóstico y tipo de disfagia, forma de instauración, etiología y síntomas de la misma, valoración nutricional mediante puntuación en *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y parámetros analíticos, tratamiento previo/ingreso/alta, mortalidad durante hospitalización y a lo largo de un año. Análisis estadístico SPSS 10.0.

RESULTADOS

526 ingresos: 134 pacientes (25,47%) con disfagia, edad media 83,95 ± 6,65, 69,40% mujeres, IB medio: 13. Motivo de hospitalización: infección 38,8%, neurológico 11,2%. Diagnóstico previo de disfagia en 54,48%, durante ingreso: 45,52%. Instauración aguda: 31,34%, progresiva: 68,66%. Tipo: disfagia a líquidos 49,25%, mixta 44,78%. Disfagia relacionada con: demencia 63,43%, ACV 26,12%, parkinson 5,97%. Síntomas más prevalentes: atragantamiento (109), tos/ahogo (81), infecciones respiratorias (47), cambios en respiración (32), pérdida de contenido oral (17), rechazo de otros alimentos (13). Complicaciones: aspiración 50% ($p < 0,05$), malnutrición 40,30% ($p < 0,05$), deshidratación 31,40% ($p < 0,05$), neumonía 20,15%. MNA < 17: 104, MNA 17 - 23,5: 26 ($p < 0,05$). Albúmina media 2,87, colesterol medio 150, Hb media 1,75, linfocitos medios 1.586. Parámetros nutricionales y MNA ($p < 0,05$): desnutridos 54 (40,30%), en riesgo de desnutrición 65 (48,50%). Tratamiento previo: espesantes en 22, SNG en 7, PEG en 5. Tratamiento al alta: recomendaciones dietéticas en el 100% de las altas, espesantes en el 91% de las altas ($p < 0,05$), gelatinas en el 100% de las altas, SNG en 5, PEG en 3. Mortalidad: 37 pacientes (27,61% de la muestra) durante la hospitalización ($p < 0,05$), 16 pacientes (15,46%) al mes del alta, 9 pacientes a los tres meses, 3 a los 6 meses y 4 al año.

CONCLUSIONES

1) Existe una alta prevalencia de disfagia sin diagnóstico ni intervención terapéutica previa. 2) La importancia del diagnóstico y la intervención terapéutica en la disfagia estriba en el impacto de la misma sobre la salud y la calidad de vida de nuestros mayores.

Contacto: Ana Cristina Sanjoaquin Romero – acsanjoaquin@salud.aragon.es

C-129 INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA. ¿SOMOS OBJETIVOS EN LA ASISTENCIA?

Autores: Clemente-Rodríguez C, Puente-Palacios I, Skaf-Peters E, García-Alfonso M, Aranda-Cárdenas D, Echarte-Pazos JL.

INTRODUCCIÓN

La intoxicación etílica (IE) es causa frecuente de consulta en urgencias. Sin embargo, la apreciación de nuestros profesionales sanitarios es que, habitualmente, no deberían ser atendidos y que la gran mayoría son inmigrantes y frecuentadores.

OBJETIVO

Valorar si la apreciación subjetiva de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes con IE es objetiva, sus características y la idoneidad del proceso asistencial.

MÉTODO

Análisis retrospectivo de las asistencias por IE durante el año 2006 registrándose datos de filiación, datos clínicos y destino. Se consideró asistencia idónea cuando: TAS > 180 y/o TAS < 100, TAD > 100, FC > 100, glicemia capilar > 200 y/o < 60, nivel de conciencia, Glasgow < 13 y presencia de patología asociada. Los datos fueron analizados con el programa SPSS para Windows 13.0.

RESULTADOS

Se registraron 397 IE, el 71,5% eran hombres. Edad media: 41 años. Un 65,2% españoles. La distribución por edades mostró que el 10,6% tenía menos de 21 años (50% hombres), el 39,8% entre 21 - 40 años (67,1% hombres), el 40,1% entre 41 - 60 años (78,6% hombres) y el 9,6% más de 60 años (84,2% hombres). Respecto a la frecuentación, un 8,9% acudió 2 o más veces, por lo que han sido responsables del 22,9% de las asistencias a urgencias. En el 49,1% se registraron todos los ítems. En el 90,2% de los casos se determinó la TA y la FC; en el 88,4% la glicemia capilar, en el 86,1% se constató el nivel de consciencia y en el 53,7% se puntuó el Glasgow. En el 13,6% no constaba la valoración del nivel de consciencia ni Glasgow y en el 2,3% no constaba ninguna valoración. La asistencia a Urgencias se consideró idónea en 188 casos, el 47,4%; el 1% TAS > de 180, el 14,6% TAS < 100, el 1,5% TAD > 100, el 14,4% FC > 100, el 2% glicemia capilar > 200, el 4% inconsciencia, el 11,3% Glasgow < 13 y el 20,7% presencia de lesiones asociadas. La idoneidad de la asistencia no mostró diferencias en sexo, edad, nacionalidad ni en estancia en urgencias, aunque sí en cuanto al tipo de alta: las asistencias adecuadas tuvieron más altas médicas, 80,7% *vs*. 71% ($p < 0,05$), menos fugas, 13,8% *vs*. 27,4%, ($p < 0,01$) y las únicas trasladadas 2,1%.

CONCLUSIONES

Dos tercios eran de nacionalidad española y sólo un 10% fueron frecuentadores. En la mitad de los casos se registraron todos los ítems analizados. En menos de la mitad de los casos se consideró la asistencia idónea. Las asistencias idóneas tuvieron más altas médicas y menos fugas. Tras estos resultados se ha puesto en marcha un protocolo interdisciplinar para mejora del proceso asistencial en la intoxicación etílica.

Contacto: Carlos Clemente Rodríguez – 91638@imas.imim.es

C-130 JUGANDO CON ESTATINAS

Autores: Collado A, Glaria T, Tomàs R, Jiménez C, Morales E, Espejo T.

OBJETIVOS

Descripción de los factores que condicionan la indicación de estatinas y análisis de las relaciones existentes entre ésta y la consecución de los objetivos terapéuticos. Análisis de la eficiencia en la prescripción de estatinas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Muestra obtenida a partir del conjunto de usuarios de una Área Básica de Salud rural con prescripción de estatinas durante el año 2006 (N total = 298). Muestreo sistemático (N final = 140). Se recogen datos demográficos y de patología, el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV), el motivo de la indicación, el fármaco escogido y la consecución de los objetivos terapéuticos. Se obtienen datos de la prescripción (número de recetas y precio de las mismas). Procesamiento estadístico (SPSS): estadística descriptiva, comparaciones de proporciones (pruebas de conformidad y de independencia) y regresión logística binaria.

RESULTADOS

La muestra es comparable con la población para las variables estudiadas ($p > 0,05$). Edad media de 65,9 (± 1,9) años. El 46% (± 8,2%) son mujeres. El 29% (± 8%) presenta diabetes y el 30% (± 8%) enfermedad cardiovascular (ECV) diagnosticada. De los casos sin ECV, el 56% (± 10%) tenían un cálculo del RCV previo a la prescripción. El 60% (± 9%) presenta una indicación clara de tratamiento farmacológico (la mitad por prevención secundaria, el 30% por diabetes y el resto por colesterolemias > 300 mg/dl). En el 61% de los casos se usa simvastatina. El 67% de los casos con indicación alcanzan el objetivo terapéutico. La consecución del objetivo sólo se relaciona con el motivo de la indicación (prevención secundaria y diabéticos con RCV > 20: R2 de Cox y Snell = 0,21; $p < 0,001$). Con correcta indicación, la consecución del objetivo terapéutico es 331,7 € por persona y año más barata con Simvastatina que con Atorvastatina. ($p < 0,001$). En los casos sin indicación, el tratamiento es 96,4 € por persona y año más caro que en los casos con indicación ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio hemos encontrado un 40% de prescripción inadecuada de estatinas. En los casos con correcta indicación el grado de consecución de objetivos terapéuticos es aceptable, habiendo una relación clara sólo en los pacientes con objetivos terapéuticos más estrictos. La prescripción mal indicada ha resultado más cara. Se consiguen objetivos terapéuticos a menor precio con simvastatina que con atorvastatina.

Contacto: Antoni Collado Cucò – acollado@grupsagessa.cat

C-131 EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO RESPECTO A LA DISLIPEMIA, CON INFORMACIÓN CERTIFICADA

Autores: Aldanondo-Gabilondo A, Ruiz-Téllez A, Amézqueta-Goñi C, Apezteguía-Urroz J, Mediavilla Tris J, Pérez-Gortari P.

OBJETIVOS

Analizar la adecuación terapéutica de los profesionales de Atención Primaria en el manejo de la dislipemia, cuando la orientación es global, desde la visión del riesgo cardiovascular (RCV), y sugerir los cambios de comportamiento, sobre la base de la efectividad.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico terapéutico retrospectivo de los últimos 3 meses, desde la última visita, del universo de pacientes adultos, 163.382, de 109 cupos de Medicina de Osasunbidea con información certificada del nivel de fiabilidad (Proyecto ISIS). Análisis del comportamiento terapéutico en 5 subgrupos poblacionales conformados de acuerdo a las características del RCV SCORE, a los que denominamos Universos (U). U1: población sin RCV; U2: población con RCV bajo; U3: población con RCV moderado-alto; U4: población de alto RCV; U5: población afecta de patología cardiovascular.

RESULTADOS

En el U1 se cumple lo esperado: el 98% sin tratamiento con estatinas; sin embargo cabe la duda de pertinencia de ese 2%, 2.250 pacientes por área sanitaria de 300.000 habitantes. Tendencia a tratar 2 mujeres por cada hombre, aunque el % de riesgo por sexo, es inverso. Sin embargo un 66% de casos de dislipemia con cifras elevadas (DCE) (>= 320 mg/dl), no se trata. En el U2 el tratamiento al 8% también puede ser dudoso, por escaso riesgo, con la misma tendencia de tratamiento de 2 mujeres por cada hombre. Menos casos de DCE pero un 50% sin tratamiento. En el U3, 14,2% de tratamiento hipolipemiante, lógico por la mayor susceptibilidad de mejora del RCV por tratamiento hipolipemiante. Ídem de tratamiento de 2 mujeres por cada hombre. En el U4, con un RCV mucho mayor y la ganancia por tratamiento mayor, sin embargo el % de tratamiento es similar al del U3, 15,8%, por mantener el infratratamiento al hombre, sexo mayoritario en el U4. El 45,8% tienen COL total < 200 mg/dl de manera que se beneficia poco el RCV con estatinas, que debería orientarse hacia la corrección de otros factores de RCV (tabaco y tensión arterial); la otra mitad sí se beneficiaría con estatinas. El U5 de los pacientes con problemas cardiovasculares, en los que se esperaría más tratamiento hipolipemiante, tiene el 36%, más bajo de lo esperado.

CONCLUSIONES

Aunque el RCV es mayor en hombres se trata al doble de mujeres. Escaso tratamiento a casos de DCE susceptibles de dislipemia grave. Por área sanitaria podrían sobrar unos 5.000 tratamientos de estatinas en los Universos bajos y faltar unos 9.000 tratamientos, los de riesgo alto. La orientación por RCV sobre información fiable y certificada es un poderoso instrumento para el cambio de comportamiento profesional hacia la efectividad.

Contacto: Antón Aldanondo Gabilondo – jaldanondog@euskalnet.net

Mesa 16

CONTINUIDAD ASISTENCIAL 2

C-132 – C-139

C-132 UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Peris-Grao A, Martí A, Brugués-Brugués A, Morera R.

OBJETIVOS

La Atención Primaria en Cataluña es ofrecida según tres modelos de provisión: servicios de salud públicos (ICS), organizaciones sanitarias integradas y entidades de base asociativa (EBA). En el año 2005 se define un cuarto modelo de gestión en forma de consorcio público entre administración local y autonómica. Planteamos aumentar el nivel de resolución de la atención primaria, mejorar la eficiencia y la calidad del servicio y vincular la autoridad local a la provisión de servicios sanitarios a la comunidad.

MÉTODO

Creación del CASAP, consorcio público participado por el Institut Català de la Salut y el Ayuntamiento para la provisión de servicios de atención primaria a la población. Diseño de un modelo de gestión pública que permita aprovechar la flexibilidad de la gestión privada, mediante contratación laboral, externalización de servicios y desarrollo de una cartera de actividad complementaria. Aplicación de estrategias de promoción de personal e incentivación de habilidades que permitan desarrollo profesional y aumento del nivel de resolución del equipo.

RESULTADOS

Creación y gestión del equipo de Atención Primaria Can Bou. Ampliación de la cartera de servicios financiados por administración (abordaje de trastornos de conducta alimentaria, talleres de relajación, cirugía menor, criocoagulación, MAPA) y no financiados (odontología, acupuntura, logopedia, psicología y podología). Integración de los servicios sociales municipales en el centro de atención primaria. Aumento de la resolución mediante una diferente organización de enfermería (desvinculación de la Unidad Básica Asistencial, aumento de competencias y distribución de actividades según capacidades), compra de medios diagnósticos y terapéuticos y más rápido acceso a pruebas complementarias. Desarrollo profesional mediante la inversión en formación continuada independiente de otras organizaciones. Equilibrio presupuestario con resultados asistenciales (control DM > 50%, control HTA > 40%) y de prescripción farmacéutica (genéricos > 30%, EQF > 94) muy positivos.

CONCLUSIONES

La gestión pública de base empresarial es una alternativa eficiente y válida para la mejora del sistema sanitario de atención primaria.

Contacto: Antoni Peris Grao – aperis@canbou.com – 21259apg@comb.es

C-133 CONTINUIDAD ASISTENCIAL: ENFERMERA DE ENLACE Y ALTA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA

Autores: Vázquez-Bahamonte A, Crespillo-Costa E, Domenech-Gil O, Ortega-Martínez V, Piñol-Gamez O, Rodríguez-Armona C.

INTRODUCCIÓN

Todos los enfermos dados de alta de nuestra unidad a domicilio, centro residencial u otro recurso sociosanitario, reciben un informe extenso donde se valoran los cuidados recibidos durante su estancia, su grado de mejoría y las recomendaciones para la familia y los profesionales sanitarios que serán responsables de dar continuidad a sus cuidados. Desde el año 2005 contamos con el soporte de una enfermera de enlace entre nuestro hospital y los equipos asistenciales de Atención Primaria (Áreas Básicas de Ribera d'Ebre y Priorat) que nos facilita y asegura que esta información llegará a dichos profesionales.

OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción de la información que transmitimos a los equipos sanitarios de Atención Primaria, para garantizar la calidad en la continuidad asistencial, así como el canal de comunicación a través de la enfermera de enlace.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizo una encuesta de satisfacción a todos los profesionales de enfermería de las Áreas Básicas de la zona Altebrat, con los cuales trabajamos y donde existe la figura de la enfermera de enlace. Dicha encuesta constaba de los siguientes ítems: cantidad; claridad y calidad de la información respecto a la actividades de la vida diaria; cuidados de ulceras y heridas; medidas especiales respecto a la alimentación, higiene, movilizaciones; sondas, inyectables; y un apartado específico en cuanto a la educación sanitaria recibida por los cuidadores. Finalmente, se pedía la valoración del protocolo de pre-alta, puntos a mejorar y si existía la necesidad de modificar o añadir algún tipo de información.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 25 encuestas entre los profesionales de enfermería de atención primaria de nuestra área de influencia. En un porcentaje superior al 55% han valorado que la calidad, cantidad y claridad de la información que se describe en el informe de alta es adecuada. Sólo 5 profesionales han valorado como poco eficaz el protocolo de pre-alta. En ningún caso se ha puntuado como totalmente ineficaz.

CONCLUSIONES

La existencia del protocolo de pre-alta ha establecido un canal de comunicación entre los profesionales de enfermería de nuestra unidad sociosanitaria y de Atención Primaria, que facilita y garantiza la continuidad asistencial de nuestros usuarios. Será necesario, a partir de este estudio, consensuar los apartados que todavía son valorados como insuficientes o poco adecuados y establecer nuevos ítems que se deriven del estudio y de la puesta en común.

Contacto: Antonia Vázquez Bahamonte – marmartin@grupsagessa.com

C-134 DE LA MESOGESTIÓN A LA MESOCOORDINACIÓN. UN MODELO INTEGRADOR

Autores: Comité operativo de Urgencias de Barcelona Dreta.

INTRODUCCIÓN

La coordinación entre diferentes dispositivos asistenciales constituye un elemento clave en la gestión sanitaria.

OBJETIVO

Durante el periodo invernal, desde el Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB), se promovió la creación de un comité operativo de urgencias, para cada una de las cuatro áreas asistenciales de coordinación definidas en Barcelona, que integrara todos los dispositivos asistenciales (atención hospitalaria, primaria, continuada, urgencias y emergencias médicas, domiciliaria, sociosanitaria y transporte sanitario), con el objetivo de favorecer el contacto de los profesionales; crear un foro para el conocimiento de las diferentes problemáticas y necesidades; aprovechar las experiencias y establecer otras medidas de coordinación y plantear áreas de mejora, para la mejora de la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establecieron reuniones con periodicidad semanal o quincenal entre todos los agentes implicados. Para valorar la actividad se estableció un registro (cuadro de seguimiento), con los datos asistenciales de todos los dispositivos. En cada reunión se realizó un análisis de actividad, incidencias y propuestas sobre medidas de coordinación entre todos los dispositivos asistenciales. Presentamos los resultados del comité operativo de Barcelona Dreta.

RESULTADOS

Principales áreas de mejora identificadas: adecuación de recursos para el drenaje del hospital a domicilio y a otros recursos asistenciales (agudos, subagudos y sociosanitario); preparación del alta a domicilio desde hospitalización, urgencias y unidad de corta estancia; drenaje directo de primaria a sociosanitario; continuidad asistencial fuera del horario de atención primaria; redefinición del perfil de paciente y mayor eficiencia en el transporte sanitario. Se identificaron otros referentes sanitarios y agentes del territorio: entidades mutualistas, residencias privadas y oficinas de farmacia. Medidas establecidas: creación del grupo del transporte sanitario; implantación y reforzamiento de la enfermera de enlace; definición de la oficina de gestión de pacientes; elaboración de un plan de urgencias y emergencias; agregación de la información y incorporación del cuadro de seguimiento a la web de la CSB y, especialmente, consolidación de la dinámica de dicho comité a lo largo de todo el año.

CONCLUSIONES

La eficiencia de la gestión sanitaria pivota en la coordinación de todos los elementos que intervienen en la cobertura sanitaria de un ámbito territorial determinado.

Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo – antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-135 INDICADOR DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Mínguez S, Supervia A, Echarte JL, Riu M, Alonso S, Skaf E.

INTRODUCCIÓN

Un indicador de calidad es el índice de pacientes que precisan ingreso en las 72 horas siguientes a un alta desde el servicio de urgencias.

OBJETIVOS

Analizar el índice de pacientes que precisaron ingreso hospitalario tras una revisita a Urgencias como indicador de calidad y valorar las diferencias según turno de trabajo.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes dados de alta a domicilio desde urgencias y que acudieron nuevamente en un plazo inferior a 72 horas. Nuestro modelo organizativo dispone de plantilla con horario de mañanas y el resto de la jornada el equipo está formado por médicos residentes bajo supervisión de un adjunto de guardia. Se han revisado todas las visitas con estas características durante los períodos de julio de 2006 y enero de 2007. Se revisaron asimismo los informes de alta hospitalaria. Analizamos datos demográficos, franja horaria del alta, considerando turno de mañana de 9 a 15 horas, turno de tarde de 15 a 22 horas y turno noche de 22 a 9 horas. También analizamos horas de permanencia en el área antes de ser dados de alta, día de la semana, diagnóstico del alta y del ingreso, especialidad responsable del alta, antecedentes patológicos, adecuación del alta y del ingreso.

RESULTADOS

Los pacientes que precisaron ingreso hospitalario tras ser dados de alta en las últimas 72 horas desde urgencias en los dos periodos fueron: julio de 2006: 26 pacientes sobre un total de 6.063 altas. Edad media de 61,8 años. El 50% eran varones. Precisaron ingreso 3,6‰ de los pacientes que fueron alta en turno mañana y 4,6‰ de los que fueron alta en franja horaria de guardia (turno tarde y noche). El 77% permaneció en urgencias menos de 12 horas en su primera visita. El ingreso hospitalario fue adecuado en un 92,3% de los casos. Enero del 2007: 21 pacientes sobre un total de 5.703. Edad media de 65,76 años. El 71,4% eran varones. Precisaron ingreso un 2,7‰ de los pacientes que fueron alta en turno mañana y 4,3‰ de los que fueron alta en franja horaria de guardia (turno tarde y noche). El 43% permaneció menos de 12 horas en su primera visita. El alta del servicio de urgencias fue adecuada en el 71,4%. El ingreso hospitalario fue adecuado en un 95,2%.

CONCLUSIONES

1) El índice de pacientes que precisan ingreso en las 72 horas siguientes a un alta desde el servicio de urgencias es bajo, y hay que tener en cuenta que más de la mitad fueron dados de alta correctamente. 2) Este índice es inferior en las altas correspondientes a franja horaria de mañana (correspondiente a la plantilla del servicio).

Contacto: Elias Skaf Peters – 86407@imas.imim.es

C-136 LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, ALTERNATIVA EFICIENTE A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Autores: Veras-Sanz JA, Elosegi-Vallejo E, Carrera-Macazaga JA, Arzamendi-Manterola MT, Albizua-Uriondo O, Preciado-Barahona MJ.

OBJETIVOS

Valorar si la derivación de pacientes desde un servicio de Urgencias a una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) es eficiente en cuanto a ahorro de camas, salud del paciente, bienestar de la familia y coste económico para el sistema sanitario.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de todos los pacientes que, tras ser atendidos durante el año 2006 en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, se derivaron directamente a HAD sin ingresar en planta. Se analizan en profundidad: celulitis, neumonía, TVP y brote de esclerosis múltiple. Finalmente, se comparan costes entre la estancia en HAD y lo que hubiera supuesto un ingreso en planta de estos pacientes según datos recogidos del CMBD del hospital en el mismo periodo.

RESULTADOS

Durante el año 2006, 147 pacientes atendidos en Urgencias de nuestro hospital pasaron a cargo de HAD sin ingresar en planta

	N total	Edad media	hombres	mujeres	EM HAD	EM evitada
Celulitis	59	61	61%	39%	11,08	7,59
TVP	27	69	48%	52%	13,96	6,81
Neumonía	22	51	50%	50%	8,83	8,72
EM	11	33	21%	79%	5	4,58

La utilización de HAD frente a la hospitalización convencional en los 4 procesos estudiados, supone 874 estancias evitadas. Comparando el coste de cada uno de estos procesos en hospitalización y HAD supone un ahorro de más de 24.000 euros.

CONCLUSIONES

1) La HAD es una buena alternativa a la hospitalización convencional para determinados procesos y en pacientes con buen soporte familiar. 2) Favorece el bienestar psíquico del paciente que permanece en su entorno familiar; reduce el coste económico para la familia respecto al ingreso en un hospital (distancia a recorrer, gastos de intendencia, pérdida de horas laborales, etc.). 3) El coste económico para el sistema sanitario se calcula en una cuarta parte respecto a los pacientes ingresados en hospitalización convencional. 4) La HAD se ha utilizado, fundamentalmente, como apoyo de altas hospitalarias precoces. Es interesante potenciar su utilización, como en el presente estudio, ofertando el servicio como alternativa de hospitalización convencional, evitando el ingreso.

Contacto: José Antonio Veras Sanz – joseantonio.verassanz@osakidetza.net

C-137 EXPERIENCIA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN ÁREA DE SALUD

Autores: Castillo-Gómez C, Pitarch-Flors T, García-Bernabeu MC.

INTRODUCCIÓN
En 2003 comienza un proyecto que supone grandes cambios en nuestra forma de trabajo y gestión. Se crea la Mesa negociadora para el desarrollo del área única del Altiplano con el fin de unificar Atención Primaria y Especializada, formada por: director médico, mandos intermedios del hospital, CS, SUAP, centro de especialidades y consultorio del área, para tener una visión global de las organizaciones sanitarias del área, y es un objetivo clave la integración de los profesionales y la continuidad de cuidados.

OBJETIVOS
1) Creación de la Comisión de cuidados del área. 2) Implantación del PAE. 3) Protocolos y recomendaciones paciente/familia comunes. 4) Circuito informe de continuidad de cuidados (ICC). 5) Indicadores comunes de seguimiento y mejora.

MATERIAL Y MÉTODO
Análisis cualitativo de la situación de profesionales enfermeros del área en metodología enfermera y análisis de recomendaciones paciente/familia, comprobando que no están estructuradas ni consensuadas. En relación al ICC, su llegada al CS es anecdótica y no está definido el circuito. Así, se establecen como líneas estratégicas: 1) Creación de un foro para compartir conocimientos en cuidados enfermeros. 2) Implantación en el hospital de un aplicativo de gestión de cuidados. 3) Formación específica en metodología enfermera a todos los profesionales. 4) Medición de resultados. Desarrollo: se crea la Comisión de cuidados, estableciendo 5 grupos de trabajo para la normalización de la base de conocimientos del aplicativo de gestión cuidados, la definición del circuito ICC, de protocolos y procedimientos, de recomendaciones paciente/familia y de los cuidados/tratamiento de UPP.

RESULTADOS
De febrero de 2003 a febrero de 2006 la Comisión de cuidados ha mantenido 20 reuniones y cada subgrupo una media de 6 al año. Impartidos 6 cursos de metodología enfermera, 4 talleres de taxonomía NANDA-NIC-NOC, 6 talleres prácticos de aplicativo de gestión de cuidados y formación proactiva. Normalizados 14 procedimientos, 26 recomendaciones paciente/familia y publicado el manual de cuidados de UPP del área. Implantación del PAE en el 70% del hospital. Establecimiento de circuito ICC vía telemática y con recepción en Primaria a tiempo real del 100%. El 35% de altas del hospital tienen ICC. Desarrollo de indicadores comunes para control, seguimiento y mejora de UPP e ICC.

DELIBERACIONES
El trabajo en común Primaria/Especializada ha permitido romper importantes barreras; la comunicación y el trabajo conjunto son fundamentales para la continuidad del cuidado.

Contacto: Carmen Castillo Gómez – carmen.castillo@carm.es

C-138 CIRCUITO INTERNO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Carrión-Duch D, Monte-Pujol D, Badenas-Guinjoan C, Agramunt-Perelló N, Masip-Serra R, Cuevas-Baticón B.

OBJETIVO
Adecuar los recursos organizativos, humanos y estructurales del centro para mejorar la atención al paciente crítico y elaborar un circuito interno en consenso con los profesionales implicados.

METODOLOGÍA
En primer lugar se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, para identificar los puntos débiles en el manejo del enfermo crítico en las áreas de urgencias, hospitalización y sala de despertar. Se identificaron los problemas y se elaboraron propuestas de mejora. Posteriormente, se definió el perfil de los pacientes: paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias en situación real o potencial de riesgo vital; paciente ingresado en hospitalización y sala de despertar que precisa controles intensivos; y paciente critico sin posibilidad de traslado inmediato a una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS
1) Población diana: 323 pacientes de nivel I y II de gravedad de la Escala Canadiense de Triage que ingresaron en el Servicio de Urgencias durante el año 2006. 2) Elaboración de un circuito interno de atención al paciente crítico. 3) Definición de indicadores: Núm. de pacientes ingresados trasladados al Servicio de Urgencias. Núm. de avisos desde hospitalización al médico de urgencias por patología posoperatoria. Núm. de pacientes trasladados a Hospital de referencia/Núm. total de pacientes críticos traslados. Núm. de informes en que consta el registro de la evaluación del especialista/Núm. total de pacientes críticos atendidos en urgencias. Núm. pacientes que salen de sala de despertar que cumplen el Test de Aldrete/Núm. total de pacientes que ingresan en planta posoperados.

CONCLUSIONES
La unificación y consenso de los criterios de actuación por parte los profesionales, junto con la adecuación de los recursos organizativos y estructurales del centro, garantizan la atención integral y la calidad asistencial del paciente critico. La revisión del grado de cumplimiento de los indicadores y la calidad de la información obtenida sirve para medir la efectividad del circuito. En el congreso se presentaran los resultados de la evaluación. Se acordó con nuestro Hospital de referencia el compromiso de la aceptación de los pacientes que requerían ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

Contacto: Dolors Carrión Duch – dcarrion@grupsagessa.com

C-139 SOPORTE INTEGRAL AL PACIENTE EN EL ALTA HOSPITALARIA

Autores: Claret M, Torre P, López M, Garreta M, Iniesta C.

OBJETIVOS
1) Ofrecer un marco organizativo y asistencial a los pacientes que pueden beneficiarse de la intervención de los distintos equipos de soporte: UFISS geriátrica, UFISS paliativa, TS, Programa Pre-alt (coordinación con AP). 2) Implicar a los equipos asistenciales (médico-enfermera) en el proceso del alta.

MÉTODOS
1) Análisis de la situación actual conjuntamente con los equipos de soporte: identificación del perfil del paciente candidato, valoración de necesidades, revisión del circuito funcional y propuesta de mejoras organizativas. 2) Implementación de la figura de responsable del programa y de la enfermera referente para los equipos asistenciales. 3) Diseño y puesta en marcha de la "hoja de valoración del paciente" al ingreso en la que se registran variables de alerta sobre posibles problemas al alta. 4) Implementación de programa en unidades piloto (especialidades clínicas). 5) Información-comunicación a todos los profesionales asistenciales (médicos-enfermeras) con especial implicación de los jefes de servicio i supervisoras de enfermería. 6) Reuniones de coordinación con los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS
1) Periodo analizado: de enero a diciembre de 2006. 2) Pacientes coordinados (que han entrado en programa): 1.522. 3) Intervenciones de los equipos de soporte: UFIS Geriatría: 509, UFIS Paliativos: 180, trabajadoras sociales: 378, Atención Domiciliaria (programa pre-alt): 415, otros: 40. 4) Destino al alta: domicilio o residencia social: 959, centro sociosanitario: 459, *exitus*: 103, voluntaria: 1. 5) Servicios de procedencia de los pacientes ingresados: Medicina Interna 14,3% (representa el 33,4% sobre el total de altas del servicio), Cirugía Ortopédica y Traumatología 14,5% (16,6% de sus altas), Digestología 10,4% (13,6% de las altas del servicio), Neumología 8,5% (12,6% de las altas del servicio), Medicina Infecciosa 7,7% (25% de las altas).

CONCLUSIONES
Se han detectado más pacientes con necesidades al alta, con diferencias significativas entre servicios. El mayor incremento corresponde a la coordinación con Atención Primaria (95 en el año 2005 *vs*. 393 en el año 2006). La implicación del equipo asistencial es fundamental para la detección de pacientes. La figura de la enfermera referente es básica para canalizar las solicitudes/detecciones de pacientes a los equipos de soporte que gestionan el recurso más adecuado para las necesidades del paciente.

Contacto: Myriam Claret Martí – mclaret@imas.imim.es

Mesa 17

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 2

C-140 – C-148

C-140 EL DOLOR Y SU TRAZABILIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA (HC) DEL PACIENTE

Autores: González-Llinares RM, Ruiz de Ocenda-García MJ, Alonso-Vallejo M, Barberena-Iriarte C, Orbe-Dañobeitia AM, Garay-Rubio T.

INTRODUCCIÓN

Se puede decir que la trazabilidad es la capacidad de seguir un producto a lo largo de la cadena desde su origen hasta su estado final. Se considera que el dolor es un problema que lo sufre el paciente/familia, y que los profesionales sanitarios deben dar una respuesta adecuada y debidamente procedimentada.

OBJETIVOS

1) Definir requisitos de trazabilidad en la HC ante el paciente con dolor. 2) Establecer el grado de concordancia ante el dolor entre los diferentes documentos de la HC (prescripción médica, aplicación terapéutica, plan de cuidados y evolutivo de enfermería).

METODOLOGÍA

1) Grupo de trabajo para definir requisitos. 2) Estudio observacional y transversal en los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006. 3) Aplicación de los requisitos a través de auditoría externa. 4) Criterios de exclusión: pacientes que puntualmente refieren dolor y que tras una intervención puntual se ha solucionado. 5) Criterios de inclusión: pacientes con o sin dolor y su seguimiento en la HC.

RESULTADOS

1) Requisito definido: existencia de concordancia entre la prescripción médica de analgesia, planificación del problema de colaboración dolor y respuesta del paciente ante las actividades; valorar la efectividad de la analgesia administrada; y/o vigilar signos y síntomas del dolor. 2) Revisión de 1.581 historias (10% de los pacientes ingresados en el momento del estudio) en 14 organizaciones de servicios. Año 2006: revisión de 414 HC (11,17% de pacientes ingresados en el momento del estudio) de las cuales el 75,60% cumplen los requisitos, dentro de una gran variabilidad intercentros, en un rango de 53,33% y 100%. 3) El evolutivo del grado de concordancia: 69,09% (año 2002), 73,62% (año 2003), 73,42% (año 2004), 68,25% (2005), 75,60% (2006).

CONCLUSIONES

Las auditorías de historias clínicas son fuente de información para abordar problemas de la práctica sanitaria. El grado de concordancia alcanzada ante el dolor se sitúa en datos aceptables y pudiera ser debido al enfoque y la perseverancia en la mejora de los cuidados y en su evaluación sistemática.

Contacto: Rosa M González Llinares – rgonzalez@sscc.osakidetza.net

C-141 COORDINADORA DEL CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DEL PROCESO

Autores: Monje A, Arranz C, Tresgallo E, Hernández C, Manzano A.

OBJETIVOS

El cáncer de mama constituye un problema importante para la salud de las mujeres de nuestra comunidad, ya que es el tumor más frecuente entre la población femenina y primer causa de muerte entre 35 y 74 años, ocasionando además una importante repercusión física y psicológica en las mujeres afectadas. Su tratamiento es además un proceso clínico médico-quirúrgico de creciente complejidad que la que participa un equipo multidisciplinar compuesto por 13 servicios hospitalarios. Dentro de este entorno se encuentra la figura de la coordinadora de Enfermería del proceso de cáncer de mama cuyo trabajo comienza con la captación de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama desde la consulta de Ginecología Oncológica y finaliza al terminar el proceso. Nos planteamos los objetivos: 1) Analizar la actividad de la coordinadora con el objetivo de conocer la situación real de su trabajo. 2) Identificar los puntos débiles del proceso. 3) Detectar áreas de mejora y realizar las medidas correctoras oportunas.

MÉTODO

1) Revisión de bibliografía y del protocolo de actuación. 2) Realización de reuniones periódicas para definir y consensuar un circuito del proceso. 3) Evaluación de la actividad generada. 4) Evaluación de la hoja de registro del proceso existente.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio que contemplaba desde el 2004 al 2006 ambos inclusives: 1) Se registraron un total de 631 nuevos casos de cáncer de mama de los cuales 192 corresponden con el año 2004 y el resto, un total de 439, con la siguiente procedencia: a) Programa de detección precoz: 27,2% en el 2005 y un 23,7% en el 2006. b) Hospitales de la comunidad: 5% en el 2005 y 1,82% en el 2006. c) Centros de salud: 6,36% en el 2005 y un 2,73% en el 2006. d) Centros privados: 4% en el 2005 y un 6% en el 2006. e) Consulta de Ginecología Oncológica: 57,2% en el 2005 y 68,49% en el 2006. 2) Se coordino y asistió a un total de 177 sesiones clínicas en todo el periodo del estudio. 3) Se citaron más de 116 consultas con el psicólogo de AMMUCAM. 4) Se evaluaron las hojas de registro detectándose puntos débiles y la necesidad de una adecuación de la misma.

CONCLUSIONES

1) Constatar la importancia de implementar en nuestra actividad diaria un registro exhaustivo de la actividad generada. 2) Importancia de aplicar metodología de investigación en el estudio del proceso. 3) Necesidad de reelaborar una nueva hoja de registro que se adapte a las nuevas necesidades detectadas. 4) Atención integral y multidisciplinar del proceso.

Contacto: Amaya Monje Álvarez – amanach@yahoo.es

C-142 CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO A LA REDUCCIÓN DE LISTA DE ESPERA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA

Autores: Herranz MM, Cobo MJ.

OBJETIVOS

1) Mejorar el tiempo de respuesta para el diagnóstico de la diabetes gestacional. 2) Mejorar la calidad percibida por el paciente.

MÉTODOS

1) Propuesta del Servicio de Análisis Clínicos al Servicio de Obstetricia del área, de cita automática desde el laboratorio a aquellas pacientes con el Test de O'Sullivan positivo a las que habría que realizar la sobrecarga oral de glucosa de 100 g., necesaria para el diagnóstico de la diabetes gestacional. 2) Elaboración del protocolo. 3) Reunión con los DUE y administrativos del Servicio de Atención al Paciente de los diferentes CEP, para implantación del protocolo de cita en el plazo de una semana a aquellas gestantes que precisen dicha prueba. 4) Reunión con TEL del laboratorio del área de Bioquímica, para explicar todo el procedimiento y cuál sería su función. 5) Elaborar un cronograma de implantación, cumplirlo y evaluarlo.

RESULTADOS

1) Reducción del tiempo para el diagnóstico de diabetes gestacional de 30 a 40 días, a una semana. 2) Reducción de la lista de espera en la consulta de Obstetricia, al suprimir 1.484 consultas en un año. 3) Mejora de la calidad percibida por nuestros clientes, tanto internos como externos: –El cliente externo: le evitamos una visita a su obstetra o disminución del tiempo para diagnóstico o reducción de la morbimortalidad materno-fetal; –El cliente interno mejora su asistencia, gracias a la eficiencia del laboratorio, pudiendo instaurar tratamientos y derivar estos embarazos para vigilancia fetal en tiempo y forma.

CONCLUSIONES

1) La introducción de esta acción de mejora desde el Servicio de Análisis Clínicos ha contribuido a aumentar la calidad asistencial en la consulta de Obstetricia dando lugar a un efecto multiplicativo que redunda en beneficio de las gestantes. 2) El trabajo en equipo, de todos los estamentos sanitarios, hace que la calidad asistencial mejore día a día. 3) El laboratorio es un servicio consultor y colaborador a tener en cuenta.

Contacto: Mercedes Herranz Puebla – mherranz.hvtr@salud.madrid.org

C-143 DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE CONOCIMIENTOS

Autores: Alonso P, Blanco S, Gárate M.

INTRODUCCIÓN
Desde hace un tiempo un grupo de profesionales de Enfermería de una Unidad de Cirugía de un Hospital General veníamos observando que el personal ajeno a la unidad (eventual o de refuerzo) no contaba con el suficiente conocimiento y destreza para el cuidado y mantenimiento de los drenajes de Cirugía Hepatobiliopancreática (CHBP), es por ello que nos planteamos saber qué conocimientos poseían estas enfermeras.

OBJETIVOS
1) Identificar los conocimientos que el personal de enfermería eventual tiene con relación a los cuidados de los drenajes de CHBP. 2) Elaborar un protocolo específico para el manejo de estos drenajes.

METODOLOGÍA
Constitución de un grupo de trabajo formado por tres enfermeras y coordinado por la supervisora de la Unidad de Calidad. Las actividades desarrolladas han sido: a) revisión bibliográfica; b) creación de un panel de expertos para la elaboración del protocolo; y c) para identificar los conocimientos se elaboró una encuesta compuesta de 10 preguntas: 3 recogen variables sociodemográficas, 5 conocimientos y 2 son de opinión. La técnica utilizada ha sido la encuesta autocumplimentada.

RESULTADOS
Se distribuyeron 29 encuestas, de las cuales fueron respondidas 23 (79%): mujeres 21 (91,3%) y hombres 2 (8,7%). Para comparar los conocimientos –índice de respuestas acertadas– con relación a los años de experiencia se estableció el punto de corte en menos o igual a 10 años de experiencia, creándose dos grupos, G1: 13 enfermeras (57%) y G2: 10 enfermeras (43%). En el G1 –menos o igual a 10 años– el índice de aciertos ha sido del 38,5% y en el G2 –más de 10 años– un 10%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas, (Fisher $p > 0,179$). Ningún encuestado ha respondido correctamente al 100% de las preguntas de conocimiento, y ha habido una pregunta que nadie ha contestado correctamente. Respecto a las preguntas de opinión, el 82,61% de los encuestados considera adecuada una actualización de sus conocimientos sobre los drenajes de CHBP, hay un 91,3% que considera necesaria la elaboración de un protocolo.

CONCLUSIONES
1) Las enfermeras con menos años de experiencia poseen un mayor nivel de conocimientos teóricos. 2) La información que nos proporciona una encuesta anónima de este tipo es una herramienta idónea para identificar puntos fuertes y áreas de mejora con relación al proceso de cuidar. 3) Basándose en los resultados obtenidos se considera necesario la elaboración de un protocolo.

Contacto: Mercedes Urruela Oliván – murruela@hbas.osakidetza.net

C-144 MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA DE UN PACIENTE PROGRAMADO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Ros-García VM, Sáez-Soto AR, Terón-Martínez MJ, Bernal-Romero JM.

INTRODUCCIÓN
En el año 2000 se publica el Manual de procedimientos de enfermería del HGU de Murcia hoy HGU Reina Sofía. En 2002 se inicia la evaluación del cumplimiento: acogida de un paciente programado en una unidad de hospitalización; en junio de 1999 cierra el Hospital para la construcción de un nuevo edificio; los profesionales se reubican en dos hospitales, se mantienen las unidades de enfermería; en octubre de 2005 se inicia apertura y se concluye en enero de 2006.

OBJETIVO
Conocer la evolución del cumplimiento de los criterios del procedimiento en paralelo a los cambios del hospital en este periodo.

METODOLOGÍA
Para la medición y evaluación se establecieron estándares de cumplimiento: satisfactorio (mayor de 80%); mejorable (de 50% a 80%); y no se cumple (menor de 50%). Los criterios de evaluación del procedimiento fueron 7, se incluyen 2 en el objetivo: valoración de la implementación del plan de acogida al paciente, de contrato gestión 2005-2007 SMS, consensuado por el grupo de trabajo regional de Enfermería. Criterios: se registra el procedimiento de acogida en las primeras 24 horas desde el ingreso. La enfermera que realiza el procedimiento se identifica. Dimensión: calidad científicotécnica, satisfacción del paciente. Tipos de datos: proceso. Unidades de estudio: paciente/familia ingresado en unidades de hospitalización. Fuentes de datos: historia clínica, paciente/familia. Marco muestral: pacientes ingresados más de 24 horas en unidades el día de medición. Evaluación interna por supervisores de la unidad.

RESULTADOS
Se registra el procedimiento de acogida de las primeras 24 horas desde el ingreso: 2002: 77%, 2003: 75%, 2004: 68% mejorable, 2005: 85% satisfactorio, 2006: 34% no se cumple. La enfermera que realiza el procedimiento se identifica: 2002: 75%, 2003: 71% mejorable, 2004: 82%, 2005: 87% satisfactorio, 2006: 77% mejorable. Análisis de resultados: el porcentaje de cumplimiento de ambos es elevado en los 5 años, hay un descenso del primero en 2006 (no se cumple) y del segundo (pasa a mejorable).

CONCLUSIONES
En los años de dispersión, un grupo de mejora encargado de implantar y coordinar la evaluación de los procedimientos permitió un elevado cumplimiento. El cambio al nuevo edificio, la incorporación de nuevos profesionales, la falta de información a éstos sobre procedimientos y los cambios en la dinámica de trabajo han supuesto un descenso en la total aplicación. Es fundamental monitorizar el cumplimiento de normas de buena práctica para poder garantizar los estándares de calidad de cuidados y a su vez determinar oportunidades de mejora.

Contacto: Ángeles del Rosario Sáez Soto – angeles.saez@carm.es

C-145 IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MEDICINA. MEDIDA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Puig D, Muñoz F, Lladó RI, Marzzan P, Ghio D, Plovins J.

OBJETIVOS
Actualmente, el aumento de presión asistencial en la mayoría de centros requiere medidas organizativas para descongestionar los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), procurando evitar visitas repetidas a éstos por un mismo motivo, atendiendo los problemas de lista de espera de atención especializada en consultas externas, e intentando obtener diagnósticos y tratamientos concretos y precoces de procesos patológicos potencialmente graves. Nuestro objetivo es valorar el impacto de la implementación de la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina (UDRM) de la Clínica USP-Palmaplanas, vinculada directamente al SUH y dependiente del Servicio de Medicina Interna.

MÉTODOS
Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, realizado en un hospital de ámbito urbano de 140 camas, valorando la totalidad de pacientes atendidos en la UDRM durante el periodo de implementación (abril de 2006 - abril de 2007). Para ello se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, se desarrolló el proceso asistencial UDRM y se establecieron indicadores de proceso y resultado para su control y análisis. Se utilizó soporte informático SPSS para Windows con significación estadística para $p < 0,05$.

RESULTADOS
Total urgencias médicas atendidas en el SUH durante el periodo de estudio: 22.826; total pacientes valorados en la UDRM: 1.376 (6%); sexo (mujeres 62%, varones 38%); edad (45% de 25 - 44 años, 29% 45 - 64 años, 15% > 65 años, 11% 14 - 24 años); motivo de consulta en la valoración inicial (Urología 25%, Digestivo 17%, Neumología 10%, Medicina Interna 6%, Psiquiatría 4%); estudio de concordancia diagnóstica 93%; tiempo de espera desde atención en SUH hasta valoración en la UDRM (< 48h 18%, 3 - 4 días 36%, 5 - 7 días 25%); tiempo de espera desde valoración inicial hasta final en la UDRM (mismo día 80,5%, < 8 días 11%, 9 - 12 días 2%); porcentaje de revaloraciones por el mismo motivo en la UDRM 3%, 32 ingresos hospitalarios desde la UDRM, pacientes derivados a otro servicio de atención especializada 17%.

CONCLUSIONES
La implementación de la UDRM ha sido una medida eficaz en la mejora de la calidad asistencial, reduciendo el tiempo de espera en la atención de los pacientes derivados desde el SUH, con capacidad de resolución alta. Es una herramienta útil para mejorar la accesibilidad a los distintos servicios, ayudando en la coordinación entre ellos y agilizando la fluidez en los circuitos hospitalarios.

Contacto: Diego Puig Fortuny – mbobrador@hotmail.com

C-146 ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA CON RELACIÓN A LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS EN EL HOSPITAL

Autores: Agustí A, Arnau JM, Bosch J, Alerany C, Martínez J, Hidalgo E.

INTRODUCCIÓN
Una de las labores más importantes de la Comisión Farmacoterapéutica (CFT) es asesorar a la dirección del hospital sobre las solicitudes de inclusión de nuevos medicamentos en la *Guía farmacoterapéutica* (GFT) a partir de la evaluación rigurosa de su valor añadido frente a la oferta ya disponible.

OBJETIVOS
1) Describir los medicamentos solicitados y las decisiones de la CFT. 2) Describir los acuerdos de la CFT sobre condiciones adicionales para la inclusión y el grado de cumplimiento.

MÉTODOS
Se han analizado todas las solicitudes de inclusión de nuevos medicamentos en la GFT desde el año 2002 al 2005. Variables estudiadas: medicamento solicitado, decisión de la CFT, condiciones adicionales (protocolo de uso del medicamento y/o resultados de seguimiento sobre el uso) y grado de cumplimiento de estas condiciones. La información sobre las variables estudiadas se ha obtenido a partir de las actas de las reuniones de la CFT. El grupo terapéutico del medicamento se ha clasificado según la *Anatomic Therapeutic Classification* (ATC). Para analizar los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 14.0.

RESULTADOS
Durante el período de estudio se ha solicitado la inclusión de 100 medicamentos, los más frecuentes han sido 23 activos sobre SNC, 12 sobre la sangre y órganos hematopoyéticos, 12 sobre el aparato locomotor y 11 citostáticos o inmunomoduladores. La decisión de la CFT fue recomendar la inclusión del medicamento en 58 ocasiones y no recomendarla en 42. La inclusión de citostáticos o inmunomoduladores y de antiinfecciosos se recomendó más a menudo y menos la de los medicamentos activos sobre el aparato respiratorio o cardiovascular, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Para 16 (28%) medicamentos se solicitaron condiciones adicionales para la inclusión: un protocolo de uso para 9, seguimiento de resultados para 3 y ambas condiciones para 4. La solicitud del protocolo de uso se cumplió en 11 de las 13 solicitudes pero los resultados de seguimiento sólo en una de las 7 solicitudes.

CONCLUSIÓN
La evaluación del valor añadido de los nuevos medicamentos lleva a rechazar su inclusión en la GFT en más del 40% de los casos y a establecer condiciones adicionales en una proporción relevante de los que se recomienda incluir. Los resultados del presente estudio muestran las dificultades de cumplimiento de las condiciones adicionales, especialmente cuando implican seguimiento de resultados, y plantean la necesidad de priorizarla como un elemento de gestión clínica del centro.

Contacto: Carmen Alerany Pardo – calerany@vhebron.net

C-147 CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE NEBULIZADORES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: Bernabeu R, Sánchez-Nieto JM, Carrillo A, Ramón T, Menchón P, García P.

OBJETIVOS

1) Evaluar la calidad de la prescripción de nebulizadores en los pacientes ingresados en un hospital universitario. 2) Comparar la calidad de la prescripción de nebulizadores entre Medicina Interna y Neumología.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: observacional prospectivo de serie de casos. Período de estudio: del 19 de julio al 19 de noviembre de 2006. Tamaño muestral: 68 casos. Población: pacientes con nebulizadores ingresados en el centro. Fuente de datos: historia clínica y hoja de tratamiento. Método del muestreo: consecutivo. Criterios (C) de calidad: C1: el tratamiento indica el nombre, dosis y pauta horaria de los fármacos nebulizados. C2: la hoja de tratamiento refleja el tipo de nebulizador utilizado. C3: la hoja de tratamiento muestra el flujo en lpm en los nebulizadores de oxígeno. C4: el tratamiento indica la forma de administración del aerosol (mascarilla o boquilla). C5: en pacientes con hipercapnia no se usa un nebulizador de oxígeno a alto flujo. C6: cuando se administra bromuro de ipratropio no se usa mascarilla.

RESULTADOS

Número total y distribución de casos por especialidad: Medicina Interna: 43 (63,2%), Neumología: 25 (36,8%). Edad media: 72 ± 15 años (rango: 26 - 97); 76 ± 15 años (MI) *vs*. 64 ± 12 años (NML); p = 0,004. Tiempo entre ingreso y medición: 4,4 ± 4,9 días (rango: 1 - 30 días). Uso concomitante de inhaladores (cartucho y/o polvo seco) 5 pacientes (7,4% del total). Diagnóstico más frecuente: 34 pacientes EPOC (50% del total).

CRITERIOS	Núm. INCUMPL	% INCUMPL	% INCUMPL ACUMULADO
3. Flujo O_2 (n=40)	68	26,9%	26,9%
4. Forma de administración	60	23,7%	50,6%
6. Bromuro Ipratropio	60	23,7%	74,3%
2. Tipo de nebulizador	45	17,8%	92,1%
5. Hipercapnia (n=27)	15	5,9%	98,0%
1. Nombre, dosis y horario	5	2,0%	100,0%
TOTAL	253	100,0%	

CONCLUSIONES

Los datos que menos se especifican en la prescripción de nebulizadores en los pacientes ingresados son: el flujo de oxígeno cuando se usan nebulizadores con oxígeno (lpm) y la forma de administración de la nebulización (boquilla, mascarilla). En Neumología existen menos incumplimientos que en Medicina Interna, excepto en el C1. Hay una oportunidad de mejora en la prescripción de nebulizadores en los pacientes ingresados en el hospital.

Contacto: Roberto Bernabeu Mora – bernabeumora@hotmail.com

C-148 EFECTIVIDAD EN LA GESTIÓN DE RECURSOS DE UN HOSPITAL DE AGUDOS TRAS APLICAR UN PROGRAMA DE ALTA A CENTROS ASISTIDOS

Autores: Galí J, Puig C, Vila A, Rosell G, Herrero M, Blabia M.

INTRODUCCIÓN

La ocupación inadecuada de camas hospitalarias, por pacientes afectos de una patología aguda, es una de las grandes causas de pérdida de efectividad y de eficiencia de nuestros hospitales.

OBJETIVO

Analizar la optimización de recursos hospitalarios derivados de una política de gestión de camas adecuada.

MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. 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. Análisis comparativo de los pacientes que, procedentes del domicilio propio, fueron trasladados, tras ser dados de alta hospitalaria a su mismo domicilio (D), a un centro de convalecencia (CC) o a un centro de larga estancia (R). Registro de datos en una base de datos mediante el programa informático File Maker Pro. Análisis de datos mediante Excel y File Maker.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 1.000 pacientes seguidos durante un año. De estos 1.000 pacientes, vivían en su propio domicilio 833, con una edad media de 81,5 +/- 7,4 años, estancia media de 7,3 +/- 3,7 días, mortalidad intrahospitalaria del 3,2% y mortalidad acumulada al año del 22%. El destino al alta hospitalaria fue: D 401 (48,1%), CC 354 (42,5%), R 17 (2%). La edad media de los pacientes de los 3 grupos fue: D 80,5, CC 82,3, R 83,6. La estancia media hospitalaria fue: D 7,7 +/- 3,9, CC 7,1 +/- 3,6, R 6,5 +/- 1,2. La mortalidad acumulada al año del tratamiento, descontando el 3,2% de mortalidad intrahospitalaria, fue: D 17,7%, CC 21,2%, R 35,3%. La demora quirúrgica superior a 24 horas fue: D 8,5%, CC 12,1%, R 5,9%. Las cifras de pacientes con demencia senil fueron: D 12,5%, CC 20,1%, R 23,5%. El porcentaje de pacientes con antecedentes de patología cardiaca fue: D 20,2, CC 26,3, R 41,2. Se registró también un mayor número de complicaciones durante el ingreso hospitalario en los pacientes trasladados a otros centros, pero poco significativas al ser el número de complicaciones muy bajo.

CONCLUSIONES

Una política de gestión de recursos hospitalarios, mediante alta hospitalaria a centros de convalecencia o asistidos, disminuyó la estancia media hospitalaria, a pesar de que los pacientes, trasladados a dichos centros, presentaron una mayor edad media, una mayor demora quirúrgica, una mayor comorbilidad y una mayor tasa de complicaciones durante el ingreso hospitalario, que los pacientes trasladados a su propio domicilio.

Contacto: Jordi Galí López – 13592jgl@comb.es

Mesa 18

GESTIÓN POR PROCESOS 2

C-149 – C-157

C-149 IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Autor: Mediavilla Herrera I.

JUSTIFICACIÓN

Tras la autoevaluación EFQM de 2003, surge la idea de implantar la Gestión por Procesos como sistema de gestión en nuestra área.

PLANIFICACIÓN

De noviembre de 2004 a enero de 2005 se planifican con la consultora las distintas fases del proyecto (fase de modelado, de pilotaje y de implantación), se elabora un cronograma de trabajo para todo el año 2005 y se forman 3 grupos de trabajo: 1) Equipo guía: su misión fue y sigue siendo hacer el seguimiento del proyecto y tomar las decisiones directivas necesarias en cada momento. 2) Equipo de apoyo: su misión fue y sigue siendo mantener y publicar el modelo de procesos, la tabla de consistencia y formar a los propietarios de procesos. 3) Equipo de diseño: su misión fue, junto a la consultora, diseñar el modelo de procesos del área. **Fase de modelado**: Entre enero y marzo de 2005 el equipo de diseño y el consultor diseñan el modelo de procesos del área: mapa y árbol con lenguaje IDEF0. El equipo guía revisa el modelo, lo aprueba y elabora la tabla de consistencia. **Fase de pilotaje**: En marzo de 2005 el equipo guía decide los 5 procesos que se van a situar en control en el pilotaje y quiénes van a ser los propietarios. De abril a junio de 2005 estos propietarios reciben formación por parte de la consultora, diseñan la ficha de su proceso y hacen la primera evaluación del mismo, proponiendo acciones de mejora. En junio todos los propietarios exponen sus conclusiones. Durante este mismo periodo de tiempo, 6 miembros del equipo de apoyo reciben formación que les cualifica como formadores internos. **Fase de implantación**: En septiembre de 2005 se sitúan en control otros 5 procesos. La formación a los propietarios es impartida por los formadores internos del área. Entre septiembre y diciembre de 2005 se realizan actividades para consolidar el liderazgo y para difundir la cultura de la Gestión por Procesos. **Fase de expansión**: En enero de 2006 se hace la presentación del proyecto en las jornadas anuales de directivos y se entrega un CD con el modelo de procesos del área. Se siguen poniendo procesos en control durante 2006 y 2007. Se revisan y mejoran el árbol de procesos del área y la tabla de consistencia. Se sistematizan las reuniones del equipo guía así como sus funciones. En la actualidad, existen 33 procesos en control y se está trabajando en: consolidar el liderazgo del proyecto, diseñar un sistema de información que sustente toda la información que generan los procesos, seguir situando procesos en control y empezar a gestionar por procesos.

Contacto: Inmaculada Mediavilla Herrera – imediavilla.gapm01@salud.madrid.org

C-150 ELABORACIÓN DE UNA BASE DE DATOS PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DE UNA UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVOS

Autor: Samper E.

OBJETIVO
Elaboración de una base de datos para la recogida de datos referente a pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta base de datos permitirá incrementar la eficiencia y la precisión de los registros.

METODOLOGÍA
Utilizando como aplicación Microsoft Access se creó una base de datos que recoge los datos de filiación, procedimientos, datos microbiológicos, APACHEII, datos referentes a los catéteres centrales y ventilación mecánica. Permite también elaborar el informe de alta de enfermería. La base de datos es utilizada por todo el equipo asistencial y muestra la información de forma permanentemente actualizada sobre indicadores de cualidad y de cantidad.

RESULTADOS
Después de un período de formación de dos semanas a todo el personal de la unidad, la base de datos se comenzó a utilizar el 1 de enero de 2006. Se ha valorado positivamente su utilidad polivalente y se ha demostrado que facilita la recogida y el tratamiento de los datos. Proporciona un acceso rápido a la información que contiene y facilita el desarrollo de proyectos de investigación. Es de una gran ayuda para elaborar el informe de alta de enfermería.

CONCLUSIONES
Las bases de datos para la gestión clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos permite el conocimiento permanente del *case-mix*, ayudan en la vigilancia del paciente y facilitan la revisión de los datos clínicos. La accesibilidad a todos los miembros del equipo permite que la información esté al alcance de todo el personal y no sólo de los gestores.

Contacto: Elena Samper Saldes – elesam@hotmail.com

C-151 PROCESOS DE APOYO AL PROCESO ASISTENCIAL ¡A CERTIFICACIÓN!

Autores: Darpón J, Urrutia I, Arizabaleta R, Mezkorta K, Herrero R, Urruela M.

OBJETIVO
Facilitar la eficiencia de la organización y contribuir a la mejora de la coordinación y gestión de los procesos asistenciales. Los procesos de apoyo tienen un papel fundamental en el hospital debido a que son la razón de ser o el engranaje necesario para que el proceso asistencial funcione de manera eficaz, con su consecuente impacto en la satisfacción del paciente y en los resultados estratégicos. No obstante, las interacciones de estos procesos con los procesos asistenciales no siempre están claras, se trabaja en función de hábitos adquiridos, percepciones subjetivas e ineficiencias, algunas, como se han identificado, son totalmente evitables.

MÉTODO
1) Identificación de los procesos de apoyo: recursos generales y de apoyo al diagnóstico (mapa de procesos). 2) Constitución de equipos de diseño por cada uno de los procesos. Fase de diseño: a) definir la misión del proceso, b) definir el cuadro de mando del proceso, c) alcance del proceso, d) responsabilidades, e) mapa del proceso f) interacciones, g) descripción de las actividades (flujograma), h) recursos asociados. 3) Comunicación interna. 4) Implantación. 5) Auditoría interna. 6) Auditoria externa: certificación ISO 9001: 2000 (años 2004/2006).

RESULTADOS
Basándose en la metodología descrita, se han conseguido las siguientes certificaciones: 2004: Anatomía Patológica; 2005: Limpieza, Mantenimiento; 2006: a) Procesos de apoyo generales: aprovisionamiento (Compras y Almacén), Recursos Humanos, Gestión Económico-Financiera, Sistemas de Información; b) Procesos de apoyo operativos: Laboratorio; Banco de Sangre (no se consiguió la certificación de Radiodiagnóstico).

CONCLUSIONES
La certificación ha sido un reconocimiento más a la mejora de la gestión interna de estos procesos. Lo importante ha sido y sigue siendo: 1) Definir, controlar y actualizar un sistema de objetivos e indicadores que aporte información a cada proceso de la eficacia/eficiencia de los mismos. 2) Abrir nuevas vías de recogida y análisis de las sugerencias, reclamaciones o quejas de los clientes internos (no valen sólo percepciones subjetivas). 3) Definir reglas de juego con los procesos asistenciales - ¿qué, cuándo y cómo necesitas / qué, cuándo y cómo necesito? 4) Homogeneizar criterios de actuación. 5) Iniciar sistemática de reuniones de equipo, al objeto de analizar y proponer ideas de mejora. 6) Poner cimientos para generar cultura y espíritu de equipo, en procesos, algunos, de gran componente administrativo.

Contacto: Isabel Urrutia Johansson – johansson@hbas.osakidetza.net

C-152 PLAN DE CALIDAD PARA UNA UNIDAD DE CALIDAD

Autores: Berenguer-García MJ, Tejedor-Fernández M, Castro-Ruiz MJ, Millán-Casado M.

OBJETIVOS
La finalidad general de este análisis fue consolidar una estructura funcional que defina el modo en el que la unidad de calidad planifica su trabajo y se organiza para difundir una cultura de calidad e impulsar la excelencia; significa aplicar, a modo de esquema general, una guía metodológica que incluya los procedimientos y procesos de la práctica de la unidad.

MÉTODO
Para elaborar el Plan de calidad utilizamos la siguiente secuencia: la revisión bibliográfica, el análisis de la situación de partida, la designación del responsable de calidad, el desarrollo del programa de calidad, el plan de comunicación a todos los integrantes del servicio, la implantación y evaluación y el uso de las estrategias de mejora. Los elementos surgidos del análisis como apartados integrantes del Plan de calidad son: designación de un responsable de calidad, misión visón y valores, cartera de servicios, cartera de clientes, gestión de procesos, definición de indicadores, cuadro de mandos y auditorías internas, formación continuada e investigación, sesiones de calidad y manual de calidad. Se planificó, además, la evaluación del mismo.

RESULTADOS
Una vez elaborado el Plan de calidad, el factor clave en la implantación del mismo es buen sistema de comunicación. A través del cuadro de mandos el equipo de la unidad conoce el Plan de calidad unificado (información sanitaria, archivo y calidad) y cuáles son las metas de la unidad, de una manera fácil y comprensible. Por otra parte, el uso del Plan de calidad permite que la unidad obtenga un reconocimiento en la organización y un liderazgo en el área de salud. Conseguimos fidelizar a los clientes mediante una ejecución perfecta de nuestro quehacer diario y logramos el menor número de errores en nuestros procesos.

CONCLUSIONES
En un entorno sanitario dónde los cambios son continuos y muchos asumimos que nuestro nuevo marco de desenvolvimiento es la complejidad e incluso el caos, tener definidas, por lo menos, algunas actuaciones básicas y que añadan valor se hace de vital importancia. Por lo tanto, es deseable que las actuaciones profesionales identificadas como esenciales, deben estar recogidas en un Manual o Plan de Calidad que permita coordinar las actividades de todos los miembros del equipo, definiendo su actividad y a quien va dirigida y facilitando su medición y mejora. Si esto nos parece bueno para los demás es deseable que ocurra en las Unidades de Calidad.

Contacto: M José Berenguer García – mariaj.berenguer.sspa@juntadeandalucia.es

C-153 APORTACIÓN DE LA UNIDAD DE ESPERA POST-ALTA COMO MEJORA EN LA AGILIZACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

Autores: Esteve J, Oliva A, Ximenis M, López M, Fernández M, Llauradó C.

INTRODUCCIÓN
La demora al alta desde hospitalización derivada de la necesidad de transporte sanitario (TS) o asistencia de familiares es un elemento clave para el drenaje de otras áreas asistenciales. La creación de dispositivos hospitalarios encaminados a facilitar el TS puede constituir un elemento que mejore la agilización del proceso.

OBJETIVO
Se diseño una unidad posalta (UPA) destinada a pacientes en espera del traslado al domicilio mientras acuden sus familiares y/o (TS) para contribuir a la disminución de la demora de ingresos urgentes y programados, garantizando al mismo tiempo la seguridad y calidad asistencial al paciente que es dado de alta.

METODOLOGÍA
Desde enero de 2007 se dispone de una UPA ubicada en la primera planta, con capacidad para 10 pacientes, funcionando de lunes a viernes de 08:00 a 21:30 horas. Para su inclusión en la UPA es imprescindible el alta médica confirmada y firmada. Se excluyeron pacientes que el estado clínico no permitió la espera en esta sala en condiciones óptimas de calidad (desorientación temporal-espacial, agitación psicomotriz,). Para el análisis de su funcionamiento se estableció un registro diario de ocupación de la unidad, hora de llegada, tiempo de espera, unidad de procedencia/servicio de los pacientes. Se comparó el impacto en la hora de los ingresos a las unidades de hospitalización tras cuatro meses de su funcionamiento.

RESULTADOS
De enero a abril de 2007 fueron dados de alta desde hospitalización convencional 2.203 pacientes; de éstos el 23,2% precisaba TS (510). Fueron derivados a la UPA 238 pacientes, de los cuales el 73,1% (174/238) esperaban traslado a domicilio en TS, representando el 34,8% (174/510) del total de TS solicitados. El 26,9%(64/238) esperaban la presencia de algún familiar para el alta. El 4,6% de los pacientes procedían de urgencias y el 95,4% procedían de las diferentes unidades de hospitalización. El tiempo de espera medio de alta UPA fue de 166 minutos. Los miércoles y los viernes son los días de mayor ocupación (23,5% y 23,1% respectivamente). Se evidencia una tendencia en el aumento de un 5% de ingresos procedentes de Urgencias durante la franja horaria de 08:00 a 14:00 horas, respecto al último cuatrimestre del año anterior. La ocupación diaria fue de 4,2 pacientes/día.

CONCLUSIONES
La incorporación de la UPA como un nuevo dispositivo asistencial mejora la eficiencia del transporte sanitario y contribuye a la agilización de los ingresos en las unidades de hospitalización convencional y al drenaje de urgencias.

Contacto: Jesús Esteve Ferran – jesus.esteve@sanitatintegral.org

C-154 ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ Y AJUSTE DEL PROCESO REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO DE LARGA EVOLUCIÓN

Autores: Audicana-Uriarte A, Yoller-Elburgo AB, Larreina-Zerain M, Urretxu-Reboiro D, Aldeano-Merchan L, Alzola-Ladrón de Guevara MAH.

OBJETIVOS
La revisión del proceso asistencial en una unidad intrahospitalaria psiquiátrica detecta un incumplimiento de objetivos que indica una pérdida de control en el proceso. La realización de un análisis de causa raíz (ACR) y la implantación de acciones específicas, consecuencia de éste, nos permitirá situar otra vez el proceso bajo control.

METODOLOGÍA
En el año 2001 se implanta un sistema para gestionar el proceso asistencial que se desarrolla en la unidad de rehabilitación de pacientes con trastorno mental severo de larga evolución. Al final de cada año se realiza la revisión del sistema comprobando la consecución de los objetivos previstos. En el año 2005 éstos no son alcanzados. Se procede a un ACR aplicando el diagrama de Isikawa para la identificación de causas y seleccionando los siguientes posibles factores a analizar: pacientes, personas, procedimientos, comunicación, equipos e infraestructuras. Tras establecer las posibles causas, se implantan acciones específicas para su corrección, dichas acciones podrán ser asumidas en algunos casos por el responsable del proceso en la unidad (procedimiento y comunicación), otras serán responsabilidad de la dirección (recursos e infraestructuras). Se considera que el ACR ha sido eficaz si tras la implantación de las acciones se corrigen los indicadores.

RESULTADOS
1) Causas raíces: –Pacientes más jóvenes con patologías más graves, aumento de la patología dual. –El proceso diseñado para rehabilitar pacientes ya estabilizados en una unidad abierta, no se ajusta al nuevo perfil de paciente. –El personal sanitario asignado no es suficiente y la estructura de la unidad no se adecua al paciente actual. 2) Acciones: –El equipo revisa y modifica el proceso asistencial para ajustarlo a las necesidades de los nuevos pacientes. –La dirección proporciona refuerzo de personas y modificación de infraestructuras. 3) Evolución de indicadores: –Tasa de altas médicas: 6,82 en 2005; 12,77 en 2006. –Tasa de episodios de conflictividad de pacientes: 42,91 en 2005; 14,75 en 2006. –Tasa de traslados a unidades de contención por descompensaciones: 11,36 en 2005; 6,83 en 2006. –Tasa de contenciones en la unidad: 80,55 en 2005; 44,24 en 2006.

CONCLUSIONES:
1) El ACR es una herramienta eficaz que permite establecer acciones específicas para corregir desviaciones del sistema. 2) La Gestión por Procesos requiere la participación de la dirección para actuar sobre todas las posibles causas.

Contacto: Ana Audicana Uriarte – ana.audicanauriarte@osakidetza.net

C-155 ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA LIGADA A URGENCIAS

Autores: Losada Marrodan B, Oliva Vicedo JA, Usandizaga de Antonio E, García Díaz F, Ibernon Zabala M, Hernández Martínez R.

INTRODUCCIÓN
La incorporación de las Unidades de Corta Estancia (UCE) en los dispositivos hospitalarios se ha convertido en un elemento clave en la gestión de las estancias.

OBJETIVO
Analizar los resultados obtenidos desde la implantación de la UCE en nuestro centro, valorando su impacto en las estancias medias del Hospital respecto al periodo previo a su implantación.

MATERIAL Y MÉTODO
En enero de 2006 se incorporó la UCE a la cartera de servicios de nuestro centro. Se procedió al análisis del número de pacientes ingresados, procedencia, diagnósticos de entrada, estancia media, consumo de pruebas diagnósticas, traslado a otros servicios y motivos, así como la concordancia entre el diagnóstico en el momento de traslado y el diagnóstico al alta y la tasa de readmisiones en menos de 30 días, en el periodo de enero a junio. El análisis fue realizado por médicos del Servicio de Urgencias, mediante la revisión de las historias clínicas y de la base informática de registro de actividad del centro.

RESULTADOS
A lo largo del año 2006, fueron dados de alta un total de 689 pacientes, con una estancia media de 3,4 días. Durante el periodo a estudio, fueron ingresados un total de 376 pacientes, el 43,4% procedían de otros centros (en función de programas establecidos de derivación), el 46% presentaban patología respiratoria, el 19,4% patología cardiaca, el 11,7% patología digestiva, el 6,9% patología urinaria y el 16% restante correspondía a miscelánea (peso medio 0,8456). Fueron solicitadas un total de 30 pruebas complementarias (16 ecografías, 7 Tac, 5 endoscopias y 2 ecocardiogramas). Fueron trasladados 19 pacientes a otros servicios y 6 fueron derivados a nuestra unidad de hospitalización domiciliaria. No se observó falta de concordancia entre diagnóstico de traslado y de alta en ningún caso. Se reingresaron 23 pacientes (6,5%), entre 1 - 29 días (12,2 ± 7,38), 19 de ellos por el mismo motivo. La estancia media y la depurada (EMD) fue de 3,4 días. La EMD y peso medio de los servicios médicos fue de 6,58 días y 0,9561 en el año 2005 y en el periodo a estudio de 5,87 y 0,9945 respectivamente.

CONCLUSIONES
La incorporación de la UCE no ha supuesto un aumento en la estancia media del centro. La dependencia de la UCE del Servicio de Urgencias facilita la correcta identificación y el manejo de los pacientes ingresados en este dispositivo, que se traduce por un tasa muy reducida de traslados a otros servicios, consumo de pruebas y reingresos.

Contacto: Blanca Losada Marrodan – blanca.losada@sanitatintegral.org

C-156 METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. VISIÓN INTEGRAL DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Autores: Berenguer-García MJ, Millán-Casado M, Tejedor-Fernández M, Castro-Ruíz MJ, Álvarez-Benito M.

OBJETIVOS
Describir la metodología utilizada en la gestión de procesos asistenciales integrados (PAI) y la elaboración de un cuadro de mando conjunto de un hospital de tercer nivel y el área de Atención Primaria (AP) correspondiente para seguimiento de los resultados.

MÉTODO
En la implantación se utiliza la siguiente secuencia: revisión bibliográfica, análisis de situación de partida, definición de mapa de actividades, plan de comunicación y/o formación, identificación y desarrollo de criterios e indicadores, evaluación y análisis y mejora del proceso. Para evaluar la implantación se valoran los criterios de implantación. Para los indicadores clínicos de las normas básicas de calidad de los PAI, se utilizan distintas fuentes: datos obtenidos directamente del CMBD, auditoria de historias clínicas, registro de los datos y medición prospectiva de un indicador en un periodo de tiempo, historia electrónica de salud de Andalucía (DIRAYA – TASS), base de datos *ad hoc*, micro muestra de pruebas complementarias, comprobación de la existencia del documento específico.

RESULTADOS
Núm. de PAI implantados: 33, de los cuales reúnen los siguientes criterios: grupo internivel y multidisciplinar: 33; núm. de profesionales implicados: 405; análisis de la situación inicial: 30; mapa de actividades: 29; plan de comunicación: 27; evaluación de resultados en PAI: 30. Resultados clínicos: a modo de ejemplo se exponen los obtenidos en el PAI de Detección Precoz de Cáncer de Mama: demora diagnóstica: 14,4 días; demora terapéutica: 14,2 días; estudio en acto único: 83%; reconstrucción inmediata: ofrecido al 100% de las pacientes candidatas (PC), se ha realizado al 70% de las PC. Biopsia selectiva de ganglio centinela: se le ha ofrecido al 100% de las PC, se ha realizado en el 49,5% de las PC. Cirugía conservadora: ofrecido al 100% de las PC y se ha realizado al 52% de las PC. Carcinomas detectados en pacientes derivadas directamente desde AP para pruebas de imagen: 30% de los casos detectados. Utilización de documento específico: 93%.

CONCLUSIONES
La Gestión por Procesos permite la implantación de una cultura de participación de los profesionales en su propio quehacer, permite la evaluación y mejora de sus resultados en salud, así como la unificación de criterios, lo que disminuye la variabilidad entre los prestadores del servicio; todo ello en ambos niveles de la asistencia y con equipos multidisciplinares lo que reporta un incremento en la satisfacción de los usuarios del sistema que ven como aumenta la sensibilidad de los profesionales ante sus demandas de atención.

Contacto: M José Berenguer García – mariaj.berenguer.sspa@juntadeandalucia.es

C-157 MAPA DE PROCESOS POR UNIDADES ASISTENCIALES

Autores: Alberich Herrera C, Darias Rodríguez GM, Bethencourt Bethencourt A.

INTRODUCCIÓN
En el hospital existía un sistema de gestión sustentado en un mapa de procesos complejo y no arraigado, por lo que decidimos simplificarlo tomando como modelo de referencia la historia clínica (HC). Esto nos llevó a cambiar las especialidades médico-quirúrgicas por unidades asistenciales.

OBJETIVOS
1) Elaborar un mapa de procesos comprensible y de fácil aplicación, tomando como modelo de referencia la HC. 2) Facilitar la comprensión y aplicación del mapa de procesos por el personal. 3) Obtener la recertificación.

MÉTODO
Revisión de bibliografía y páginas web. Se identificaron los procesos claves y se presentó el nuevo mapa de procesos a los mandos intermedios, éstos se involucraron mediante formación y realización de grupos de trabajo, logrando que fueran el vehículo de información hacia los trabajadores. Una vez terminado de definir, se comunicó y fue colgado en la Intranet del Grupo USP para su máxima difusión. Posteriormente se realizó la auditoria para obtener la recertificación.

RESULTADO
Al principio la organización del Hospital estuvo muy escéptica a esta nueva experiencia lo que dificultó la reorganización en algunos procesos primordiales para la gestión de este mapa. Se definió a los responsables, los cuales analizan y buscan acciones de mejoras de manera conjunta, comprendiendo y poniéndolo en funcionamiento. El liderazgo activo contribuyó de manera especial en el desarrollo y difusión a todo el Hospital. Se consiguió trabajar de manera multidisciplinaria enfocando a un único fin: servicios centrales y unidades asistenciales para conseguir la satisfacción del cliente. Al ser comprensible y de sencilla aplicación facilitó la implantación y recertificación de todo el Hospital.

CONCLUSIÓN
Este mapa de procesos nos ayudó a enfocar nuestro trabajo a la HC del paciente, se cambió la sistemática de trabajo: de ser por especialidades a trabajar en función de servicios centrales y unidades asistenciales. La revisión de todo el sistema de gestión del Hospital nos dio una visión mas conectada con la realidad y nos ayudó a realizar acciones de mejora en los distintos procesos, ya fueran estratégicos, claves o de soporte, logrando una mayor identificación del personal con el sistema de gestión.

Contacto: Gema M Darias Rodríguez – gema.darias@usphospitales.com

Mesa 19

SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2

C-158 – C-166

C-158 LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Autores: Sánchez RP, Jiménez I, González J, Zazo J, Ortiz J, Monzón A.

INTRODUCCIÓN

Un aspecto a tener en cuenta en la asistencia sanitaria en la actualidad es las necesidades de información y comunicación de los pacientes oncológicos, cuando van a recibir tratamiento en el Hospital de Día Oncohematológico (HDOH) y una vez abandonan sus instalaciones. La definición de un circuito de atención al paciente, así como el desarrollo de canales de comunicación tanto internos como externos, van a suponer una acción de mejora en la percepción del paciente oncológico de su paso por el HDOH. Para mejorar en esta área disponemos de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

OBJETIVO

Habilitar un sistema de comunicación flexible y dinámico con el paciente ambulatorio a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Favorecer la comunicación entre pacientes. Ofrecer una herramienta de apoyo al paciente para resolver dudas que se generan al volver a su medio. Favorecer la relación entre los profesionales de los dos niveles de asistencia que se relacionan con el paciente oncológico.

MÉTODO

Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar para realizar el plan funcional del HDOH. El grupo no quiso perder la oportunidad de mejorar la comunicación con el paciente oncológico, para ello establece la consulta de enfermería con el fin de fomentar la educación para la salud de estos pacientes y además habilita la utilización de la página web del Hospital General de Ciudad Real para mejorar la comunicación de estos pacientes desde su domicilio. Se incorpora a este grupo de trabajo un informático. El proyecto se presenta a: 1) Comisión de Dirección del Hospital General de Ciudad Real (HG); 2) Los profesionales del Hospital General relacionados con el proceso oncológico; 3) Todos los profesionales del HG; 4) Otros profesionales del área; y 5) Asociaciones relacionadas.

RESULTADOS

Se realiza el plan funcional del HDOH en el que se recoge la necesidad de la puesta en funcionamiento de la consulta de Enfermería y la utilización en la página web del HG. La información del HDOH se divide tres áreas definidas: 1) Preguntas frecuentes (FAG); 2) Glosario; 3) Foro de pacientes. Todas ellas desarrolladas y mantenidas por los profesionales.

CONCLUSIONES

Las TIC son una herramienta útil en la comunicación entre profesionales para la continuidad de cuidados de estos pacientes, resolver dudas y quitar miedos al paciente oncológico. Favorece la comunicación profesionales-pacientes.

Contacto: Julián González Albalate – jgonzaleza@sescam.jccm.es

C-159 ACERCANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PROFESIONAL

Autores: Sánchez L, Martí R, Blázquez MJ, Hernández S, Alonso N.

OBJETIVOS

El objetivo principal es facilitar los consentimientos informados a los facultativos del centro, con el fin de que informen correctamente a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Nos remontamos al año 2005 cuando comenzamos a realizar auditorias de historias clínicas, con el fin de conocer, cuantitativamente, las historias que contenían la documentación correspondiente, debidamente cumplimentada. A raíz de estas auditorias, nos dimos cuenta de que el documento con un % más bajo era el consentimiento informado y que, además, en los aquellos casos en los que existía, no cumplía los requisitos legales.

MÉTODO

Nuestra Asesoría Jurídica elaboró una instrucción de trabajo con las partes fundamentales de un consentimiento informado, que es nuestro patrón de referencia. Recopilamos todos los consentimientos informados que circulaban por el Hospital y los comparamos con nuestro patrón, modificando aquéllos que no lo cumplían y dando un único formato a todos los demás. Nuestro Departamento de Informática creó una base de datos para alojar en el servidor. Una vez recopilados y actualizados, los clasificamos por especialidades médicas y los incorporamos a una base de datos que actualmente es un icono en los escritorios de todos los ordenadores del Hospital.

RESULTADOS

–Control real de la documentación. –Cumplimiento de los requisitos legales en materia de documentación de la historia clínica. –Aumento del porcentaje de cumplimentación e incorporación de consentimientos informados en la historia clínica. –Incorporación de más de 100 registros correspondientes a consentimientos informados. –Acceso rápido y seguro a los consentimientos informados.

CONCLUSIÓN

Este proyecto ha aportado una mejora legal, tanto para el paciente como para el Hospital, y facilita y agiliza la información que el paciente merece.

Contacto: Rita Martí Usón – rmarti.ghq@quiron.es

C-160 EVALUACIÓN DE LA DEMANDA DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Ruiz-Álvarez E, Colina-Alonso A, Jauregui-Celaya MF, Valverde-Citores RM, Aguirre-Alberdi L, Landaluce-Lauzurica JI.

INTRODUCCIÓN

El hospital de Zumarraga es un centro de Osakidetza con 500 profesionales que desde 1999 ha venido implantando diversas herramientas para mejorar su gestión y ha utilizado el modelo EFQM como sistema para evaluar su gestión, ha recibido diversos reconocimientos (Q plata, Q oro, Golden Helix), el premio europeo ha sido el último y más importante por cuanto es el primer hospital público en recibirlo.

OBJETIVO

El Hospital de Zumarraga viene realizando encuestas de satisfacción de personas desde 1997 y uno de los aspectos peor valorados es el del reconocimiento que los profesionales reciben por su aportación. Pretendemos conocer cómo, cuándo y por quién se sienten reconocidos los profesionales y además cómo les gustaría que se hiciera este reconocimiento. Con los resultados de la encuesta se plantea realizar actuaciones que permitan mejorar esta dimensión de la gestión de personas.

METODOLOGÍA

Se realiza una encuesta elaborada por la Universidad del País Vasco y una empresa de consultoría (esta misma encuesta ha sido realizada en otras 3 empresas de diferentes sectores en las que se ha implantado el modelo EFQM). La encuesta se pasa a 100 trabajadores (alrededor del 25% del total de personas del hospital) y en todos los estamentos. Pretende conocer las herramientas de reconocimiento que utilizamos y el grado de conocimiento de los profesionales a cerca de ellas. A partir de estos resultados se realiza un plan de actuación.

RESULTADOS

El grado de conocimiento de la medida de reconocimiento es variable y, sobretodo, la percepción de qué se considera reconocimiento por parte de los profesionales es más variable aún. La valoración del reconocimiento que los clientes y los propios compañeros realizan es mayor a la que realizan los directivos de las organizaciones. Existe una diferente percepción del reconocimiento por parte de las personas que ejercen algún tipo de responsabilidad frente a los que no la ostenta.

CONCLUSIONES

El reconocimiento de los clientes y de los equipos en que trabajan los profesionales adquieren mayor valor que los reconocimientos de la dirección y, en consecuencia, son más determinantes para obtener un buen clima laboral en las unidades de los hospitales. Por otra parte el momento para el reconocimiento debe estar presidido por la inmediatez y debe ser realizado en el ámbito habitual de trabajo y huir de actos específicos de reconocimiento público.

Contacto: Esteban Ruiz Álvarez – esteban.ruizalvarez@osakidetza.net

C-161 ACCIONES DE MEJORA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN EN URGENCIAS

Autores: Oliva Vicedo JA, Ferreres Oncins JA, Llobet Barberi E, Da Ponte González R, Romero Montenegro C, Cecilia Rodríguez M.

INTRODUCCIÓN
El análisis de las reclamaciones y sugerencias (R/S) en Urgencias es un elemento clave para la valoración de su funcionamiento. La reducción de las R/S, relacionadas con la información del proceso asistencial, constituye un reconocido indicador de calidad (estándar 0,1‰ urgencias: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica).

OBJETIVOS
Establecer acciones de mejora relacionadas con la información y valorar su impacto a lo largo del año 2006, mediante el análisis del número de R/S recibidas a través de la Unidad de Atención al Cliente, realizadas por pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias, en relación al año previo a su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se analizaron el número y tipología de las R/S en el año 2005, evidenciándose que las relacionadas con la información constituían la segunda causa de las mismas (15% del total de R/S). Sobre la base de estos datos, se establecieron áreas de mejora en el ámbito de la información: Creación por parte de los profesionales asistenciales de un documento para la normalización de la información a los usuarios de Urgencias, implantación de un horario de información y visitas de familiares y la realización de cursos a los diferentes profesionales de urgencias, para la mejora de las técnicas de comunicación e información. Para evaluar su eficiencia, se analizaron los resultados obtenidos en el año 2006 y se comparó con el número de R/S totales del centro en los dos años a estudio.

RESULTADOS
En el año 2005, en Urgencias, se recopilaron un total de 93 R/S de un total de 37.787 episodios (2,46‰), de las cuales el 0,37‰ de las R/S, estaban relacionadas con la información. En el Hospital se recogieron un total de 671 R/S. En el 2006, el número total de R/S fue de 71, en relación a 37.977 urgencias (1,9‰), lo que supone un descenso del 0,6‰ y en el Hospital de 691 (incremento del 2,98%). En el 2006, se evidenció un descenso del 8,5% de R/S relacionadas con la información (6/71), lo que supone una tasa del 0,15‰. La contribución de la R/S de urgencias al total de R/S del centro pasó del 13,9% en el 2005 al 10,3% en el 2006. La principal causa de R/S en Urgencias continua siendo la demora en el inicio de la asistencia.

CONCLUSIONES
La aplicación de medidas relacionadas con la mejora de la información ha contribuido al descenso del número de las reclamaciones y sugerencias relacionadas con la misma. La mejora de la información creemos que influye en el descenso total observado del número de R/S en Urgencias.

Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo – antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-162 PROGRAMA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LOS CONTRATOS DE VERANO

Autores: Félix M, Antoñanzas T, Aznar V, Durán MJ, Santamaría L, Acha B.

OBJETIVOS
Desde el año 2002 la Dirección de Enfermería del HCU tiene un Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación, cuyo objetivo es facilitar la adaptación de los nuevos profesionales de enfermería a sus puestos de trabajo, fundamentalmente, en los contratos de verano.

MÉTODOS
Las actividades desarrolladas en la práctica para llevar a cabo este proyecto en nuestro centro han sido: a) Diseñar el modelo de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación; b) Analizar, a través de encuesta anónima, el grado de satisfacción de los trabajadores con la acogida y con las diferentes actividades realizadas en la misma; c) Identificar oportunidades de mejora tras dicho análisis; d) Implantar dos acciones de mejora y monitorizar su evolución a lo largo de tres años en cuanto al grado de satisfacción obtenido en relación con las mismas.

RESULTADOS
Grado de satisfacción global del programa de acogida: 81% en el año 2004, 87% en el año 2005 y 79% en el año 2006; Grado de satisfacción de la acción de mejora "Formación en higiene y desinfección de material sanitario": 52% en el año 2004, 71% en el año 2005 y 75% en el año 2006; Grado de satisfacción de la acción de mejora "Información sobre riesgos Laborales": 58% en el año 2004, 85% en el año 2005 y 78% en el año 2006.

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos en los tres últimos años son satisfactorios y su tendencia entra dentro de las expectativas esperadas, lo que impulsa a seguir trabajando en esta línea y a estar atentos a los nuevos resultados de este año, por si se detectan nuevas oportunidades de mejora que pudieran llevarse a cabo.

Contacto: Manuela Félix Martín – mfelix@salud.aragon.es

C-163 EL SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE LOS PROCESOS COMO ELEMENTO CLAVE PARA IMPULSAR LA MEJORA CONTINUA

Autores: Martínez MJ, Pons A, Llauradó C, Oleagas S, Benet A, Freixa R.

OBJETIVO
Nuestro centro adopta como marco estratégico desde 1997 el modelo de gestión de la calidad total EFQM para impulsar la mejora continua en la organización. En este marco, implanta desde el año 2000 el modelo de Gestión por Procesos (GPP) y, desde entonces, lleva a cabo un largo recorrido en enfoque y despliegue del mismo. Desde 2006 se da una nueva orientación al sistema de seguimiento directivo de los procesos puestos en control, cuyo objetivo primordial es poner en común la planificación de la mejora continua y resultados de cada uno de ellos, para asegurar el compromiso, coordinación y sinergia de las acciones de mejora llevadas a cabo.

MÉTODO
Los responsables de cada proceso realizan una evaluación (análisis DAFO) y planificación de acciones de mejora (AM), en el último trimestre del año, y son expuestas conjuntamente en unas jornadas de seguimiento del modelo de GPP, en las que participan la dirección y todos los responsables del proceso. En estas jornadas se validan, priorizan y coordinan las AM propuestas, y se incorporan al Plan anual de calidad del centro. En una segunda jornada (segundo trimestre del año siguiente), se exponen los resultados del proceso y el estado de las AM en curso, así como la valoración sobre el propio sistema de GPP, con el fin de redireccionar la mejora continua de cada uno de ellos y del propio modelo de gestión.

RESULTADOS
Actualmente tenemos 24 procesos en control (9 claves, 2 estratégicos y 13 soporte), con una implicación directa de 25 responsables de proceso, de los cuales se ha hecho el seguimiento conjunto del 100% en 2006-2007 (24/24). Estos procesos han planificado 76 acciones de mejora, actualmente en diferentes fases de desarrollo, han sido coordinadas por el Comité de coordinación asistencial el 40,8% (31/76). Además, disponemos de la percepción de los responsables de proceso sobre el despliegue del modelo de GPP en nuestro centro.

CONCLUSIONES
Con este nuevo sistema de seguimiento de los procesos puestos en control, que garantiza un espacio de comunicación entre responsables de proceso, órganos de gestión de la calidad y la dirección del centro, aseguramos que la mejora continua, además de estar alineada con la estrategia de la organización y necesidades de los diferentes grupos de interés 1) sea conocida y compartida por los diferentes procesos y enriquezca el proceso de mejora continua (sinergia); 2) incremente el compromiso de los profesionales en la mejora continua; 3) garantice la coordinación de las acciones de mejora entre procesos.

Contacto: M Jesús Martínez Arce – MariaJesus.Martinez@sanitatintegral.org

C-164 EVALUACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIVADO

Autores: Navarro-Juanes A, Fornes-Vivas RM, Cervera-Aznar R, Benlloch-Nieto H, Dolz-Ros A, Segarra-Castelló L.

OBJETIVOS
Describir el nivel de desgaste profesional del personal adscrito al Servicio de Urgencias (SU) e introducirlo como un nuevo indicador dentro de nuestro programa de calidad ISO 9001:2000, acreditado por AENOR, con la finalidad de establecer medidas preventivas de estrés laboral y evitar "profesionales quemados" (*burnout*) con sus repercusiones psicosomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales que, finalmente, asocian absentismo laboral y bajo rendimiento laboral.

MÉTODOS
Se diseñó un estudio transversal descriptivo basado en una encuesta siguiendo el modelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI), y que agrupan las subescalas que miden las tres dimensiones que conforman el síndrome: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), y se aplicó al personal de nuestro servicio constituido por médicos (MD), enfermeras (E) y auxiliares de clínica (AC), con la particularidad de que se trata, además, de un hospital privado sin ánimo de lucro. En la metodología estadística se analizará el test chi cuadrado, el test t-Student para variables categóricas y continuas, así como los coeficientes de correlación y la varianza en la comparación de más dos variables.

RESULTADOS
Se cumplimentaron un total de 62 cuestionarios (n = 62) del total de 68 trabajadores adscritos al SU (92,65%) de los que un 63,49% fueron mujeres frente a un 30,16% de hombres. La estratificación por estamentos fue de 49,20% de MD, 22,22% E y 25,39% de AC, con un 57,4% de profesionales de plantilla, un 28,57% de eventuales y un 12,70% de externos (contratos de obra). En nuestro caso, para el AE, en un 48,39% presentaron puntuación baja (B), 27,42% media (M) y 24,19% alta (A); para DP se obtuvo 35,48% B, 32,2% M y 32,26% A; y para RP un 37,10% B, 25,81% M y 37,10% A.

CONCLUSIONES
Actualmente nuestro nivel de desgaste profesional no es elevado, aunque superior en médicos varones mayores de 45 años y con una antigüedad en la empresa superior a 10 años, lo cual hace necesario valorar la introducción de medidas preventivas, como limitar la agenda asistencial, equilibrando vida social y laboral, potenciar la formación continuada y la colaboración, estableciendo objetivos comunes compartidos y técnicas terapéuticas: técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia.

Contacto: Agustín Navarro Juanes – anavarro@comv.es
anavarro@casadesalud.es

C-165 VALORACIÓN CLÍNICO-ECONÓMICA DE UN SERVICIO DE MI-INFECCIOSAS EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO (2005-2006)

Autores: Gómez J, García-Vázquez E, Herrero JA, Puertas J, Canteras M, Alcaraz M.

INTRODUCCIÓN
Los pacientes ingresados en un hospital general universitario con patología infecciosa presentan cada vez una mayor complejidad asociada a los cambios clínicos y epidemiológicos que se han venido desarrollando y que se han traducido en un aumento de la morbimortalidad, han requerido una asistencia específica realizada por médicos clínicos especializados en enfermedades infecciosas.

OBJETIVOS
Estudio prospectivo y comparativo con otros servicios médicos, de la influencia de un Servicio de MI-Infecciosas (MIF) en la asistencia a los pacientes ingresados con enfermedades infecciosas en un hospital general universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio prospectivo de los 10 principales GRD de los pacientes ingresados en MIF durante los años 2005-2006 y comparación con el resto de Servicios Médicos (SM). Los GRD se han clasificado en 4 grupos: 1) Infecciones pulmonares (GRD 88, 89, 90, 541); 2) Infecciones renales (GRD 320, 321); 3) Sepsis (GRD 416, 584); 4) Celulitis (GRD 277, 278). Para cada GRD se han valorado: marcadores de calidad (índice de mortalidad y núm. de reingresos); marcadores de eficacia (estancia media y costo por GRD/paciente/año).

RESULTADOS
Durante el año 2005, se han asistido en MIF 280 pacientes incluidos en los 10 principales GRD referentes a patología infecciosa, frente a los 1.261 casos del resto de SM; la estancia media (5 días *vs*. 8), la mortalidad (3,57% *vs*. 7,93%) y los costos (12.591 por GRD/paciente/año *vs*. 28.342 por GRD/paciente/año) fueron significativamente menores en el grupo de pacientes tratados en MIF que en los tratados por otros SM. En 2006 se incluyeron 262 pacientes en MIF y 1.143 en el resto de SM, encontrando asimismo que la asistencia en MIF se asociaba significativamente con una menor estancia media (5 días *vs*. 7), menor mortalidad (3,43% *vs*. 7,78%) y un menor coste económico (17.826 GRD/paciente/año *vs*. 30.695 GRD/paciente/año).

CONCLUSIONES
El Servicio de MI-Infecciosas influye significativamente en una mejor asistencia de las enfermedades infecciosas en relación con el resto de los servicios médicos, al lograr una mayor eficacia, menor costo y mayor calidad con disminución de la mortalidad y reingresos de los pacientes con infecciones que precisan hospitalización. La creación o desarrollo de Servicios de MI-Infecciosas debe ser un objetivo primordial para mejorar la atención a los usuarios y satisfacer las demandas sociales.

Contacto: Joaquín Gómez Gómez – joagomez@carm.es – elisag@eresmas.net

C-166 EL RETO DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS: ¿INCIDE EL ENFOQUE METODOLÓGICO EN LOS RESULTADOS?

Autores: Olaetxea-Urizar E, Serna-Rodríguez F, Beitia-Fernández C.

INTRODUCCIÓN
La medición de la satisfacción de las personas se realiza de forma periódica en las diferentes organizaciones de servicios que conforman la red. A través de un análisis de los resultados de las evaluaciones se constata la necesidad de revisar y analizar la metodología utilizada hasta el momento, con objeto de utilizar aquel enfoque metodológico que garantice la fiabilidad de los resultados y que éstos reflejen la realidad tal y como se percibe por parte de los profesionales.

OBJETIVOS
1) Exponer la evolución de los resultados de la medición de la satisfacción de las personas, obtenidos con diferentes líneas metodológicas y en diferentes periodos temporales. 2) Analizar la posible correlación existente entre los resultados en las diferentes dimensiones contempladas en la herramienta de medición y el enfoque metodológico utilizado. 3) Establecer los criterios mínimos a la hora de comparar resultados obtenidos con diferente enfoque metodológico.

MÉTODOS
1) Descripción de las líneas metodológicas utilizadas hasta el momento, así como las alternativas valoradas. En este punto, se expondrán las características más importantes de la medición de la satisfacción de las personas a través de la aplicación de un cuestionario auto administrado, cuya muestra se autoselecciona, frente a un enfoque metodológico basado en un muestreo aleatorio estratificado y a través de la realización de una entrevista semi-estructurada. 2) Breve análisis de cómo afecta la elección de la metodología en la fiabilidad y validez de la herramienta.

RESULTADOS
Se presentarán los resultados de las evaluaciones realizadas en las diferentes organizaciones de servicios a través de las diferentes líneas metodológicas utilizadas, analizando la correlación entre los resultados existentes en las diferentes dimensiones e ítems de la herramienta de medición con la metodología empleada en cada caso.

CONCLUSIONES
Como consecuencia del análisis de datos, se está constatando que la metodología de realización de la encuesta incide directamente en los resultados en lo relativo a la participación, representatividad de los datos y a la fiabilidad de los resultados, lo cual nos permite inferir de forma más precisa el nivel de satisfacción del personal.

Contacto: Esther Olaetxea Urizar – esther.olaetxeaurizar@osakidetza.net

Mesa 20

SISTEMAS DE INFORMACIÓN 1

C-167 – C-175

C-167 DIAGRAMA X-. ÍNDICE SINTÉTICO DE MEDIDA DEL PRODUCTO SANITARIO

Autores: Ruiz-Téllez A, Alonso-López F, Pérez-Gortari P, Martínez de la Eranueva R, Gancedo-González Z, González Odériz MI.

OBJETIVOS
Disponer de un simple indicador gráfico, que permita, de manera dinámica, al sistema y a los de Atención Primaria (AP) o Especializada, el grado de excelencia profesional (EP) referida como la relación entre efectividad y eficiencia.

MÉTODOS
El diagrama X (Téllez–Alonso) es un índice sintético de información sanitaria creado por CYMAP, en el Proyecto ISIS, para la medición del producto sanitario en AP, aplicado en 150 centros de AP públicos de 6 CC.AA, pero aplicable a la medición de cualquier especialidad. Es un índice gráfico que cruza la información del 100% de la actividad y la del 100% del consumo gestionable, anual, de manera mensual (TAM), por habitante ponderado y año. La actividad, en ordenadas, es mostrada como la desviación porcentual del núm. de episodios de atención, atendidos o resueltos, en URV, respecto a la media ponderada. El consumo, en abscisas, como la desviación porcentual del coste (farmacia, IT, interconsultas, visitas, procedimientos diagnóstico-terapéuticos) respecto al coste medio ponderado. Ello referenciado a la gerencia o al Servicio de Salud (SS), mostrado por cupos, centros o unidades o gerencias. Todo ello aplicado con nivel de fiabilidad certificada (Proyecto ISIS).

RESULTADOS
El diagrama X muestra, gráficamente, a cada uno de los cupos, por ej. dentro de la gerencia o el SS. El cuadrante supero izquierdo (A) es el de excelencia, eficacia y eficiencia, con los cupos que más resuelven por menos coste. El superoderecho (B) el de efectividad cara, con los cupos que más resuelven por más coste. El infraizquierdo (C) el de baja rentabilidad social, con los cupos que menos resuelven por menos costo, y el infraderecho (D) el área de ineficiencia, con los cupos que menos resuelven por más coste. Al ser un índice dinámico, quedarse quieto supone empeorar si los otros mejoran. 4 grupos profesionales diferenciados que, primordialmente, identifica a sus líderes (A), tan olvidados y que muestra que la diferencia entre los A-B y C-D consiste en saber más o menos medicina, o en saber o no organizarse, entre los A y B, respectivamente. Muestra, también, que contra la política de ahorros de costes, cuyo techo es inferior al 10%, si ésta se orienta sobre la base de la productividad (efectividad-eficiencia) el margen es del 350%, si BCD se comportaran como A.

CONCLUSIONES
La medición de la EP, sobre la base de la efectividad y eficiencia del 100% de la actividad y consumo, permite identificar los colectivos profesionales, identificar a sus líderes para emularlos y crear las políticas de gestión más adecuadas a la realidad.

Contacto: Ángel Ruiz Téllez – angelruiztellez@cymap.es

C-168 ¿CÓMO ACONSEJAMOS A NUESTROS PACIENTES? PLATAFORMA INFORMÁTICA PARA HOMOGENEIZAR CONSEJOS DE SALUD EN PRIMARIA

Autores: Gallego F, Bella X, Vidal E, Gens M, Hernández N, Luna M.

OBJETIVOS

Uniformizar la información en salud que ofrecemos a nuestros pacientes en la consulta mediante la creación de una herramienta electrónica que permita acceder por igual a los mismos contenidos, una vez hayan sido cribados, consensuados y homogeneizados para optimizar recursos de gestión del tiempo y evitar la variabilidad interprofesional.

MÉTODOS

Creación de una plataforma informática específica nueva desde la Intranet ya existente que dé acceso a diferentes carpetas de consejos para pacientes, clasificadas según áreas de interés: información sobre seguridad y el uso correcto de medicamentos (botiquín casero y buen uso de antibióticos), consejos y hoja de medicación crónica para pacientes en programa de atención domiciliaria, consejos para pacientes sobre patologías prevalentes, dietas específicas para enfermedades crónicas, información sobre recursos sanitarios y sociales. La selección de contenidos de cada carpeta se hace siempre tras la presentación revisada por los responsables competenciales asignados por la Comisión de Calidad con el soporte directo del equipo directivo y se consensua en sesión clínica conjunta bajo supervisión de todos los equipos, en cualquier caso se decide qué deben contener las carpetas en formato pdf imprimible.

RESULTADOS

Implementación y uso cotidiano de la plataforma de acceso directo desde la página inicial por la que se accede a la Intranet corporativa, que contiene, entre otras, las carpetas específicas sobre educación de pacientes con todos los documentos imprimibles y accesos electrónicos expuestos y consensuados necesarios para su uso inmediato, para una práctica asistencial homogénea y uniforme.

CONCLUSIONES

La presión asistencial a la que se somete el profesional sanitario en la consulta diaria obliga a optimizar su tiempo y a seleccionar con rapidez y de forma fiable los contenidos informativos ofrecidos a sus pacientes. Este instrumento electrónico permite acceder a la misma información de forma inmediata, ya cribada, elaborada y consensuada por los mismos miembros que han de suministrarla, por lo que sus contenidos se uniformizan y son fiables para el equipo, esto permite que todos utilicen el mismo recurso y pueda así disminuir la variabilidad asistencial.

Contacto: Ferran Gallego de la Cruz – ferrangallego@yahoo.es

C-169 ANÁLISIS DE CASOS CENTINELA. UN RETO PARA MEJORAR

Autores: Vallverdú H, Garcia MC, Moreno P, Sánchez A, Biosca M, Moya C.

OBJETIVO

Definimos un caso centinela como aquella situación inesperada que origina la muerte del paciente o le produce graves daños o existe el riesgo de que los pueda producir. Nuestro objetivo es la creación de un registro de casos centinela para poder facilitar su estudio, con la consiguiente gestión de vías de mejora siguiendo la metodología PDSA de manera fluida.

MÉTODO

Se crea un circuito de detección y alerta ante posibles casos centinela, creándose un registro prospectivo de los mismos. De manera concomitante se analizan y estudian todos los casos detectados en el hospital constituyéndose una unidad para la discusión y análisis de cada caso. Esta unidad es pluridisciplinar con representación de las áreas médicas y quirúrgicas. La filosofía del equipo de trabajo y de la dirección del centro es la mejora de circuitos, la formación del personal y la orientación no punitiva para los profesionales del centro.

RESULTADOS

Entre junio de 2006 y abril de 2007 se han detectado y analizado 12 casos centinelas. 2 de los casos analizados han sido *exitus*. Como resultado del estudio de los casos se han llevado a cabo las siguientes acciones: 1) Cambios en la sectorización y distribución de los pacientes ingresados; 2) Elaboración y difusión de protocolos de ingreso nuevos; 3) Sesiones formativas en el manejo de drenajes torácicos y drenajes en general; 4) Creación e implantación de un nuevo circuito de anatomía patológica.

CONCLUSIONES

1) El análisis racional de los casos, sin ánimo de culpar, facilita la implicación de los profesionales en los cambios de mejora. 2) La detección rápida de los casos previene la aparición de nuevos sucesos. 3) Creemos que analizar los casos centinela mejora la seguridad del paciente en nuestro centro.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

C-170 PROYECTO DE ELABORACIÓN DE UNA MEMORIA CIENTÍFICA INFORMATIZADA

Autores: Díaz-Herrera MA, Granados M, Esteller E, Cuerda JA.

OBJETIVO

Desarrollar un sistema informático de elaboración de la memoria científica con las siguientes características: 1) Accesibilidad unkversal dentro del centro para la introducción de datos; 2) Dinamismo; 3) Estructura fija que facilite la introducción de datos; 4) Posibilidad de edición por parte del profesional; 5) Difusión actualizada; 6) Exportabilidad a programas de gestión de datos y maquetación.

MÉTODO

Revisión de procedimientos de otros centros hospitalarios. Discusión y elaboración del proyecto (tres meses de duración, de octubre a diciembre de 2006) mediante reuniones de la Comisión de Investigación con implicación interdisciplinaria e interdepartamental: Comisión de Investigación, Departamento de Gestión de Personas y Departamento de Informática. Transformación en soporte informático del documento (formulario de recolección de datos) y del procedimiento de trabajo. Testeo de la herramienta y del procedimiento: diferentes profesionales del centro estableciendo *timming* de acción. Revisión y adecuación de la herramienta con las nuevas aportaciones. Presentación a CD y representantes de las diferentes comisiones técnicas del centro. Adecuación legal del formulario resultante. Presentación y difusión a todos los profesionales del centro.

RESULTADOS

El resultado obtenido ha sido un formulario de introducción de datos informatizado asociado a una BD dentro de la Intranet del centro con las siguientes características: Cinco partes diferenciadas: 1) Datos del profesional; 2) Publicaciones y congresos; 3) Memoria de docencia; 4) Proyecto y líneas de investigación y 5) Miscelánea. Accesibilidad desde cualquier ordenador del centro. Posibilidad de autogestión de datos propios por parte de cada uno de los profesionales. Exportabilidad.

CONCLUSIONES

Una memoria científica es necesaria en el desarrollo de la gestión del conocimiento de cualquier centro hospitalario pero es difícil de mantener. Con el diseño que presentamos conseguimos que sea activa, operativa y útil. Hay que destacar que el hecho de cumplir con los objetivos planteados inicialmente ha significado: 1) No depender de un administrativo dedicado a la introducción de datos; 2) El aumento de la autoresponsabilidad de los profesionales en el mantenimiento de su producción científica; 3) La mejora de la explotación de datos por parte de todos los estamentos del centro, dirección, jefes de servicio, coordinadores, comisiones. Desde el día de su implantación, un total de 15 días, se han introducido 180 entradas de datos, correspondientes al año 2007.

Contacto: Miguel Ángel Díaz Herrera – madiaz@hgc.es – lac@capiosanidad.es

C-171 UTILIDAD DE UNA PLATAFORMA DE APLICACIONES INFORMÁTICAS EN LA GESTIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD

Autores: Cervera E, Armada L, del Barco A, Devesa J.

OBJETIVO

Describir en qué medida el diseño y uso de una plataforma de aplicaciones informáticas integradas facilita la gestión y el análisis e induce a la mejora de resultados de un sistema de gestión de calidad.

MÉTODO

Para la gestión del sistema de calidad en una red de 117 centros asistenciales se valora como indispensable el diseño de una plataforma informatizada que dé respuesta a las áreas de gestión de la calidad. Se define una misma base estructural en la plataforma, basada en una matriz de Gestión por Procesos y de segmentación geográfica. 1) Sistema informatizado para la gestión de INC/AC/AP: Posibilita la canalización y gestión integral en línea de las no conformidades detectadas en los Centros Asistenciales, acciones correctivas consecuentes y acciones preventivas, potenciando la participación proactiva de todas las personas en la mejora de la calidad. Este sistema ha permitido en el año 2006 la gestión integrada de 153 INC de proveedores, 579 INC derivados de reclamaciones y 72 AC. 2) Sistema informatizado para la gestión de estructuras: Permite medir el estado de la estructura de los centros, mediante la realización de un *checklist* de autoevaluación. Se ponderan los distintos resultados, para una priorización en las acciones de mejora. El sistema ha gestionado 58 acciones de mejora en la red de centros. 3) Intranet de Calidad: Bajo un concepto de gestión del conocimiento, se estructura sobre agrupación de procesos y procedimientos que dan respuesta a las distintas áreas de gestión. Su implantación ha permitido mejorar la información y aplicación del conocimiento. Se registra una media de 91 entradas diarias. 4) Sistema de gestión documental: facilita el control documental del sistema, así como la gestión de los resultados mediante la monitorización de indicadores, es la base de la Intranet de calidad. Controla en la actualidad 519 documentos.

RESULTADOS

Los distintos sistemas informatizados han posibilitado: la disponibilidad inmediata de datos para la planificación, decisión y mejora; la gestión de las estructuras; la integración de los procesos y sus procedimientos; la mejora en la gestión de las reclamaciones que han repercutido directamente en el resultado de la satisfacción; y la mejora de la gestión de los propios resultados.

CONCLUSIONES

El diseño de la plataforma se valora no sólo como un elemento facilitador de una gestión *multisite*, sino que permite una mayor participación de la organización en la mejora del sistema, impactando todo ello en el resultado.

Contacto: Emilia Cervera López – ecervera@mutuauniversal.net

C-172 PROYECTO DE ELABORACIÓN HERRAMIENTAS DE SOPORTE

Autores: Granados M, Díaz-Herrera MA, Esteller E, Cuerda JA.

OBJETIVO
Suministrar una serie de soportes útiles y dinámicos para todo aquel interesado en desarrollar la actividad científica y la investigación. Para ello se ha diseñado informáticamente dentro del Portal web de la Comisión de Investigación, un conjunto de herramientas: soporte estadístico y metodológico, traducción de textos científicos, póster. Nuestro propósito era conseguir que la solicitud de estas herramientas fuera: dinámico y de fácil acceso universal, accesible para todos desde cualquier ordenador, exportable a un sistema de base de datos.

METODOLOGÍA
Tras un periodo de diseño y desarrollo del proyecto de tres meses de duración (octubre-diciembre de 2006) y la implicación de varios departamentos (Comisión de Investigación, Sistemas de Información y gestión de personas), se consiguió con un diseño informatizado en la Intranet del centro, un formulario de solicitud independiente para cada una de las herramientas.

RESULTADOS
Se han obtenido tres formularios de solicitud de herramientas, en las cuales el propio solicitante cumplimenta los datos. A través de un sistema de alertas a los departamentos implicados: Dirección Médica y a Dirección de Enfermería, Diseño, Compras y el subgrupo de la Comisión de Investigación encargados de las herramientas de soporte, se desarrolla un circuito con el objetivo final de suministrar la herramienta solicitada.

CONCLUSIONES
El diseño informatizado nos ofrece: información actualizada a todos los departamentos; circuitos fluidos y operativos (*links* a otros webs); información en línea a los solicitantes; sistema más universal de utilización de recursos; fácil gestión de los datos; disminución del tiempo de gestión del producto. Hemos conseguido un proyecto de elaboración de herramientas de soporte que cumple con los objetivos inicialmente planteados.

Contacto: Montse Granados Plaza – mgranado@hgc.es – lac@capiosanidad.es

C-173 LA FORMACIÓN Y LA INFORMÁTICA HERRAMIENTAS QUE ASEGURAN EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Autores: Sans A, Font C, Sabrià M, Martín T, Manent L, Vaquero A.

INTRODUCCIÓN
La mejoría que pueda aportar un protocolo de atención al dolor agudo posoperatorio es importante y más si le ayuda la formación de equipos asistenciales y la informática.

OBJETIVO
Facilitar a los facultativos la prescripción informatizada de las distintas pautas analgésicas. Impartir formación de los contenidos del protocolo y de la herramienta informática.

METODOLOGÍA
Un grupo pluridisciplinar realiza la auditoria clínica de las causas de analgesia posoperatoria deficitaria a través de encuestas a médicos, enfermeras y pacientes, elabora el protocolo y las guías de las pautas analgésicas por patologías y tipo de dolor más coste-efectivas y interrelaciona con informática y farmacia hospitalaria para la elaboración de las pautas analgésicas de fácil y correcta prescripción y que faciliten la gestión a la farmacia.

RESULTADOS
Se hace el análisis de los resultados de las encuestas realizadas en un mismo periodo de tiempo, de 119 enfermos y 104 profesionales dirigidas a buscar los puntos a mejorar, el resultado más evidente ha sido que el 42% de profesionales no habían recibido formación acerca del tratamiento del dolor y que el 68% de los pacientes manifiestan un grado de satisfacción alto, a pesar de que el 24% precisaron medicación analgésica de rescate. Se realiza protocolo de atención al dolor agudo posoperatorio en cirugía convencional y se diseñan 3 pautas de analgesia a dolor leve, 5 pautas a dolor moderado y 4 pautas a dolor severo con PCA (analgesia controlada por el paciente) peridural y 2 a dolor severo y PCA endovenosa, con la correspondiente medicación de rescate y el modo de pasar a mediación oral, todas ellas informatizadas y de prescripción desde la misma herramienta de la orden médica informatizada con el fin de asegurar una pauta idónea y correcta en dosificación según tipo de dolor. Estar realizando 7 acciones formativas dirigidas a médicos y enfermeras durante el actual año para sensibilizar y formar en evaluación del dolor, aplicar el protocolo y conocer la herramienta informática.

CONCLUSIONES
Tener asegurada la prescripción de las pautas analgésicas del dolor agudo posoperatorio coste efectivas y de fácil prescripción cuya metodología de trabajo y prescripción se puede hacer extensiva a otras patologías.

Contacto: Antònia Sans Boix – asans@althaia.cat

C-174 ENTRENAMIENTO VIRTUAL DE ENFERMERIA EN INTRANET HOSPITALARIA

Autores: Fernández-Quevedo Egocheaga J, Suárez-González T, Fernández-Orviz F, Duarte-Climents G, Nieto-Rodríguez M, Rodríguez-Fernández J.

OBJETIVOS
Una vez desarrollado un Sistema de Entrenamiento Virtual para Enfermería (SEVEN), se persigue el objetivo de mejorar las competencias de las enfermeras para el uso de valoración, cuestionarios, NANDA, NOC y NIC, desarrollando un cuadro de mandos de efectividad clínica de los cuidados.

MÉTODO
Dentro del Plan de calidad de los cuidados del hospital, se desarrolla SEVEN. Se trata de una aplicación en formato web que genera 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. Estos Planes han sido elaborados por la Comisión de Cuidados del hospital mediante métodos de consenso y revisión de la evidencia disponible. Este *software* tiene incorporado sistemas de autoevaluación que permiten a las enfermeras mejorar su juicio clínico y entrenarse en el uso del sistema. Una vez realizada una valoración básica, así como los cuestionarios recomendados durante la realización de la misma, es posible generar la agenda de trabajo a realizar por los diferentes responsables (DUE, auxiliares, etc.). Esta información puede presentarse como informes para la continuidad de los cuidados, y alimentar una base de datos que genera indicadores específicos de efectividad y calidad.

RESULTADOS
Tras los primeros meses de trabajo, los resultados obtenidos son: 1) Mejora en los indicadores de efectividad hospitalaria ligada a los cuidados –tasa de infecciones, UPP, caídas, mejora funcional en AVD,… –. 2) Mejora de la eficiencia hospitalaria: reducción de gastos hospitalarios ligados a cuidados. 3) SSII centinela, con cuadro de mando disponible en la Intranet, según perfiles de usuario. 4) Desarrollo de competencias de las enfermeras del hospital en gestión clínica de los cuidados basado en los lenguajes: NANDA, NOC y NIC. 5) 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: José Fernández-Quevedo Egocheaga – gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-175 ¿MERECE LA PENA REGISTRAR LA NUTRICIÓN CLÍNICA?

Autores: García-Sánchez FJ, González-Fernández B, Graña-García E, Ortigueira JA, Lorenzo S, González-Álvarez JM.

INTRODUCCIÓN
La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados. Entre sus efectos negativos, relacionados con la gestión, destacan el aumento de la estancia hospitalaria y de los reingresos y el incremento de las complicaciones infecciosas y posoperatorias.

OBJETIVOS
Valorar la importancia de la codificación clínica en la nutrición clínica.

METODOLOGÍA
Estudio retrospectivo. Ámbito: hospital de tercer nivel con una población de referencia de 255.000 habitantes e historia clínica electrónica (HCE). Periodo de estudio: mayo de 2006. Revisión de 19 historias clínicas e informes de alta, recogidos por el Servicio de Endocrinología como interconsultas con modificación dietética, suplementos, nutrición enteral y/o parenteral, etc. Dos codificadores revisaron las historias clínicas de todas las interconsultas realizadas a la Unidad de Nutrición Clínica durante el periodo de estudio, incluyeron evolución médica y de enfermería. Se recodificaron las altas incluyendo los diagnósticos, comparando el peso medio del GRD y codificando la nutrición con el peso medio sin su codificación en los mismos procesos.

RESULTADOS
En 7 de las 19 altas se modificó el GRD. Los resultados de las modificaciones producidas incrementaron el peso 1,48 (R: 0 - 3,3). Este incremento tuvo una relevancia substancial en el proceso de facturación, pues, la valoración económica de las modificaciones supone una diferencia de 3.924,69 € de media en cada alta (R: 0 - 4,442 €).

CONCLUSIONES
La información clínica debe ser fiable y accesible pero, además, debe estar perfectamente estructurada y recogida en su totalidad en el registro de alta de los pacientes. La información sobre soporte nutricional debe estar codificada en el informe de alta del paciente. La importancia de la información junto con la calidad y el rigor en la codificación es fundamental en los centros hospitalarios pero, sobre todo, en aquellos que dependen de una cuenta de resultados como en nuestro caso. El impacto económico es importante, con un incremento en la facturación media de 3.924,69 €.

Contacto: Javier García Sánchez – fjgarcia@fhalcorcon.es

Mesa 21

VOZ DEL PACIENTE 2

C-176 – C-184

C-176 CONDUCTAS IRRESPONSABLES DE LOS PACIENTES: CITAS PERDIDAS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS LISTAS DE ESPERA

Autores: Rodrigo I, Álvarez N, Montes Y.

INTRODUCCIÓN
Una de las responsabilidades que tiene el paciente en el Sistema Nacional de Salud es hacer una utilización adecuada de los servicios. Algunas CC.AA establecen de forma explícita que el paciente debe avisar al sistema sanitario de la no utilización, por cualquier causa, de un servicio programado.

OBJETIVOS
Los objetivos de este trabajo son: conocer la magnitud de las citas perdidas imputables a los pacientes, comprobar si existe una variabilidad en la distribución de estas ausencias entre especialidades y cuantificar su repercusión en las listas de espera.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se han analizado 1.022.471 citas primeras y sucesivas de 40 especialidades, año 2006, de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud (SNS-O) y las listas de espera a 31 de diciembre de 2006, obtenidas de las bases de datos propias.

RESULTADOS
78.338 consultas (7,7%) se perdieron por ausencia del paciente: 7,5% primeras consultas y 7,8% sucesivas. Las ausencias no se distribuyen al azar (chi cuadrado < 0,05) 20 especialidades computaron el 80% de todas las ausencias y 5 especialidades el 50%. Con respecto a las primeras consultas, 12 especialidades acumularon el 80% de las ausencias y 5 especialidades representan el 53,6% de las citas perdidas. Las especialidades TOP 5 de ausencias de primeras consultas son: Oftalmología, Traumatología, Dermatología, Atención a la Mujer, ORL y Rehabilitación. Si las consultas perdidas hubieran sido utilizadas para ver a pacientes en lista de espera, y los pacientes no demandaran una nueva cita, se hubiera producido una disminución de la lista de espera en las especialidades TOP 5 de un 74% (IC: 73,7 - 75,1), oscilando entre especialidades entre 50% y 89%.

CONCLUSIONES
Diversas razones hacen que se promuevan estrategias para disminuir las citas perdidas. Por una parte, las ausencias repercuten en la propia salud del paciente (13,4% de ausencias en salud mental en consultas sucesivas). Por otra parte, influyen en la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Además, tienen un fuerte impacto en las listas de espera que es, por otra parte, uno de los aspectos del sistema sanitario que peor valoran los pacientes. Por todo ello, las organizaciones están implantado diferentes acciones para disminuir estas ausencias: recordatorios de citas por diversos medios (SMS, por correo convencional…), promoción de actitudes cívicas, facilidades para la cancelación, etc. Quedaría por explorar qué estrategia o conjunto de ellas demuestra obtener mejores resultados.

Contacto: Isabel Rodrigo Rincón – mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

C-177 EVALUACIÓN DE LA ACOGIDA E INFORMACIÓN PERCIBIDA POR PACIENTE TRAS EL INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN

Autores: Leal-Llopis J, Peñalver-Guillén C, Abellaneda-Abellaneda A, Martínez-Corbalán JT, Calvo-Bohajar M, Arjona-Ramírez C.

OBJETIVO
Evaluar la correcta aplicación del protocolo de acogida en las unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización de un hospital de área. La población de estudio ha sido todos los pacientes ingresados más de 24 horas y menos de 7 días. Los criterios/variables de estudio que se han sido diseñados son: registro del procedimiento en historia clínica; registro en las primeras 24 horas tras el ingreso; consta la entrega de documento informativo de la unidad; información sobre normas de funcionamiento de la unidad; valoración de la información dada al ingreso; identificación de la enfermera al ingreso. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería y la entrevista de los pacientes. El periodo de estudio ha sido febrero y mayo de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0.

RESULTADOS
Se han evaluado 130 pacientes presentando un registro del procedimiento el 64,35% de las historias de los usuarios incluidos en el estudio. El registro del procedimiento en las primeras 24 horas se cumplía en el 73,35% y en el 29,2% de los pacientes constaba explícitamente en las historias clínicas la entrega de documento informativo de la unidad. Estos tres criterios se agrupan en un indicador denominado Implementación del Plan de acogida adecuado a Protocolo, presentando éste una cumplimentación del 22,45%. El paciente/familia refiere en un 81,55% que les informaron de las normas de funcionamiento de la unidad al ingreso y consideran como buena o muy buena esta información en el 86,3% de los casos. La enfermera de acogida se identificó en el 76% de los pacientes. Estos criterios conforman un indicador denominado Valoración de la información al ingreso por el personal de enfermería que se cumplió globalmente en el 67,55% de los casos.

CONCLUSIONES
Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que existen importantes áreas de mejora en la acogida e información de los pacientes que ingresan en nuestras unidades de hospitalización, es necesario diseñar e implantar medidas correctoras.

Contacto: Jesús Leal Llopis – Jesus.leal@carm.es

C-178 FACTORES QUE INCIDEN EN LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Autores: Robles-García M, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Alburquerque-Sánchez J, Tato M.

OBJETIVO
Determinar la satisfacción del usuario de Atención Primaria (AP) y la influencia del tipo de zona básica de salud en dicha satisfacción.

METODOLOGÍA
Estudio de corte transversal, mediante encuesta telefónica, realizado sobre una muestra representativa de usuarios de AP seleccionados por muestreo aleatorio, estratificado por zona básica de salud y por tipo de atención. Las preguntas se clasifican en seis grupos: accesibilidad, asistencia a domicilio y urgente, valoración del centro de salud, de los profesionales y global del servicio. Variable dependiente a estudio: alta satisfacción global (AS): se considera altamente satisfecho a aquéllos cuya valoración global de la atención ha sido de 8 a 10 puntos. Análisis estadístico: descripción porcentaje AS a escala global y por zona básica. Se utiliza como medida de asociación el OR y su IC al 95%.

RESULTADOS
Se han obtenido 3.310 encuestas (tasa de participación del 68%). El 82,3% de los encuestados habían sido tratados por un médico de familia y el 17,7% restante por un pediatra. El grado de satisfacción global fue de 8,1 DE (1,9). El 72,2% se sienten altamente satisfechos con la asistencia recibida. Por zona básica únicamente hubo cuatro centros con niveles de alta satisfacción por debajo del 65%; todos ellos pertenecientes a la misma gerencia de AP. El porcentaje de pacientes del ámbito urbano con AS fue de 69,9% frente al 73,2% del resto de ámbitos (rural y capital), lo que supone un efecto protector frente a la AS OR 0,85 IC 95% (0,72 - 0,99). Los pacientes de zonas básicas muy dispersas (G3) presentaban un porcentaje de AS del 68,7% frente a zonas básicas menos dispersas (G1 y G2) con un % de 73,2%, lo que supone también un efecto protector frente a la AS OR 0,80 IC 95% (0,67 - 0,95). Los pacientes con edades superiores a 65 años (p 75) duplicaban el riesgo de alta satisfacción OR 2,16 IC 95% (1,78 - 2,63). Sólo el 66,8% de los usuarios con estudios superiores se sentía altamente satisfechos frente al 86,7% de aquéllos que no completaron los estudios primarios. Los porcentajes obtenidos por nivel de ocupación también presentan diferencias, los trabajadores activos con porcentajes de AS de 66,9% frente a los jubilados/pensionistas con un 81,8%.

CONCLUSIONES
Las encuestas de satisfacción permiten conocer la percepción de nuestros clientes en relación con la asistencia prestada e implantar acciones de mejora. El estratificar por zona básica y por tipo de asistencia nos aporta un conocimiento más exhaustivo de ello en AP.

Contacto: Paz Rodríguez-Cundín – prodriguez@dg.scsalud.es

C-179 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EN UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN HOSPITALARIA

Autores: Tejido-García R, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Acha O, Novo F.

OBJETIVO
Determinar la satisfacción percibida por los pacientes atendidos en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH).

METODOLOGÍA
Estudio de corte transversal mediante encuesta telefónica, realizado sobre los usuarios atendidos en la UARH, y que han causado alta en septiembre de 2006. Se trata de un muestreo aleatorio simple para un nivel de confianza del 9%, prevalencia esperada p = 85% y asumiendo un error de muestreo de ± 3,75% para los datos globales. Se ha obtenido un total de 100 encuestas válidas. Las preguntas se clasifican en cuatro grupos: recursos, información recibida, valoración de los profesionales y valoración global del servicio.

RESULTADOS
La tasa de respuesta conseguida superó el 80% (82,65%). Los pacientes encuestados presentaban una media de 64,11 años DE (19,1) y estuvieron 2,96 días de estancia media. El valor medio de satisfacción global declarado por los pacientes de la UARH alcanza la cifra de 8,74 puntos DE (1,29); frente al valor medio de 8,2 DE (1,69) obtenido en la encuesta realizada en pacientes de hospitalización convencional. Como puntos en los que hay una alta satisfacción: La competencia de los profesionales de la unidad es igual, mejor o mucho mejor de lo esperado para el 97% de los encuestados. Prácticamente el total de los pacientes (98,9%) considera que el trato personalizado que el personal de la unidad ofrece a los pacientes es mejor o mucho mejor a lo esperado a priori. Con satisfacción media: el 68,7% de los pacientes manifiesta que los recursos disponibles eran los que cabría esperar a priori; el 62,11% de los usuarios indica que en el momento del ingreso o durante el período en el que estuvo hospitalizado le hicieron entrega de una guía de acogida. Como puntos a mejorar: los pacientes solicitan una mayor intimidad en la unidad, una mejora en la higiene de los aseos del hospital, así como la existencia de baños individuales.

CONCLUSIONES
Las alternativas a la hospitalización tradicional son áreas en las que, globalmente, existe una alta satisfacción percibida, si bien hay aspectos a mejorar. Las encuestas periódicas son herramientas de detección de oportunidades de mejora.

Contacto: Paz Rodríguez-Cundín – prodriguez@dg.scsalud.es

C-180 ¿EXISTEN FACTORES QUE CONDICIONEN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE TRAS LA ANESTESIA?

Autores: Fernández MA, Calderón M, Gómez-Arnau JI, Lorenzo S, Noria M, García del Valle S.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS
Aunque no son equivalentes, se admite que la satisfacción es un indicador importante de la calidad asistencial. El objetivo de nuestro estudio fue determinar qué factores condicionan la satisfacción de los pacientes que son sometidos a un procedimiento anestésico en nuestro centro.

MÉTODO
Estudio transversal que utiliza encuesta postal anónima, sin recordatorio. Ámbito: hospital de tercer nivel, con una población de referencia de 255.000 habitantes. Período de estudio: las tres últimas semanas del mes de junio de 2006. Sujetos: todas las altas ocurridas en el periodo de estudio de mayores de 16 años, operados de forma programada. Instrumento de evaluación: encuesta de opinión del paciente sobre asistencia sanitaria para cirugía, desarrollada por la Comunidad Valenciana. Procedimiento: envío postal a 610 pacientes, a los 15 días de la intervención quirúrgica, de un cuestionario de 22 preguntas con respuesta de 1 (mínimo) a 5 (máximo), 7 preguntas con respuesta dicotómica y datos demográficos y sociales. El análisis de fiabilidad y validez de los datos se realizó mediante el método de Alpha de Cronbach. Una vez introducidos los datos se realizó análisis descriptivo y comparación mediante chi cuadrado.

RESULTADOS
Se obtuvieron 168 contestaciones (tasa de respuesta: 28,19%), Alpha de Cronbach 0,985, y satisfacción global media: 3'85. En los pacientes que afirmaron haber recibido información suficiente y clara, se observó un nivel de satisfacción mayor (S = 4,04; p = 0,00); no influyeron los factores sociodemográficos ni tampoco si la cirugía era con ingreso o en régimen de CMA, o el conocer la identidad del anestesista. Por el contrario, los pacientes que no padecieron complicaciones posoperatorias, como dificultad para orinar (S = 3,98; p = 0,00), dolor en la vía (S = 4,02; p = 0,01) o de garganta (S = 3,94; p =0,005), o mareo al levantarse (S = 4,04; p = 0,01) manifestaron mayor grado de satisfacción, en cambio no fue significativo si padecieron náuseas o vómitos.

CONCLUSIONES
Desde el punto de vista del paciente, los problemas posoperatorios condicionan un nivel menor de satisfacción, mientras que factores como una clara información sobre su procedimiento aumentan su satisfacción. Aparentemente, el nivel de satisfacción no se ve afectado por factores sociodemográficos.

Contacto: Marta Calderón Pantoja – mcalderon@fhalcorcon.es

C-181 COMUNICACIÓN MEDIANTE INTÉRPRETES

Autores: Rivera F, Olivares M, Delpón B.

OBJETIVOS
1) Implantar un sistema que permita dar una repuesta cercana, empática, rápida, eficaz y lo más adecuada posible a las necesidades de los usuario para que reciban la información y orientación adecuada a su proceso. 2) Facilitar al equipo terapéutico la comunicación adecuada con relación al proceso que lleva al paciente al centro sanitario. 3) Establecer un entorno favorable a la comunicación. 4) Salvaguardar en todo momento el derecho a la confidencialidad. 5) Mejorar la integración, colaboración e imagen del centro entre los colectivos de inmigrantes y la sociedad en su conjunto.

MÉTODOS
Formación equipo de trabajo. Formación para la acción. Descripción del proceso. Elaboración de circuitos. Contacto con organizaciones sociales. Elaboración de la documentación: plantillas de documentación, tarifas, listados de intérpretes. Campaña de información y concienciación (Atención Primaria y Especializada). Seguimiento de la implantación.

RESULTADOS
1) Núm. de intervenciones por idioma en el periodo de 2006 (noviembre-diciembre) a 2007 (enero- marzo): árabe 8, urdu (paquistaní) 5, portugués 4, rumano 2, alemán 1. 2) Uso del proceso por servicios: Cirugía (6 veces), Paliativos (3), Oncología (3), Obstetricia (1), ORL (1), Endocrino (1), Urgencias (1), Infecciosas (1), Neurología (1), Centro Salud (1). 3) La satisfacción por los profesionales de salud con el trabajo realizado por los intérpretes ha sido buena. 4) En una sola ocasión el intérprete no acudió a la hora señalada y ha sido excluido. 5) Paralelamente se han elaborado documentos bilingües de exploración en pediatría para los idiomas árabe, francés, inglés, rumano y urdu; y que han sido distribuidos para su uso en Urgencias, Pediatría y Atención Primaria.

CONCLUSIONES
1) Sistema que permite dar una respuesta a las necesidades de comunicación planteadas en la relación terapéutica. 2) Favorece el acercamiento y la relación con el paciente al utilizar personas que conocen su lengua, sus costumbres y su cultura. 3) Favorece el acercamiento y conocimiento del medio sanitario a través de las asociaciones de extranjeros.

Contacto: Félix Rivera Sanz – frivera@riojasalud.es

C-182 QUÉ FACTORES DETERMINAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL

Autores: Lorenzo S, Paniagua F, Morón V, García Sánchez J, Ortigueira JA, González Álvarez JM.

ANTECEDENTES
La satisfacción de los pacientes es un elemento clave en los modelos de gestión de calidad. Su análisis permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la organización.

OBJETIVO
Identificar qué factores determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio transversal semestral que utiliza encuesta anónima; se remite por correo sin recordatorio. Cuestionario: SERVQHOS (19 ítems). Escala 1-5 puntos (1 = calificación servicio: mucho peor de lo que esperaba, 5 = calificación servicio: mucho mejor de lo que esperaba). Encuesta adicional. Ámbito: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 255.000 habitantes, aunque para las especialidades el hospital de referencia cuenta con una población de 550.000 habitantes. Periodo de estudio: mayo y octubre de 2006. Sujetos: muestra representativa de las altas ocurridas en el periodo de estudio, excepto *exitus*, cuidados intensivos, reanimación, pediatría y psiquiatría. Análisis descriptivo, factorial y multivariante con SPSS 14.

RESULTADOS
Se enviaron 1.269 encuestas (T. respuesta 32,44%). Análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) 0,95. Satisfacción media: 3,33 (DT 0,71). Edad media 54,60 años. Núm. de ingresos previos en el hospital 2,27 (7,54% pacientes primer ingreso, 18,25% ingresado una vez y el 74,21% ha estado 2 o más veces). Medias de atributos: amabilidad (3,88), enfermería (3,71), trato (3,68), apariencia (3,67), preparación (3,67), informes médicos (3,67), confianza (3,67), familiar (3,63), tecnología (3,60), habitación (3,59), disposición (3,57), llegada (3,52), problema (3,51), cumple (3,44), capacidad (3,44), espera (2,95), rapidez (2,91), puntualidad (2,89). El análisis factorial nos permitió identificar cinco factores que influyen en la satisfacción global de los pacientes: Atención (cumple, problema, disposición, confianza, amabilidad, preparación, trato, capacidad, enfermería); Tiempo (espera, puntualidad, rapidez); Entorno (tecnología, apariencia, habitación); Información (informes médicos, familiar); Ingreso (llegada, señalización). Mediante regresión múltiple: todos los factores son determinantes de la satisfacción global de los pacientes del hospital. Atención (36%) y Tiempo (19%) son los que más influyen.

CONCLUSIONES
Todos los factores analizados influyen en la satisfacción de los pacientes del hospital, el alto porcentaje de pacientes que ha estado ingresado antes podría explicar la influencia del factor Atención en la satisfacción.

Contacto: Susana Lorenzo Martínez – slorenzo@fhalcorcon.es

C-183 ACOMPAÑAR A LOS PADRES EN EL PROCESO DE DUELO EN PEDIATRÍA: CALIDAD *VERSUS* CALIDEZ. REFLEXIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autor: Rosique MA.

OBJETIVOS
1) Reflexionar sobre el papel de Enfermería en el acompañamiento de la muerte y el duelo en pediatría. 2) Alentar la formación de los profesionales de la salud en técnicas de acompañamiento del duelo. 3) Mejorar la atención a los familiares que han perdido un hijo/a en el hospital, mejorando el acompañamiento del duelo desde los primeros momentos. 4) Ofrecer un espacio de palabras para los profesionales y para los padres, entorno a la muerte y el duelo.

MÉTODO
1) Observación participante. 2) Sesiones de enfermería. 3) Cuestionario de calidad de las sesiones.

RESULTADO
Resultado del cuestionario: 1) Interés de los directivos del hospital para incrementar la formación del personal en relación con el acompañamiento del duelo. 2) Mejora en el proceso de levantamiento del cuerpo del niño fallecido y en el recorrido de éste y de los familiares desde la unidad hasta el mortuorio. 3) Habilitación de un espacio para permitir el inicio del duelo de los familiares en un entorno de privacidad. 4) Motivación de los profesionales para acompañar el duelo.

CONCLUSIONES
1) Existe un vacío de palabras entorno a la muerte del niño y el duelo de sus familiares. 2) Existe necesidad de formación específica en técnicas de acompañamiento del duelo y la muerte en el ámbito sanitario. 3) El tratamiento del acompañamiento de la muerte del niño y del acompañamiento de sus familiares ya no es una asignatura pendiente en el hospital pero necesita mejorar para sobresaliente. 4) Es un objetivo de mejora en el nuevo hospital infantil donde ya están pensados espacios específicos para acompañar los momentos difíciles entorno al proceso de la muerte y el duelo del niño.

Contacto: Mireille A Rosique – mireillera@terra.es

C-184 ¿QUÉ NOS SUGIEREN NUESTROS PACIENTES?

Autores: Nebot C, Mira JJ, Navarro IM.

OBJETIVO
Analizar las sugerencias escritas de los pacientes de la Comunidad Valenciana a través de las encuestas de opinión.

MÉTODO
Estudio basado en la descripción y comparación de las sugerencias que los pacientes escriben en el apartado confeccionado al efecto de la Encuesta de Opinión del Paciente, en los años 2005 y 2006. Se analizaron un total de 1.116 sugerencias en 2005 y 1.226 en 2006. Se obtienen porcentajes sobre el total de cada año, para las 17 categorías de actividad que compone el total de sugerencias y para cada modalidad de encuesta.

RESULTADOS
Las sugerencias recogidas más frecuentes hacen referencia a demora en la asistencia (22,64%), condiciones ambientales y hosteleras (23,99%), planificación/organización/coordinación (31,49%). Sin embargo, sobre los agradecimientos (21,87%). 1) En cuanto a demora en la asistencia, los pacientes que más sugerencias escribieron son los de Ambulatoria Adultos (23,56% para 2005 y 21,79% para 2006), Urgencias (35,35% para 2005 y 21% para 2006) y Centros de Especialidades (50% para 2005 y 34,72% para 2006). 2) Respecto a condiciones ambientales/hosteleras los pacientes que más sugerencias escribieron son los de Atención en Medicina (15,43% para 2005 y 14,07% para 2006), Cirugía (22,86% para 2005 y 14,57% para 2006), Obstetricia (21,14% para 2005 y 10,05% para 2006) y Pediatría (21,14% para 2005 y 10,05% para 2006) los más frecuentes. 3) Si atendemos a la planificación/organización/coordinación se han recogido más sugerencias en atención Ambulatoria Pediátrica (14,73% para 2005 y 13,48% para 2006), Ambulatoria Adultos (25,00% para 2005 y 11,61% para 2006) y Urgencias (8,04% para 2005 y 14,23% para 2006). 4) Por último, los agradecimientos escritos en la encuesta son más frecuentes para Cirugía sin ingreso (14,93% para 2005 y 17,39% para 2006), Medicina (14,93% para 2005 y 10,63% para 2006) y Pediatría (20,15% para 2005 y 18,84% para 2006).

CONCLUSIONES
Según las sugerencias de los pacientes en los últimos años podemos introducir mejoras en diferentes áreas. Los datos indican que hay que prestar especial atención a la demora en la asistencia en Urgencias y en Centros de Especialidades. Se deben mejorar las condiciones ambientales/hosteleras, principalmente en las áreas de Cirugía. Y finalmente, incidir en la planificación/organización/coordinación sobre todo en el ámbito de Urgencias, ya que en el último año analizado se han incrementado significativamente las sugerencias relacionadas con esta temática.

Contacto: José Joaquín Mira Solves – jose.mira@umh.es

Mesa 22

SEGURIDAD DEL PACIENTE 2

C-185 – C-192

C-185 SISTEMA INTERACTIVO COMO MÉTODO DE FORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: Martínez L, Urruela M, Aguirre R, Estévez I, González R.

OBJETIVO
Identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora, en cuanto a conocimientos, relacionados con la prevención y cuidados de las úlceras por presión (UPP), en la atención especializada de Osakidetza.

METODOLOGÍA
A principios de 2005 se crea un grupo de mejora para la revisión y actualización del protocolo de UPP, constituido por 6 profesionales de diferentes hospitales. Una vez finalizado el protocolo se inicia su difusión, en el primer trimestre de 2007, a través de talleres en los que se utilizó la siguiente metodología: –sesión interactiva entre asistentes y docentes, utilización de una herramienta electrónica mediante la que se recogían los conocimientos que tenían los profesionales de enfermería; –discusión de casos; –al final de cada sesión se entregaba una encuesta de percepción sobre la utilidad de la actividad formativa. Concluidas las sesiones, y con el fin de identificar los puntos fuertes y áreas de mejora en cuanto a conocimientos, se han agrupado las 26 preguntas del interactivo en 3 áreas: 1) repercusión de las UPP, 2) prevención y 3) cuidados locales.

RESULTADOS
La media de resultados positivos para todos los hospitales ha sido de 63,88%, rango: 70,96% - 56,95%. Al analizar los porcentajes de aciertos para cada una de las áreas, se obtienen los siguientes resultados: repercusión de las UPP: 55,26%; prevención: 66,99% y cuidados locales: 63,70%. En el estudio pormenorizado por cada una de las preguntas, destaca, por su escaso nivel de conocimiento, la referida a la frecuencia de los cambios posturales, que arroja un resultado del 30,05% y en el área relacionada con el cuidado local, la pregunta sobre las úlceras infectadas. El grado de satisfacción positiva de las sesiones de formación ha sido del 98,05% y el grado de satisfacción excelente del 85,13%. No se ha observado correlación entre el nivel de conocimientos y el grado de satisfacción con la formación.

CONCLUSIONES
1) Los resultados obtenidos demuestran mayor nivel de conocimientos en el área de prevención, en el ámbito de todos los hospitales, elemento fundamental en la seguridad de los pacientes. 2) Asimismo, se puede observar que el área que precisa de una clara mejora es el cuidado local de las lesiones, para lo que se prevén talleres específicos a escala de cada organización de servicios. 3) El sistema interactivo ha demostrado ser una herramienta muy eficaz en la formación en UPP al permitir, por un lado, la participación y, por otro, facilitar la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora.

Contacto: Mercedes Urruela Oliván – murruela@hbas.osakidetza.net

C-186 PERCEPCIÓN *VERSUS* REALIDAD SOBRE LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: Jiménez-Muñoz AB, Sánchez-Gómez A, Chacón-García A, Rieiro C, Muiño-Mínguez A, Rodríguez- Pérez MP.

OBJETIVOS
Conocer la percepción de riesgos derivados de la práctica asistencial que tienen los profesionales sanitarios. Estimar los efectos adversos (EA) más frecuentes. Establecer las diferencias y similitudes entre la percepción de riesgos y los EA producidos.

MÉTODOS
Diseño: estudio mixto transversal y de cohortes retrospectivo. Población: muestra de 57 pacientes dados de alta durante el mes de mayo de 2006 y todo el personal del Servicio de Medicina Interna (50 profesionales). Recogida y análisis de datos: se realizó una encuesta autoadministrada sobre percepción de riesgos y seguridad del paciente a todo el personal del servicio. Posteriormente, y a través de la *Guía de cribado del Proyecto IDEA,* primera edición, se analizaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados por los médicos. Se realizó un análisis descriptivo: variables cuantitativas, cálculo de la media y desviación estándar, variables cualitativas, porcentajes e intervalos de confianza al 95%. También se calculó las incidencias acumuladas (IA) de EA y el riesgo relativo de EA en pacientes con factores de riesgo intrínseco y extrínseco. Por último, un grupo de expertos analizó los resultados obtenidos por ambos métodos, redactando un informe final.

RESULTADOS
Encuesta: Tasa de respuesta del 42%. Riesgos priorizados: falta de espacios para informar; descoordinación con otros servicios; falta de información en la historia clínica; prescripción inadecuada de antibióticos y mantenimiento prolongado de sondajes urinarios. Estudio sobre efectos adversos: IA de pacientes con EA: 25% (IC 95% 11,06 - 38,9). IA de EA: 26,6% (IC 95% 12,6 - 40,6). RR en Frintr. = 1,5 (IC 95% 0,38 – 5,91), RR en Frextr. = 1,28 (IC 95% 0,21 – 8,01). El 50% de los EA estuvieron relacionados con medicación, el 25% con fallo en el manejo/monitorización del paciente, el 16,66% con problemas técnicos de procedimientos y el 8,33% con la infección nosocomial.

CONCLUSIONES
1) La percepción de los profesionales sanitarios sobre los riesgos derivados de la práctica asistencial es diferente a los sucesos adversos que realmente se terminan materializando. 2) Los profesionales están preocupados más por cuidar la información a los pacientes y por la calidad científico-técnica. 3) Los sucesos adversos más frecuentes que se producen son, al igual que en otros estudios de ámbito nacional, los relacionados con la medicación. 4) El único punto en común es la preocupación por la infección nosocomial.

Contacto: M Paz Rodríguez Pérez – prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

C-187 ¿CUÁNDO NOS LAVAMOS LAS MANOS?

Autores: Vidal E, Usas M, Barrufet P, Serra M, Palomera E.

OBJETIVOS
Conocer la adhesión del lavado de manos (LM) del personal sanitario según las diferentes oportunidades. Conocer la adhesión del lavado de manos del personal sanitario según la evidencia científica.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo observacional con selección aleatoria de la muestra. Se definieron las diferentes oportunidades de lavado de manos según el protocolo del hospital y se categorizaron según el nivel de evidencia científica establecido por la literatura. Categoría IA: Fuertemente recomendado para la puesta en práctica y apoyado por muchos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados. Categoría IB: Fuertemente recomendado para la puesta en práctica y apoyado por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos y consejo de expertos. Categoría II: Sugerido para la puesta en práctica y apoyado por estudios clínicos o epidemiológicos y consejo de expertos.

RESULTADOS
En total se observaron 1.026 oportunidades de LM. La adecuación global del LM fue del 23,4% (240). 1) Manos sucias de sangre o fluidos corporales: 100% (5/5). 2) Después del contacto con fluidos corporales: 66,6% (14/21). 3) Después de quitarse los guantes: 59,5% (87/146). 4) Antes y después de exploraciones invasivas: 50% (2/4). 5) Después de administrar la medicación oral: 30,1% (25/83). 6) Antes y después de la inserción, manipulación o retirada de catéteres: 22,7% (5/22). 7) Después del contacto con el mobiliario: 19,2% (45/234). 8) Antes y después de administrar la medicación endovenosa: 18,6% (13/70). 9) Antes y después de la cura de heridas: 13,8% (4/29). 10) Antes y después del contacto físico con el paciente: 9,7% (39/400). 11) Antes y después de administrar la medicación subcutánea: 9,1% (1/11). El análisis de las oportunidades de LM según la evidencia científica muestra que la adhesión al LM según las oportunidades de la Categoría IA es del 37,6%, de la Categoría IB del 24,8% y de la Categoría II del 19,2%, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES
1) La adhesión al LM es baja. 2) La adhesión al LM en aquellas oportunidades que existe un contacto con sangre o fluidos corporales es más alta. 3) En las oportunidades de LM de la Categoría IA existe una mayor adhesión que en las Categorías IB y II con diferencias significativamente estadísticas. 4) Es trabajo de todos los profesionales de la salud el LM en todas aquellas oportunidades que pueda existir un riesgo de contagio tanto para el personal como para los pacientes.

Contacto: Elena Vidal Díez – evidaldi@csdm.cat

C-188 EVALUACIÓN DEL LAVADO DE MANOS COMO OBJETIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Solà E, Domenech F, Rebull J, Jové N, Gombau C, Castellà T.

OBJETIVOS
La higiene de manos forma parte del programa de seguridad del paciente en nuestro centro y de programas institucionales. Pretendemos evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de higiene de manos del centro y conocer las variables que son susceptibles de mejora.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo observacional transversal, que forma parte de un proyecto nacional de validación de indicadores de buenas prácticas. Sujetos del estudio: muestra aleatoria de 60 observaciones de profesionales, 30 en el servicio de UCI y 30 de una planta de hospitalización. La evaluación fue realizada por la enfermera de control de infección. Las variables observadas son agrupadas en dos criterios: 1) Indicación del lavado de manos (antes y después del contacto con el paciente; antes y después de realizar una cura; antes y después de la inserción de catéter vascular (ICV) y antes y después del sondaje vesical); 2) Adecuación del procedimiento de lavado de manos (aplicación del jabón con dosificador, aplicación de solución alcohólica, fricción palma contra palma, palma sobre palma y dedos entrelazados, dedos cerrados sobre palma (DCP) y secado con toalla desechable); se diseñó una hoja de recogida de datos. Periodo de estudio: abril-mayo de 2007. Para cada variable se realizó una distribución de frecuencias, se utilizaron los test estadísticos bivariantes para su comparación.

RESULTADOS
En un 49% de las observaciones se realizó el lavado antes y en un 91% después del contacto con el paciente; un 62% antes y un 100% después de realizar una cura, un 71% antes y un 80% después de la inserción de catéter vascular, 100% se aplicaron jabón con dosificador, 32% se aplicó solución alcohólica. La técnica fue correcta en: 91% fricción palma contra palma, 100% palma sobre palma y dedos entrelazados, 31% dedos cerrados sobre palma y el 100% usó para el secado toalla desechable. Destaca en la UMI el bajo cumplimiento en DCP con un 7,4% de cumplimiento, y en la planta sólo un 50% se lavó antes de la ICV. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos servicios en cuanto a indicación y técnica adecuada.

CONCLUSIONES
La evaluación ha servido para conocer el estado actual de aplicación del protocolo y establecer puntos de mejora. Se observa que el profesional sanitario está más habituado a realizar el lavado de manos después de practicar las curas o técnicas que antes de realizarlas. En la adecuación de la técnica, los movimientos de dedos cerrados sobre palma muestran un nivel más bajo de cumplimiento.

Contacto: Josep Rebull Fatsini – prebull.htvc.ics@gencat.net

C-189 EXPERIENCIA EN LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: ¿QUÉ HACEMOS CON EL SINTROM?

Autores: Ibarmia J, Urrutia I, Álvarez M, Aranguren T, Yurrebaso MJ, Darpón J.

OBJETIVO
Revisar y analizar el proceso de prescripción/administración del Sintrom, identificar puntos críticos del proceso y establecer las medidas correctivas/preventivas que garanticen la seguridad del paciente ingresado en el Hospital de Basurto. Se elige el Sintrom por tener una serie de variables comunes con otros errores notificados en materia de seguridad del medicamento: 1) Ordenes médicas inexistentes o incompletas; 2) Administración por *stock* (no unidosis). 3) Control periódico de dosis; 4) Problemas de dosis por el propio fármaco (Sintrom Uno; Sintrom –no se especifica Cuatro). 5) Conciencia general, por experiencia clínica, de los graves efectos adversos que se producen con este medicamento, a pesar de su indudable utilidad.

METODOLOGÍA
1) Organización del proyecto (SVS); 2) Constitución de un equipo de trabajo; 3) Formación en materia de seguridad al equipo de trabajo y formación en la metodología AMFE. 4) Recogida de sugerencias a través de un buzón (notificación de errores); 5) Experiencia piloto: Medicina Interna. Presentación del trabajo y *feedback* continuo. 6) Elaboración del AMFE; 7) Elaboración del Plan de Mejora.

RESULTADOS
(Junio de 2007). 1) Constitución de una Comisión de Seguridad del Medicamento, que lidere y sea facilitador del despliegue (entre otras funciones) de las posibles iniciativas de mejora asociados a los errores de medicamento. 2) Se ha documentado y analizado un proceso amplio, complejo y en que intervienen muchos intervinientes (todo el proceso asistencial, farmacia, laboratorio). 24 tareas. 3) La metodología empleada (AMFE) ha ayudado a identificar los fallos asociados al proceso descrito (40) y las causas intervinientes (64). 4) Propuestas de mejora (aún por finalizar): un volante exclusivo de solicitud de analíticas; elaboración de guías de aplicación para la prescripción y uso del Sintrom; cambio de equipos de extracción de analíticas; clarificación de responsabilidades en la determinación del IRN; sesiones de formación y difusión en todo el Hospital.

CONCLUSIONES
1) Se ha mejorado la interacción de los procesos: asistenciales, farmacia y laboratorio. 2) Se ha impulsado la constitución de un comité/comisión que vele por la seguridad del medicamento. 3) Se ha impulsado la implantación a nivel de todo el Hospital, de un sistema de notificación de errores de medicamento. 4) Se han iniciado sesiones de difusión a los estamentos de enfermería, farmacéuticos y facultativos de todo el Hospital (total 6 sesiones).

Contacto: Isabel Urrutia Johansson – johansson@hbas.osakidetza.net

C-190 ANÁLISIS DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Castillo-Gómez C, Pitarch-Flors T, García-Bernabeu MC.

INTRODUCCIÓN
Las caídas representan una causa importante de morbi-mortalidad en el medio hospitalario, afectando al 2-10% de los ingresos anuales.

OBJETIVOS
Conocer la incidencia de caídas de nuestro hospital. Conocer las causas más prevalentes que inducen a caída. Definir el perfil de pacientes que sufren caídas. Impacto económico.

MATERIAL Y MÉTODO
Diseño: estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo de serie de casos. Población y medio: todas las caídas ocurridas en las unidades de hospitalización. Periodo de estudio: del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005. Recogida de datos: declaración anónima voluntaria. Fuente de datos: para la recogida de datos se utilizó un registro donde figuraban las variables: datos de filiación, fecha, hora, unidad, lugar de la caída, nivel de conciencia, nivel de dependencia, consecuencias, medicación, medidas de protección previas, acciones derivadas de la caída y presencia de acompañante. Desarrollo: ante una caída la enfermera responsable del paciente cumplimenta todos los parámetros del registro, informando al supervisor y médico responsable. Posteriormente, el registro se envía a la Unidad de Calidad, que realiza el seguimiento: análisis de datos e informe de medidas correctoras.

RESULTADOS
La unidad con mayor número de caídas fue Medicina Interna (43%). El 57% de las caídas cursan con algún tipo de lesión, la contusión es la más prevalente. El 64% eran mayores de 65 años. El 43% necesitaban ayuda parcial. Las razones de caída de mayor incidencia fueron: levantarse solo de la cama (28%) y suelo resbaladizo (28%). El 64% tenían acompañante. El 50% de las caídas se producen en turno de noche. Las acciones derivadas de la caída (curas, Rx, estancia hospitalaria, etc.) se procesan a través del programa de análisis de costes en base al Proyecto Noria-Contabilidad Analítica y Decreto 136/02, 29 de noviembre de 2002, por el que se crean los precios públicos a aplicar por centros dependientes del SMS, con actualización del 30 de enero de 2007.

CONCLUSIONES
Según nuestro estudio la incidencia de caídas es 0,27%. Esto sugiere infradeclaración del suceso. La edad es una variable determinante en las caídas, la variable turno noche actúa como factor predisponente. Las variables estructurales, suelo resbaladizo y no fijación de cama, actúan como desencadenantes del 50% de caídas. El perfil de nuestros pacientes es: varón, mayor de 65 años, Servicio de Medicina Interna, orientado, precisa ayuda parcial y presenta la caída en turno de noche. La presencia de un familiar no parece garantizar la disminución del riesgo de caída.

Contacto: Carmen Castillo Gómez – carmen.castillo@carm.es

C-191 ERRORES DE MEDICACIÓN: AUNANDO ESFUERZOS EN SEGURIDAD ENTRE EL SERVICIO DE FARMACIA Y LOS GESTORES DEL RIESGO CLÍNICO

Autores: Menéndez-Fraga MD, Espín-Fernández M, González-González Y, Andrade-Infiesta A, Fernández-Ramos AI, Vázquez-Valdés F.

OBJETIVOS
Establecer un plan de minimización de riesgos de errores de medicación (EM) entre los Gestores del Riesgo Clínico (GRC) y el Servicio de Farmacia.

METODOLOGÍA
Gestión por Procesos (modelo ISO), creación de la Comisión de EM, estudio del circuito de medicación. Notificación de errores (formulario IR2 del *National Health Service*) y medición de la severidad del riesgo. Sistema de Registro de EM (G. Trabajo Ruiz Jarabo, 2000). Clasificación de EM por la *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHSP). Análisis de causas raíz y factores contribuyentes. Implantación de oportunidades de mejora e indicadores (Índice general Global de Error de Medicación (IGEM) x 10000) y estándares de la *Joint Commision*.

RESULTADOS
(Ciclo de PDCA). P: Liderazgo. Encuesta de clima de seguridad (50% del personal). D: Certificación ISO de Farmacia y Unidades de Enfermería, Comisión de EM y educación y entrenamiento en seguridad (70% del personal). C: Notificación de errores, clasificación y priorización de EM (administración 34,5%, dispensación 50%, prescripción 8,6% y trascripción 6,9%). IGEM: 6,6. Estudio de puntos críticos (introducción de órdenes en el ordenador y llenado de carros de medicación en el Servicio de Farmacia, actualización de tratamientos en servicios médicos, identificación de pacientes –6,9% mal identificados– y revisión de medicación por Enfermería). A: Implementación de mejoras: compra de recursos materiales (carros de medicación, armario dispensador, cajas de seguridad de fármacos de uso restringido y/o peligrosos). Tecnología de la información: implantación historia electrónica. Evaluación de material con medidas de seguridad para prevención de pinchazos. Mejora del circuito de medicación con algoritmos y pautas de dosificación. Reuniones de los GRC con el Servicio de Farmacia para detección de EM e introducción de la cultura de seguridad en la C. de Farmacia. Control de los carros de medicación en las unidades. Formación del personal en seguridad de pacientes mediante talleres, cursos, etc. Recursos externos (AHRQ y JACHO) con información sobre prácticas de seguridad basadas en evidencias. Participación en el estudio EMOPEM.

CONCLUSIONES
1) Fortalezas: Búsqueda activa de errores, reingeniería del circuito de medicación, *benchmarking*. Introducción de la prescripción electrónica. Extensión de la cultura de seguridad a todo el hospital. 2) Debilidades: Falta de personal en franjas horarias e implicación de los médicos. 3) El rediseño del proceso de medicación ha mejorado o puesto de manifiesto los errores de medicación y los puntos críticos del circuito.

Contacto: Fernando Vázquez-Valdés – fvazquez@uniovi.es

C-192 SEGURIDAD CLÍNICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Autores: Hernández-Meca ME, Ochando-García A, Royuela-García C, Lorenzo-Martínez S, Paniagua F.

OBJETIVOS
Evaluar la percepción de los pacientes en hemodiálisis sobre la seguridad clínica y valorar la importancia que tiene la comunicación-información del personal sanitario sobre la seguridad percibida por los pacientes.

MÉTODO
Ámbito: Hospital público de nivel III, con una población de referencia en nefrología de 55.000 habitantes. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal a todos los pacientes en hemodiálisis, durante los meses de febrero y marzo de 2007, mediante una encuesta de opinión sobre seguridad clínica. Realizada de forma anónima. Para el análisis estadístico se utilizó una base de datos ad hoc que fue exportada al programa SPSS 14.0 para Windows. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad de datos y se realizó un análisis de frecuencias y medias de las respuestas de cada pregunta.

RESULTADOS
La muestra estudiada fue de 54 pacientes, se recogieron 47 cuestionarios, con una tasa de respuesta de 87,04%. El 62,79% eran hombres y el 37,21% mujeres. La edad media 70,92 ± 14,56 y con tiempo medio en hemodiálisis de 75,02 ± 63,65 meses. El Alpha de Cronbach fue de 0,95 en el análisis de fiabilidad. El 80,5% de los pacientes manifestó que les preocupaba mucho sufrir un error médico. El 83,3% de los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado, como consecuencia de la asistencia recibida o de medicación administrada, manifestó estar muy preocupado por sufrir un error médico. Al analizar las preguntas relacionadas con la información y la comunicación recibida por el paciente, el 52,2% manifestaron que les habían explicado con detalle los efectos y precauciones del tratamiento y el 67,4% respondió que habían podido consultar sus dudas y preocupaciones a la enfermera y al médico, con la suficiente intimidad. Aquellos pacientes que manifestaron un déficit en la información-comunicación comentaron estar muy preocupados por poder sufrir un error médico.

CONCLUSIONES
La seguridad clínica es un tema que suscita preocupación entre los pacientes en hemodiálisis y la falta de información-comunicación se relaciona con una mayor preocupación de sufrir un error médico en los pacientes de nuestra unidad.

Contacto: M Encarnación Hernández-Meca – mehernandez@fhalcorcon.es

Mesa 23

SEGURIDAD DEL PACIENTE 3

C-193 – C-201

C-193 PROYECTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2006-2007

Autores: Vallverdú H, Garcia MC, Moreno P, Pérez A, Moya C, Ramon R.

OBJETIVO
Creación del Comité de Seguridad del Paciente formado por un grupo multidisciplinar en diciembre de 2005. Política de implicación de los profesionales del centro e invitación a la participación y sugerencias. Formación en cultura de seguridad del paciente al personal del hospital: *errare humanum est*, medidas no punitivas. Líneas de mejora de la calidad.

MÉTODO
Definición de líneas de trabajo como: Líneas estratégicas: 1) Identificación inequívoca de los pacientes. 2) Mejora de los parámetros de seguridad de la prescripción médica. 3) Análisis de casos centinela. Líneas secundarias: 1) Manejo de fármacos de alto riesgo. 2) Registro de reacciones adversas medicamentosas (RAM) y errores de medicación. 3) Registro voluntario de notificación de efectos adversos. Líneas de trabajo accesorias: las definimos como aquellas que se han ido aplicando según la demanda de necesidades. El análisis de las acciones llevadas a cabo se ha realizado mediante el diagrama PDSA (*plan, do, study, act*) de mejora.

RESULTADOS
A continuación desglosamos el trabajo realizado: Líneas estratégicas: 1) Implantación de protocolo de identificación del paciente y análisis de cumplimento. 2) Aplicación de un plan de calidad para la mejora de la prescripción y auditorias semestrales que han demostrado mejoras estadísticamente significativas. 3) Análisis de casos centinelas y creación de grupo de estudio de los mismos, con aplicación de medidas de corrección no punitivas. Líneas secundarias: 1) Fármacos de alto riesgo: se está elaborando un protocolo de control y manejo de estupefacientes. Se han llevado a cabo acciones para hacer más seguro el manejo de CIK. 2) Registro de RAM: se ha creado una base de datos para notificación en línea. 3) Se ha creado una base de datos general para registro de todo tipo de situaciones que comprometan la seguridad del paciente. Líneas de trabajo accesorias: 1) Mejora del circuito de anatomía patológica. 2) Lavado de manos con solución hidroalcohólica. 3) Registro de caídas en el hospital. 4) Circuito para la mejora de la prescripción médica habitual (ambulatoria) del paciente ingresado.

CONCLUSIONES
1) Hemos desarrollado de manera satisfactoria las líneas estratégicas. 2) Hay que continuar trabajando en las líneas secundarias y accesorias. 3) Hay que definir nuevas líneas a partir del año 2008 y mantener actualizadas las ya existentes. 4). La seguridad del paciente no es una meta, es un trayecto de mejora.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

C-194 ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: Morales-Jiménez F, Jiménez-Moreno R, Martínez-Marín R, Inclán-Ponce de León MJ, Abad-Navarro AL, Leal-Llopis J

OBJETIVO
Evaluar y analizar la implantación del protocolo de prevención y actuación ante caídas en pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización de nuestro hospital. El periodo de estudio ha sido febrero y mayo de 2007 y se han evaluado los siguientes indicadores de calidad: pacientes con valoración de riesgo de caídas al ingreso (escala J.H. Downton), cumplimiento del protocolo de prevención de caídas y cuidados adecuados e pacientes de riesgo de caídas. Las fuentes de datos han sido las historias clínicas y la observación directa de los pacientes. Los datos se han analizado con el programa informático SPSS 12.0.

RESULTADOS
Se ha evaluado 131 pacientes, presentando un 58,1% de ellos una correcta valoración del riesgo de caídas al ingreso. El 95,5% cumplía todos los criterios de cuidados adecuados al protocolo de prevención. Respecto a los pacientes identificados con riesgo de caídas, se han evaluado 227 pacientes, el 89,55% han presentado unos cuidados adecuados según el riesgo que presentaban, y la colocación de barandillas ha sido el criterio peor cumplido.

CONCLUSIONES
Tras la evaluación realizada, podemos concluir que la implantación del protocolo de prevención de caídas se ha realizado correctamente y se están manteniendo unos estándares adecuados de calidad, es necesario mejorar en la valoración del riesgo al ingreso.

Contacto: Jesús Leal-Llopis – Jesus.leal@carm.es

C-195 ¿ES SEGURA NUESTRA PRESCRIPCIÓN MÉDICA?

Autores: Ibarz M, González M, Salvador P, Boj M, Gómez A.

OBJETIVOS
Valorar el tipo de errores de medicación que potencialmente pueden producirse en un sistema de prescripción no informatizado. Proponer medidas preventivas para disminuir los errores.

MÉTODO
Se analizaron las copias de las prescripciones médicas escritas a mano que se recibían en el Servicio de Farmacia, durante un periodo de 15 días de forma prospectiva. Se elaboró una hoja de recogida de datos diseñada a tal fin. Se analizaron 202 camas de los servicios de Medicina Interna, Oncología, Cirugía y Traumatología.

RESULTADOS
Se revisaron 6.550 medicamentos prescritos. La incidencia de errores de prescripción fue del 14,8% (errores totales / medicamentos prescritos x 100). El 48% de estos errores fue debido a la dosis incorrecta, se incluyeron dosis superiores, inferiores, inexistentes o no especificadas. Dentro de este tipo de error hay que destacar la falta de especificación de dosis del pantoprazol vía oral (57,5% del error debido a dosis incorrecta). Los problemas de interpretación tales como abreviaturas e ilegibilidad fueron del 23,6%. Los errores producidos por falta o incorrecta identificación del paciente fueron del 8,7%. El 96,2 % fueron circunstancias con capacidad de producir errores (categoría A), el resto, aunque sí se produjeron, sobre la prescripción, no llegaron al paciente (categoría B).

CONCLUSIONES
El carácter prevenible de este tipo de errores hace que sea imprescindible la implantación de estrategias que conduzcan a la detección de puntos críticos en el proceso de prescripción. Para ello: 1) Se presentaron los resultados en la Comisión de Seguridad Clínica del hospital. 2) Se elaboraron unas normas de correcta prescripción que se difundieron a través de la Intranet del hospital. 3) Se potenció esta acción con sesiones informativas a los servicios clínicos, destacando los errores producidos en cada uno de ellos. Creemos que la prescripción electrónica asistida por el médico es la mejor solución. El hecho de que el prescriptor tuviera que identificar al paciente en el sistema, escoger el fármaco, la dosis y la vía adecuadas eliminaría un número elevado de los errores detectados como ilegibilidad, identificación y omisión. Consideramos muy importante la comunicación en el equipo multidisciplinario formado por médico, enfermera y farmacéutico para asegurar la correcta utilización del fármaco, ya que las diferentes interpretaciones que pueden producirse de la prescripción suelen poner en evidencia los errores que conlleva este sistema de prescripción manual.

Contacto: Pilar Salvador Collado – psalvador@grupsagessa.com

C-196 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FHC

Autores: Cortés-Ramas A, Alfaro-Alfaro MJ, Garijo-Ayesterán C, Fernández-García EG, Emparan-García de Salazar C.

OBJETIVOS
Los errores de medicación constituyen una de las principales causas de efectos adversos prevenibles en el ámbito de la asistencia sanitaria hospitalaria. Al analizar la situación en nuestro hospital, nos encontramos con que no teníamos datos de la magnitud de este problema, de ahí que nos planteáramos: identificar los puntos débiles del proceso de utilización de medicamentos en pacientes hospitalizados y establecer los dispositivos de seguridad necesarios para que el sistema garantice la seguridad de la terapéutica farmacológica.

MÉTODOS
Se realiza un estudio siguiendo la metodología de análisis modal de fallos y efectos (AMFE), en el que se diferencian las siguientes fases. Fase 1: previo al AMFE, y con la colaboración de las partes implicadas, definición de los pasos que constituyen la cadena terapéutica en este hospital. Fase 2: identificación de los posibles modos de fallo, efectos y causas potenciales del fallo. Fase 3: cálculo del índice de prioridad de riesgos. Fase 4: propuesta de acciones de mejora y se re-evaluación del riesgo al implementar dichas acciones. Fase 5: priorización de las medidas a adoptar en función del beneficio obtenido y el coste que suponga.

RESULTADOS
En la fase inicial, definimos todos los pasos de la cadena terapéutica, así como el circuito seguido en nuestro centro y que se resumen en: selección, prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento. En cuanto a las acciones de mejora detectadas, el 84% se concentran en los pasos de administración (29%), dispensación (22%), prescripción (20%) y preparación en planta (13%). De entre ellas, las más importantes hacen referencia a actividades de desarrollo de procedimientos, concienciación-formación de los trabajadores sobre los diferentes aspectos implicados en el proceso y mejorar el uso y ampliar las funciones del *software* de farmacia. Respecto a la fase de priorización de las acciones, aquellas que conllevan mayor reducción del riesgo son: desarrollo de procedimientos, concienciación del personal, las referidas al *software* de farmacia y uso correcto de los carros unidosis. En lo referente al coste, las acciones con menor coste y medio o gran beneficio identificamos: desarrollo de procedimientos, *software* de farmacia y uso correcto del carro unidosis.

CONCLUSIONES
Son múltiples las áreas de mejora detectadas que permiten prevenir los efectos adversos derivados de la utilización de medicamentos y algunas de ellas pueden implementarse sin que suponga coste excesivo.

Contacto: Ana Cortés-Ramas – anacortes@fhcalahorra.com

C-197 ¿EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA? RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Autores: Navarro C, Castán S, Aibar C, García JI, Barrasa JI, Valdepérez J.

OBJETIVOS
Evaluar la utilidad de un cuestionario para la identificación y cuantificación de efectos adversos (EA) en Atención Primaria (AP) a juicio de los profesionales.

MÉTODOS
Tras finalizar una sesión informativa realizada a profesionales médicos y de enfermería sobre la magnitud y la trascendencia de los EA en AP –por medio de un cuestionario voluntario, anónimo y autoaplicado, construido a partir de una revisión bibliográfica y un grupo nominal de notificación de EA– se valoró la frecuencia estimada por los profesionales a lo largo de su experiencia profesional de diferentes categorías de EA. El cuestionario se recogía de forma inmediata, tras su cumplimentación o remitiéndolo a un apartado de correos.

RESULTADOS
Han participado un total de 72 profesionales de 7 centros de salud (6 urbanos y 1 rural). El 69,1% eran médicos de familia, 8,8% pediatras y 22,1% enfermería. Para el 68,4% y el 51,5% la falta de uniformidad OMI-AP y la duplicidad y/o la descoordinación de tratamientos se producen más de una vez al mes. La confusión de documentos y de nombres son las categorías valoradas con menor frecuencia: el 73,4% y el 66,4% afirman no haberlo visto nunca o sólo infrecuentemente. Los problemas de comunicación entre profesionales y entre profesionales-pacientes ocurren más de una vez al mes para el 13% y 31% respectivamente. El 37,7% afirma que mensualmente faltan recursos humanos y, en torno al 30%, opina lo mismo en relación a la falta de instalaciones adecuadas o falta de material. Casi el 11% de los profesionales manifiesta que los errores diagnósticos, las RAM evitables y los errores de prescripción ocurren con una frecuencia superior a una vez al mes. Para la mayor parte de los profesionales los efectos adversos en AP no llegan a tener consecuencias importantes para el paciente.

CONCLUSIONES
El cuestionario retrospectivo es un buen instrumento para estimar los EA que se producen en AP. Parece necesario unificar criterios de registro en OMI-AP, ya que para más del 50% de los profesionales se producen problemas con frecuencia. La descoordinación/duplicación de tratamientos también es señalada como un problema frecuente en la consulta diaria, si bien sólo el 10,3% y el 14,3% declaran ver RAM evitables y los errores de prescripción con una frecuencia superior a 1 vez al mes. Conocer cuáles son los EA que ven con mayor frecuencia los profesionales en su consulta diaria permite tomar medidas para evitar que éstos se produzcan.

Contacto: Cristina Navarro Gistau – navarrocristina@hotmail.com

C-198 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Autores: Castellano-Zurera M, Carabaño-Moral R, Núñez-García D, Herce-Muñoz A, Sianes-Blanco A, Reyes-Alcázar V.

OBJETIVO
Conocer qué elementos de seguridad del paciente utilizan las Unidades de Gestión Clínica acreditadas para proporcionar una atención y cuidados más seguros.

MÉTODOS
Análisis de los estándares de calidad obligatorios del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica del Sistema Sanitario Público Andaluz, para describir las áreas temáticas directamente relacionadas con la seguridad del paciente.

RESULTADOS
El Programa de Acreditación contiene 112 estándares de calidad, 35 son obligatorios de los que se han identificado 29 (82,85%) directamente relacionados con la seguridad del paciente, que permiten impulsar una atención sanitaria más segura abordando las siguientes temáticas: –Implicación activa del paciente/familiares en la toma de decisiones de sus cuidados y tratamiento, facilitando información sobre riesgos potenciales y uso seguro de dispositivos médicos y control de la infección. –El uso y correcta aplicación del consentimiento informado, así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes. –Se garantiza la intimidad, confidencialidad y ley de protección de datos de carácter personal. –Análisis de las sugerencias y reclamaciones de los usuarios para conocer sus expectativas y experiencias. –La transparencia de los resultados y organización funcional de la Unidad. –Cómo se garantiza la correcta identificación del paciente. –El uso seguro de los medicamentos para prevenir errores en el proceso de prescripción (uso racional del medicamento) y administración. –La correcta conservación y caducidades de los medicamentos y productos. –El uso seguro del equipamiento para diagnóstico y tratamiento mediante el establecimiento de criterios de seguridad desde su adquisición, mantenimiento y formación de los profesionales. –Asegurar la accesibilidad, continuidad asistencial, comunicación estable entre niveles asistenciales y Gestión por Procesos asistenciales. –Identificación de los posibles incidentes para aplicar soluciones que minimicen los posibles riesgos. –Formación de profesionales ante posibles catástrofes internas y externas. –Garantía del uso y cumplimentación uniforme de la historia de salud, así como la eliminación de archivos secundarios.

CONCLUSIONES
Las Unidades de Gestión Clínica que obtienen la acreditación trabajan con la mejora continua y tienen presente la seguridad del paciente como uno de los componentes críticos de la calidad.

Contacto: Diego Núñez-García – diego.nunez@juntadeandalucia.es

C-199 RESULTADOS DEL REGISTRO CONTINUADO DE INCIDENTES EN NUESTRO HOSPITAL

Autores: Vallverdú H, Garcia MC, Moreno P, Corbella A, Martínez M, Gabaldá M.

OBJETIVO
A raíz de la creación del Comité de Seguridad del Paciente se pretende fomentar la participación de los profesionales del centro con la notificación voluntaria de incidentes, errores o eventos adversos detectados. El objetivo del registro es conocer los factores de riesgo para la seguridad del paciente y poder impulsar medidas de mejora.

MÉTODO
En enero de 2006 se crea una base de datos de registro prospectivo de incidentes que afectan o pueden afectar la seguridad del paciente. Se informa al resto del personal del hospital de la puesta en marcha de la recogida de datos y se estimula la participación voluntaria en la notificación de datos, que puede efectuarse de manera anónima si así se prefiere. En todo momento queda claro el carácter no punitivo de la notificación o de la resolución de problemas detectados.

RESULTADOS
Desde enero de 2006 hasta mayo de 2007 se han registrado 195 incidentes. El 56% de los registros se corresponden con problemas relacionados con la identificación correcta de pacientes, el 25% con problemas relacionados con la medicación. En un 6% de los casos hemos detectado casos centinela y en 4% incidentes debidos a causas externas al hospital. Un 9% engloba otros motivos. Inicialmente las notificaciones corren a cargo de los miembros del Comité de Seguridad del Paciente y paulatinamente se extiende la notificación a otros profesionales del centro, especialmente por parte del equipo de enfermería.

CONCLUSIONES
1) El registro de incidentes nos ha permitido identificar situaciones de riesgo que nos han llevado a elaborar un Plan de Calidad para la identificación correcta de los pacientes y para la mejora de la calidad de la prescripción médica y administración de fármacos. 2) El análisis de los casos centinela permite revelar situaciones de alto riego y poder actuar de manera inmediata en la resolución del problema detectado. 3) La implicación de los profesionales del centro es lenta, hay que insistir en el carácter voluntario y no punitivo de la notificación.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

C-200 APLICACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Autores: Vallverdú H, Capellà A, Rebasa P, Garcia MC, Moreno P, Martínez M.

INTRODUCCIÓN
Los errores en la medicación y efectos adversos relacionados con la medicación son uno de los principales problemas de seguridad del paciente. Estudios demuestran que el 56% de los errores de medicación se producen durante la prescripción médica.

OBJETIVOS
Conocer nuestros datos relacionados con la prescripción médica y evaluar la optimización de los parámetros de seguridad de la prescripción médica del Servicio de Cirugía de un hospital comarcal después de la implantación de un plan de calidad a los resultados iniciales.

MÉTODO
Se realiza un estudio transversal analítico para evaluar los parámetros de seguridad en la prescripción médica, distribuidos en 4 parámetros: datos generales, identificación del paciente, identificación del médico, prescripción médica. Después de analizar los datos que ponen de manifiesto que es necesario mejorar todos los parámetros de la prescripción médica se pone en marcha un plan de calidad dirigido a mejorar los resultados y se analiza en un segundo tiempo el resultado de la acción de mejora.

RESULTADOS
Los resultados son los siguientes (entre paréntesis el primer corte): Datos generales, consta la fecha de prescripción en el (85%) y 93,3% de los casos, la hora consta en el (8,3%) y 33,9%. El diagnóstico en el (50%) y 90%. La identificación del paciente correcta (nombre y número de historia clínica) en el (72,9%) y 91,6% de los casos. Firmamos el (91,7%) y el 100% de las órdenes médicas, pero la identificación del médico sólo es correcta (nombre y número de colegiado) en el (25%) y 43,3% de los casos. En la prescripción médica la vía de administración consta de manera correcta en el (70,8%) y 91,7% y la posología es adecuada en el (54,2%) y 65%. Han mejorado todos los parámetros analizados, han mejorado de manera estadísticamente significativa: la hora de la prescripción, el diagnóstico, la firma y la vía de administración.

CONCLUSIONES
1) La implantación de un plan de calidad mejora los resultados de la prescripción médica. 2) Hay que continuar trabajando en esta línea y proponemos nuevas acciones dentro del plan de calidad: informatización, guías de prescripción, sellos de identificación.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

C-201 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿CÓMO LA ESTAMOS CREANDO?

Autores: Vallverdú H, Garcia MC, Pérez A, Corbella A, Capellà A, Moya C.

OBJETIVOS
En diciembre de 2005 se crea el Comité de Seguridad del Paciente, compuesto por un grupo multidisciplinar con representación de facultativos de las áreas médicas, quirúrgicas, y del personal de enfermería y administrativo; se pretende difundir y dar a conocer la "seguridad del paciente".

MÉTODOS
Se organiza un calendario de actividades informativas (sesión general del hospital), reuniones con los diferentes servicios médicos y resto de personal, a la vez que se pide la colaboración y la aportación de ideas. Este cronograma se desarrolla en el primer semestre de 2006. Durante el segundo semestre se informa de los resultados de las acciones realizadas y se mantiene abierta la participación de los diferentes profesionales. El grupo inicial del Comité se amplia. Durante el primer semestre del 2007 se continúan las actividades informativas y se reparten carteles informativos. Se realizan acciones formativas. Asimismo se constituye un grupo de análisis de casos centinela ampliando la participación de más profesionales del centro. Se mantienen reuniones informativas de resultados y se fomenta la participación de todo el personal. En todo momento se opta por una visión de solución de problemas y no punitiva, asumiendo una mejora de la calidad asistencial, que aporta un beneficio no sólo para el paciente sino también para todos los profesionales.

RESULTADOS
Durante el primer semestre de 2006 los miembros del Comité son reconocidos por el resto de profesionales como "policías" del hospital. A partir del segundo semestre del 2006 se aprecian las primeras participaciones del personal del hospital en el registro de reacciones adversas medicamentosas, la notificación de errores de identificación y la mejora de parámetros auditados inicialmente. Se manifiesta un cambio en la actitud de los profesionales en los temas trabajados.

CONCLUSIONES
1) La introducción de la cultura de la seguridad requiere un proceso informativo y de participación progresivo. Hay que ganarse la confianza de los profesionales con acciones y resultados. 2) El carácter confidencial y no punitivo es fundamental para ganarse la confianza de los profesionales. 3) Hay que continuar formando a los profesionales en seguridad del paciente.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

Mesa 24

SEGURIDAD DEL PACIENTE 4

C-202 – C-210

C-202 CIRUGÍA Y ERROR. ¿QUÉ PIENSAN LOS CIRUJANOS?

Autores: Vallverdú H, Rebasa P, Urgellés J, Navarro S.

INTRODUCCIÓN
A nivel mundial existe la amplia aceptación que el conocimiento del error debe introducirse en la cultura de seguridad del paciente y que se debe garantizar la inmunidad de los profesionales de la sanidad. Es el momento de hablar sobre errores y de saber qué piensan en realidad los médicos.

OBJETIVO
Obtener una primera aproximación en Cataluña sobre lo que piensan los cirujanos sobre el error médico.

MATERIAL Y MÉTODOS
Encuesta escrita, anónima, remitida por correo electrónico a los jefes de servicio de todos los hospitales de la red pública catalana. Respuesta múltiple posible y abierta en algunas preguntas.

RESULTADOS
Contestaron 81 cirujanos de 12 hospitales. En un 81,5% fueron hombres y en 18,5% mujeres. 15 residentes (18,5%) y 66 adjuntos (81,5%). El término "error médico" molesta a un 50,6% de los encuestados, aunque despierta el interés de un 69,1% de los encuestados. La inmensa mayoría cree que debe hablarse del error médico (97,5%) y que el ámbito de discusión debería ser la sesión de morbimortalidad. De todas maneras, hasta un 30,9% evitarían el uso de "error" incluso en la sesión clínica. Todos los encuestados creen que pueden cometer errores, pero sólo 82,7% ha cometido errores. Se tiene la percepción de que la mayoría de errores no tienen ninguna repercusión (37,0%) o leves secuelas (22,2%). El ámbito donde es más fácil cometerlos es en Urgencias (93,8%). De los cirujanos que han cometido errores, el 23,5% creen que sólo ellos son los causantes. Sólo un 74,1% se sentiría apoyado por los compañeros y apenas un 34,6% por la institución. A pesar de que la definición de error médico es la aceptada internacionalmente, sólo un 75,3% estaban de acuerdo con ella, y sólo un 64,2% creen que los errores son un problema actual de la sanidad. Sorprende que hasta un 11,1% no participaría en programas de prevención de errores.

CONCLUSIÓN
A pesar de ser un tema cada vez más candente en nuestro ámbito, mantenemos una actitud temerosa sobre el error médico, y padecemos un notable desconocimiento de sus mecanismos, sus causas y de las estrategias para evitarlos. Creemos que es el momento de empezar a hablar de este tema y de liderarlo los profesionales de la sanidad, antes de que el líder sea alguien ajeno a nuestra profesión.

Contacto: Helena Vallverdú Cartié – helenavallverdu@telefonica.net

C-203 INFLUENCIA DE LOS FACTORES COGNITIVOS SOBRE LA ADHESIÓN PERCIBIDA AL LAVADO DE MANOS

Autores: Navarro-Córdoba M, Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Llorca-Díaz J.

OBJETIVOS
Estimar la adhesión autoreferida a las recomendaciones de higiene de manos y analizar las relaciones entre factores cognitivos que influyen en la conducta de los trabajadores sanitarios y la adhesión referida.

MÉTODOS
Estudio de corte transversal mediante encuesta autocumplimentada sobre prácticas (adhesión percibida clasificada como nunca, casi nunca, siempre, casi, siempre) y conocimientos, percepciones, creencias y actitudes acerca del lavado de manos (puntuadas en una escala del 1 al 10). Variable dependiente a estudio: adhesión percibida. Para la comparación de tres o más medias se ha utilizado el ANOVA y para el ajuste de factores de confusión el ANCOVA. Los factores relacionados con la buena adhesión se han analizado mediante regresión logística.

RESULTADOS
Respondieron el cuestionario 1.014 profesionales sanitarios de atención especializada. Los factores predisponentes mostraron una mayor asociación con las recomendaciones de la higiene de manos, incrementando la adhesión a las recomendaciones de higiene de manos en un 30% por cada punto de aumento en los factores predisponentes (odds ratio ajustado [OR] = 1,30; IC 95% ([CI]: 1,15 – 1,47). La percepción de barreras disminuyó la adhesión al lavado de manos (OR ajustado = 0,88, IC 95% [0,80 – 0,97]) y los factores reforzantes incrementaron moderadamente la adhesión (OR ajustado = 1,13; IC 95% [1,03 – 1,25]).

CONCLUSIONES
Los trabajadores sanitarios reconocen generalmente que la higiene de manos es una de las medidas más importantes para reducir la incidencia de infección nosocomial, sin embargo la adhesión al lavado de manos permanece baja. Nuestro estudio muestra una clara asociación entre una serie de factores cognitivos y el alto grado de adhesión autoreferida. Esta información puede ser útil en el desarrollo de estrategias duraderas necesarias para promover la higiene de manos entre los trabajadores sanitarios.

Contacto: Mar Navarro Córdoba – tdierssen@dg.scsalud.es

C-204 DETECCIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN UN CENTRO SANITARIO

Autores: Rebull-Fatsini J, Gombáu-Monteso C, Doménech-Spaneda MF, Brull-Gisbert LI, Castella T, Aibar-Remon C.

INTRODUCCIÓN
La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, tanto de la práctica clínica como de su organización.

OBJETIVO
Determinar la incidencia de efectos adversos (EA) y de pacientes con EA en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS
Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados, que su hospitalización sea superior a 24 horas, en el hospital, y que hayan sido dados de alta del 4 de junio al 10 de junio de 2005 (ambos incluidos). Instrumentos: para la identificación de los posibles EA se utilizó la *Guía de cribaje del Proyecto* IDEA (Identificación de Efectos Adversos, un cuestionario elaborado a partir de una investigación previa). Las historias clínicas que cumplían al menos uno de los 19 criterios de la *Guía de cribaje* fueron examinados en detalle con posterioridad, para la caracterización precisa del EA con el formulario Modular de Revisión (MRF2). Se incluyeron los EA detectados durante la hospitalización y aquéllos que fueron consecuencia de episodios de hospitalización previa en el mismo hospital. Se excluyeron del cálculo de la incidencia de los efectos adversos hospitalarios los que ocurrieron en la Atención Primaria y en Consultas Externas.

RESULTADOS
Cálculo de la incidencia de pacientes con EA. De los 147 pacientes, 49 fueron seleccionados (cribados) como posibles EA. De estos 20 pacientes con EA, en 8 (40%) pacientes el EA más grave se dio en el período previo a la hospitalización, en 4 (20%) durante un procedimiento, en 7 (35%) durante las curas en las unidades de hospitalización y en 1 (5%) paciente el EA más grave se dio en la admisión a planta. La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue del 13,6% (20/147); IC 95%: 8,1% - 19,1%. La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia hospitalaria (excluidos los de Atención Primaria, Consultas Externas, y ocasionados en otro hospital) fue del 9,04% (14/147); IC 95%: 4,8% - 14,9%. El 42,9% de los EA de pacientes ingresados en un servicio médico fueron evitables frente al 46,7% de los EA de pacientes en servicios quirúrgicos.

DISCUSIÓN
Este estudio se enmarca en el conjunto de estudios, el objetivo de los cuales es la mejora de la calidad. Nuestros resultados son similares a los publicados en otros estudios. El estudio identifica oportunidades de mejora en áreas antes poco objetivadas, como las relacionados con las curas en planta.

Contacto: Josep Rebull Fatsini – prebull.htvc.ics@gencat.net

C-205 DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PARA REDUCIR LA TASA DE SEPSIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL

Autores: Hidalgo E, Nespral B, Del Casar JM, Martínez A, Mata E, Solís P.

OBJETIVO
Evaluar el impacto de un programa para reducir la tasa de sepsis asociada a catéter venoso central (BRC/CVC).

MÉTODOS
En el año 2004 la Comisión de Infecciones puso en marcha un programa basado en dos premisas: la sepsis por CVC se puede evitar; y los únicos que pueden lograrlo son los propios profesionales médicos y de enfermería que insertan, mantienen y deciden retirar un CVC. Se realizaron intervenciones centradas en las tres etapas del proceso y enmarcadas en las siguientes tres líneas estratégicas: 1) Revisar los procesos: elaboración de los protocolos de inserción y mantenimiento por los propios profesionales que llevan a cabo cada uno de estos procedimientos, y posterior evaluación de su difusión y cumplimiento por medio de una encuesta diseñada para este fin. 2) Formación reglada teórico-práctica (talleres de inserción y mantenimiento). 3) Conocer la situación: recogida sistemática de datos de todos los CVC por la enfermera de vigilancia de IH con el objetivo de cuantificar la situación mediante la determinación de indicadores y la comunicación periódica de la información obtenida a los profesionales.

RESULTADOS
Entre 2004 y 2006 se redujo significativamente la tasa de BRC por 1.000 días de CVC: de un total de 7 BRC/1.000 días de CVC en 2004, a 2 BRC/1.000 días en 2006. La mayor reducción se detectó en CVC con indicación distinta de nutrición parenteral, de 6 BRC/1.000 días a 0,7 BRC/1.000 días. En CVC para nutrición parenteral, aunque la tasa descendió de 10,2 a 6 BRC/1.000 días, se consideró un nivel elevado respecto al estándar, y en 2006 se inició la elaboración de un plan específico de prevención de BRC en CVC indicado para nutrición parenteral.

CONCLUSIONES
El diseño y la aplicación de un programa han sido eficaces en nuestro centro para reducir los casos de sepsis asociada a la utilización de catéter venoso central.

Contacto: Elisa Hidalgo Pérez – microbiologia @hospitaldejove.com

C-206 DETECCIÓN DE ERRORES EN EL CIRCUITO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS: UN TRABAJO DE EQUIPO

Autores: León J, Aranda A, Collados V, Martínez-Bueno MA, Pérez V, Iranzo MD.

OBJETIVO
Analizar los errores detectados en el circuito de prescripción, validación, elaboración y administración de medicamentos citostáticos durante los años 2003 a 2005 para disminuir su número y el impacto que tienen finalmente sobre el paciente, así como conocer la participación de los distintos profesionales en esta actividad.

MATERIAL Y MÉTODO
Como parte del Programa de Gestión de Riesgos Asociados a Quimioterapia, la prescripción de quimioterapia se valida por un farmacéutico antes de su preparación, es revisada posteriormente por una enfermera distinta a la que ha elaborado la mezcla y tras su dispensación revisada igualmente por la enfermera encargada de la administración. Los errores detectados se registran en el Servicio de Farmacia en una base de datos desarrollada para tal efecto y se corrigen, cuando es posible, realizándose el análisis posterior de los mismos, tomando las medidas oportunas para evitar que se repitan.

RESULTADOS
Durante los años 2003 a 2005, ambos inclusive, se realizaron un total de 38.894 preparaciones de quimioterapia para un total de 3.493 pacientes. Se detectaron 268 errores de los cuales 121 fueron de prescripción, 90 de validación, 44 de elaboración, 11 de administración y 2 sin categorizar. Estos errores fueron detectados por el farmacéutico en un 39,55%, en un 29,48% por el personal de enfermería de hospital de día médico, en un 16,42% por la enfermera de Farmacia y el resto por otros profesionales implicados en el circuito de citostáticos. Solo en 1 caso el error fue detectado por el propio paciente. 32 errores (12% de los errores detectados) llegaron al paciente, lo que supone un 0,08% del total de mezclas elaboradas.

CONCLUSIONES
Todos los profesionales implicados en el circuito de prescripción-administración de medicamentos citostáticos, e incluso el propio paciente, pueden se agentes corresponsables en la contribución de la calidad asistencial y la seguridad clínica de los pacientes. El registro y análisis de los errores detectados permite implantar acciones de mejora que contribuyan a su prevención. Las primeras fases del circuito, tales como la prescripción, tienen más posibilidades para la detección de los errores ocurridos que las últimas como la administración, donde únicamente el paciente informado podría detectar un error.

Contacto: Josefa León – josefa.leon@carm.es

C-207 INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN MEDICINA DE FAMILIA: MUCHAS E IMPORTANTES, PERO REDUCIBLES

Autores: López-Picazo JJ, Ruiz JC, Ariza MA, Sánchez-Ruiz JF, Lázaro MD, Sanz G.

OBJETIVOS
La prescripción de medicamentos es una de las actividades que el médico de familia (MF) realiza con más frecuencia. La aparición de interacciones medicamentosas (IM) supone un riesgo para la seguridad del paciente. Nuestro objetivo es conocer la cantidad y tipo de IM en los pacientes tratados por nuestros MF y diseñar estrategias de mejora que reduzcan su incidencia.

MÉTODOS
Catalogamos las IM según la base datos del Colegio de Farmacéuticos (BOT), con un triple criterio: 1) Importancia: cuatro grados decrecientes, A a D. 2) Actitud a tomar: evitar, vigilar al paciente o modificar el intervalo de administración. 3) Principios activos. Diseñamos un programa informático (OMI) que revisa las prescripciones activas de un mismo paciente en la historia clínica informatizada. Lo aplicamos para todos los pacientes y MF con historia abierta en OMI en nuestra área de salud (420.544 usuarios y 240 MF) en una fecha al azar, 1 de junio de 2006. Por fin diseñamos un ciclo de mejora encaminado a reducir la incidencia de IM tipo A, utilizando un informe mensual priorizado por su importancia y frecuencia, que incluye pacientes afectos, fármacos implicados e información facilitadora del cambio (efecto, mecanismo, recomendaciones o alternativas posibles, evidencias y bibliografía). Este informe se distribuye a los MF (de marzo a octubre de 2007) de tres formas: por correo, en sesión clínica por farmacéutico entrenado o personalizado en entrevista privada de 10 min, a fin de conocer datos sobre coste-efectividad.

RESULTADOS
Encontramos 288.616 prescripciones activas, hechas a 81.309 pacientes (19%). 59.799 de (73%) toman más de un fármaco. Detectamos 17.342 IM (29,0%), 11.093 (64%) fueron tipo A y 5.778 (33%) deben evitarse. La IM más frecuente fue calcio + bifosfonatos (7%, tipo A, actitud: modificar el intervalo). Sobre principios activos, la IM A más frecuente a evitar fue calcio más hidroclorotiazida (252 veces, 1,5%), seguida de ibuprofeno más diuréticos de asa. Actualmente está en marcha el ciclo de mejora.

CONCLUSIONES
Hay un serio problema de seguridad: casi 1 de cada 3 pacientes polimedicado sufre una IM. De ellas, 2 de cada 3 son de máxima importancia y 1 de cada 3 debería evitarse. El método es válido para detectar IM y obtiene cifras superiores a estudios similares europeos. El informe prioriza las IM según importancia y actitud a tomar y aporta información facilitadora del cambio. Las estrategias diseñadas, en especial la entrevista por pares, parecen adecuadas para mejorar.

Contacto: Julio José López-Picazo Ferrer – julioj.lopez-picazo@carm.es

C-208 CICLO DE MEJORA 6 SIGMA EN GESTIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Mazo S, Hernández-Mazo CG, Emparan C.

INTRODUCCIÓN
La seguridad del paciente es un elemento crítico en la gestión de pacientes en Unidades de Hospitalización a Domicilio, en las cuales se traslada el tratamiento hospitalario especializado a distancia del hospital, donde el control del tratamiento es técnicamente menor.

OBJETIVOS
Analizar con metodología 6 Sigma el sistema de gestión de riesgos y seguridad del paciente en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se analizaron prospectivamente durante un periodo de dos años 750 pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (*case-mix* 1,64). En todos aquéllos en los que se produjo una incidencia que pudo aumentar la estancia media, inducir morbilidad o mortalidad se realizó un análisis de suceso centinela, al igual que en todo fallecimiento, aunque su GRD lo etiquetase como muerte no evitable. Posteriormente, se introdujeron todas las incidencias en un sistema de cálculo (Minitab) analizándose el nivel de Sigma de los incidentes trimestralmente, agrupándolos en diagramas de Pareto y en diagramas de incidencias de Steward, con el fin de valorar los diferentes tipos de incidencias, su impacto y las medidas de mejora introducidas por la Unidad y su impacto final, comparándolo con 1.500 (agrupación 1:2) pacientes hospitalizados agrupados en GRD de idénticas características.

RESULTADOS
Los indicadores de proceso (estancia media y morbilidad asociada) fueron similares en ambos grupos de pacientes. Los indicadores de producto (reingresos a 30 días, infecciones, flebitis, úlceras por presión, mortalidad atribuible al proceso y evitable) fueron significativamente mejores en el grupo de pacientes en el domicilio (p = 0,02, Sigma de nivel 4) que en los hospitalizados. El análisis de Pareto indicó que los pacientes con mayor número de reingresos fueron los remitidos de Unidades de Cirugía con elevado grado de complicaciones digestivas (fístulas) y con escaso apoyo del entorno social. El análisis AMFE indicó como mayor causa de reingreso la interacción entre la Unidad de Derivación, el grado de morbilidad de los pacientes y su entorno social. La mortalidad evitable fue inferior en el grupo domiciliario (0,13% *vs.* 0,20) y la mortalidad global fue similar en ambos grupos (2,85% *vs*. 3,12%).

CONCLUSIONES
La metodología 6 Sigma nos permite valorar los riesgos inherentes a Unidades Especializadas como las de Hospitalización a Domicilio, que en nuestro caso presenta unos estándares de seguridad similares o superiores a los de la hospitalización convencional.

Contacto: Carlos Emparan García de Salazar – cemparan@fhcalahorra.com

C-209 EVALUACIÓN DEL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO A TRAVÉS DE LA DETERMINACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR PACIENTE Y FASE

Autores: Font-Noguera I, Climent Bolta C, Poveda-Andrés JL.

OBJETIVOS
Evaluar la calidad del proceso farmacoterapéutico por paciente y en cada fase del proceso, desde la prescripción hasta la administración, a través de la determinación de errores de medicación e indicadores de calidad.

MÉTODOS
Se realizó un estudio observacional prospectivo de errores de medicación mediante el seguimiento de 308 pacientes durante todo su proceso farmacoterapéutico por revisión de la prescripción médica, la posterior validación farmacéutica (2.408 líneas prescritas) y de la medicación dispensada por enfermería de farmacia (3.885 unidades dispensadas), así como por observación directa de la administración de medicamentos por enfermería de sala (1.789 oportunidades de error). Se estableció como variable de medida los errores de medicación, clasificándolos en función de la fase del proceso farmacoterapéutico, el tipo de error, la causa próxima y remota y, como indicadores de calidad, la relación porcentual de errores de medicación de cada fase, también se predefinió su estándar de calidad.

RESULTADOS
De los 308 pacientes estudiados, en 107 se detectó al menos un error de medicación (34,7%), en total 137 errores han sido distribuidos en: omisión de alergia y descripción de la prescripción (20,4%), prescripción/validación (28,5%), dispensación (23,4%) y administración de medicamentos (27,7%). El tipo de error más frecuente fue la omisión de dosis (19,7%) y la selección de especialidad farmacéutica (16,1%). La causa próxima más común fue fallos de memoria y descuidos con el 53,3%. El grado de cumplimiento de los indicadores de calidad por fases fue el 2,3% (7 de 308 pacientes) para la omisión de alergia del paciente, 0,9% (21 de 2.408 líneas) para la prescripción, 1,6% (37 de 2.408) para la prescripción/validación, 0,8% (36 de 3.885 dispensaciones) para la dispensación y 2,1% (38 de 1.789 oportunidades) para la administración de medicamentos, frente a un estándar del 1% para todas las fase, excepto para la dispensación del 0,2%.

CONCLUSIONES
Por cada 10 pacientes se estima que en 3,5 de ellos ocurre una incidencia en cualquiera de sus fases del proceso farmacoterapéutico, la distribución de errores es uniforme en cada una ellas. Los indicadores de calidad apuntan oportunidades de mejora para los profesionales implicados en el proceso, basadas en la normalización y la formación para realizar tareas técnicas y manejar la tecnología.

Contacto: Isabel Font Noguera – font_isa@gva.es

C-210 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y EFECTOS (AMFE) AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

Autores: Latorre M, San Sebastián JA, Bilbao I, Llamas A, Omaetxebarria E.

INTRODUCCIÓN
El análisis de modos de fallo y efectos (AMFE) es un método prospectivo y sistemático para identificar y prevenir problemas en los procesos, antes de que ocurran. Su objetivo es identificar riesgos potenciales y establecer las barreras para que no se produzcan (medidas preventivas).

OBJETIVOS
Describir la metodología del AMFE mediante su aplicación en el proceso de gestión del medicamento de las Unidades de Cuidados Críticos (UCI de Neonatología, Pediatría y Adultos) y Reanimación del Hospital de Cruces.

MÉTODOS
El AMFE se desarrolla en seis pasos: 1) Seleccionar un proceso de alto riesgo (que merezca la inversión de tiempo y recursos del equipo de trabajo); 2) Crear el equipo de trabajo (multidisciplinar, que incluya personas que conozcan el proceso, un líder y un facilitador); 3) Descripción gráfica del proceso (si es complejo, identificar el subproceso sobre el que se realizará el análisis de riesgos; 4) Realizar un análisis de riesgos: utilizando herramientas de análisis de riesgos, escalas de evaluación y matriz de puntuación de riesgos y árbol de decisión; 5) Planificar las acciones y verificar su implantación: se utiliza una planilla de planificación de acciones de mejora; y 6) Analizar, evaluar y difundir los resultados.

RESULTADOS
1) Se seleccionó el proceso de errores de medicación relacionados al uso de abreviaturas potencialmente peligrosas; 2) El equipo se constituyó con once personas (cuatro facultativos, tres supervisoras, tres miembros de la Unidad de Calidad y la subdirectora médica); 3) Se describió el mapa de los procesos de la gestión del proceso de tratamiento farmacológico, identificando actividades de comunicación escrita y oral con posibles implicaciones para el paciente; 4) Se identificaron doce posibles modos de fallo y se obtuvo una puntuación por gravedad y probabilidad. El árbol de decisión utilizado simplificó a dos los modos de fallo que requerían identificación de causas; 5) Se identificaron siete causas potenciales y se planificaron tres acciones de mejora.

CONCLUSIONES
1) El principal beneficio del AMFE es que permite desarrollar una cultura de seguridad basada en la reflexión sobre la minimización de riesgos; 2) La herramienta representa una buena oportunidad para identificar dónde puede fallar un proceso, las causas que pueden provocar esos fallos y actuar sobre esas causas.

Contacto: Mikel Latorre Guisasola – mlatorre@hcru.osakidetza.net

Mesa 25

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 3

C-211 – C-218

C-211 CERTIFICACIÓN ISO UNE-EN-ISO 9001:2000 EN EL HOSPITAL LA FUENFRÍA: UN PROYECTO DE CERTIFICACIÓN GLOBAL

Autores: González MP, Garrido M, Escudero E, Velasco R, Muñoz P, Pascual L.

OBJETIVOS

Presentar el proyecto de certificación global de un hospital de media y larga estancia y los resultados de la certificación de la primera fase del proyecto.

MÉTODO

En el diseño del proyecto se ha tenido en cuenta el alineamiento del despliegue del sistema de gestión de calidad con lo establecido en su Plan Estratégico que, a su vez, ha sido referenciado a un escenario de readaptación de este tipo de hospitales al escenario inducido por la puesta en marcha del Sistema de Dependencia. Se realizó el análisis estratégico y se identificaron varias líneas de actuación, entre ellas, la de avanzar en la certificación global del hospital en el contexto ISO, sin excluir la realización de procesos de autoevaluación periódicos (EFQM). Se ha optado en una primera fase, por certificar las actividades de Gestión de Usuarios y de Mantenimiento. El primero porque cubre los aspectos no sanitarios de la relación con los usuarios (otros hospitales, pacientes y familiares); el segundo, porque afecta transversalmente al hospital; asimismo, y por lo novedoso y adecuado al tipo de hospital, la Digitalización de Imágenes y el Sistema de Telemedicina.

RESULTADOS

La Fuenfría ha certificado los procesos incluidos en la primera fase (mayo) de despliegue de su proyecto global de certificación.

CONCLUSIONES

En el último año, la Dirección ha optado, para desplegar el sistema de gestión de calidad, por un modelo coparticipativo de ejercicio del liderazgo y por la formación institucionalizada del personal, utilizando para vehiculizar la opción estratégica a los grupos de mejora, deduciéndose que, además de lo que supone el reconocimiento oficial, se percibe: 1) La mejora de la satisfacción del cliente, considerando como tales a los pacientes, proveedores de pacientes y a los profesionales del centro, constatándose que la certificación en Telemedicina está aportando valor añadido a la calidad de la prestación, asimismo en el grado de seguridad en el manejo de nuestros pacientes y en el proceso de formación continuada de nuestros médicos. 2) La participación activa de los grupos de mejora ha permitido avanzar en el proyecto después de su comprensión, implicando al 10% de la organización en el cumplimiento del objetivo, resultando una herramienta eficaz para avanzar en el inevitable proceso de cambio puesto en marcha. 3) La mejora en el proceso de control del escenario de cambio organizacional inducido por el despliegue del Plan Estratégico.

Contacto: María Pilar González Sánchez – pgonzalez.hlff@salud.madrid.org

C-212 AUTOEVALUACIÓN DE LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO CON EL MODELO EFQM. RESULTADOS DE LA SEGUNDA AUTOEVALUACIÓN

Autores: Peco C, Cañizares A, Santos A, Sanz J, García LF, Gómez F.

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. Dado que se trata de nuestra segunda autoevaluación, comprobar si mejoramos nuestra puntuación anterior, para comprobar la consolidación del modelo. Preparar la elaboración de la memoria EFQM y, en caso de obtener la puntuación necesaria, optar al reconocimiento oportuno.

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, los cuales recibieron formación en el modelo EFQM y en el uso de la herramienta, posteriormente se puntuaron las 120 preguntas de los 9 criterios del modelo. Las puntuaciones individuales se sometieron a consenso por medio de dos reuniones.

RESULTADOS

1) El resultado de la primera autoevaluación fue de 290 puntos y se detectaron 27 áreas de mejora. 2) El resultado de la segunda autoevaluación fue de 429 puntos y se detectaron 26 áreas de mejora. 3) Los mayores incrementos en puntuación se han obtenido en los criterios facilitadores.

CONCLUSIONES

Tras la segunda autoevaluación se aprecia un considerable incremento en la puntuación obtenida, el número de áreas de mejora es similar al obtenido en la primera, pero son diferentes; la metodología empleada da lugar a que este número sea similar. Se aprecia que, por tratarse de una institución pública, existen numerosos criterios relacionados con incentivos, plantillas, etc. sobre los que no tenemos autonomía de decisión. El modelo de calidad se va consolidando en nuestra área como herramienta de mejora de la calidad y como apoyo a la gestión.

Contacto: Juan Sanz Cortés – jsanzc@sescam.jccm.es

C-213 TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL INCLUIDO EN LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

Autores: Ojeda F, Carballal FJ, Lineros E, Cruz A, Canovas E.

OBJETIVO

Mostrar la evolución de la lactancia materna en un hospital comarcal incluido en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) de Unicef y la importancia de una política proactiva multidisciplinar para el mantenimiento de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado los registros de los últimos años de tasas de lactancia materna al alta CMBD (IHAN desde 22 de enero de 1999). Las estadísticas se refieren a porcentajes sobre datos disponibles y se incluye el estudio del % de datos disponibles sobre el total de partos. Estudiamos los porcentajes de lactancia materna en relación a la mixta y artificial, desde el año 2000 hasta el 2006. Desde el año 2004 (83%) se inicia una progresiva política proactiva multidisciplinar basada en tres pilares: 1) Refundación de la Comisión de Lactancia, con la participación de representantes de todos los profesionales implicados: enfermeras de hospitalización materno-infantil, pediatras, matronas y ginecólogos. 2) Revisión de los programas de formación para profesionales sanitarios. 3) Reevaluación por los monitores del programa de la IHAN.

RESULTADOS

Se observa una progresiva disminución en las tasas de lactancia materna al alta que se acentúan a partir del 2003 (85%), a la vez que coinciden con las cifras de registro más bajas. Una vez iniciado el proceso de mejora proactivo se produce una recuperación de los valores de lactancia materna correspondientes al inicio de la iniciativa (89% en 2006), así como una mejora en el registro (96%). Desde el inicio del proceso se ha realizado un curso de formación en lactancia, la revisión sistemática de los pasos para la lactancia materna y se ha programado un segundo curso para 2007.

CONCLUSIONES

La obtención de unas tasas adecuadas de lactancia materna al alta requiere una actitud proactiva permanente por parte de las direcciones de servicio y del hospital y un trabajo multidisciplinar de todos los profesionales implicados en la atención materno-infantil.

Contacto: Felipe Ojeda Pérez – fojeda@fhag.es

C-214 EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTOS DE MEJORA. RESULTADOS 2006

Autores: Conesa A, Robles D, Pahissa J, Forés J, Grau J, Santiñá M.

INTRODUCCIÓN
A finales de 2006 se creó, dentro de la Comisión de Sistemas de Información - Historias Clínicas, un grupo de trabajo (GT) para la evaluación de la historia clínica (HC), con la misión de evaluar la documentación clínica, tanto en soporte papel como en soporte electrónico.

OBJETIVOS
Los objetivos de este GT fueron: 1) elaborar y aprobar un nuevo baremo de evaluación de la HC adaptado a la situación organizativa del hospital; 2) evaluar una muestra de altas de cada servicio asistencial; 3) facilitar información a los servicios de los resultados de la evaluación.

MÉTODOS
Se revisan las actas realizadas por el grupo de trabajo durante el 2006, donde se detalla el baremo utilizado en la evaluación de las HC y los resultados de las evaluaciones realizadas, así como la impresión general de la HC y el grado de cumplimiento del consentimiento informado (CI). Las HC a evaluar fueron seleccionadas al azar entre aquellas que han originado una estancia en el hospital de un mínimo de 5 días.

RESULTADOS
Durante el año 2006 se realizaron 15 reuniones de trabajo, donde se revisaron 176 HC, correspondientes a 32 servicios. Globalmente se obtuvieron el 72% de todos los puntos posibles, oscilando según servicios entre el 92 y el 66%. Las variables mejor valoradas fueron: informe de alta (97%), comentario de la información clínica de enfermería (96%), comentario del ingreso/hoja quirúrgica (94%) y comentario de la evolución clínica (90%). Las deficiencias más importantes se concentraron en la exploración física (30%), el listado de problemas diagnósticos (36%) y la anamnesis (37%). Los documentos de CI estuvieron presentes en la mayoría de servicios y la impresión general de la HC fue buena.

DISCUSIÓN
Tendencia generalizada a cumplimentar mejor los apartados de la anamnesis y exploración física de más interés para cada especialidad, lo cual dificulta lograr el 100% de puntos. Tendencia a ir sustituyendo el soporte papel por el soporte informático, aunque se acabe imprimiendo toda la documentación. Se resalta la importancia que en el informe de alta médica conste el plan terapéutico y el seguimiento posalta. Se elabora y aprueba un nuevo baremo de evaluación de la hC consensuado que mejora el anterior y donde se incluyen aquellos apartados necesarios para cumplir los requisitos exigidos en el nuevo modelo de acreditación hospitalario del *Departament de Salut* de Cataluña.

Contacto: Artur Conesa González – aconesa@clinic.ub.es

C-215 LA INEQUIDAD EN LA ATENCIÓN URGENTE AL ICTUS: SITUACIÓN EN MADRID

Autores: Sánchez-Sánchez C, Castro-Villanova D, Oreja C, González R, Morlan L, Pareja-Grande JA.

INTRODUCCIÓN
La equidad en el acceso a los servicios sanitarios está recogida en la Ley General de Sanidad. La Comunidad de Madrid (CAM) está a la cabeza en dispositivos asistenciales de atención urgente al paciente con ictus.

OBJETIVO
Analizar la situación de la atención urgente al paciente con ictus en hospitales de la zona Sur-Oeste de la CAM, correspondientes a 3 de las 11 áreas sanitarias, y su evolución en dos años.

MATERIAL Y MÉTODOS
Encuesta en los hospitales de Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Leganés y Móstoles sobre dispositivos asistenciales de atención al paciente con ictus en 2005. Recogimos: datos de la población, dotación tecnológica y recursos humanos. Comparamos con la dotación de los grandes hospitales de las áreas metropolitanas. Evaluación a los dos años después de las medidas adoptadas de difusión de la situación.

RESULTADOS
Zona Sur-Oeste: población atendida: 1.136.142 habitantes (19,57% de los madrileños). Recursos: 30 neurólogos, camas asignadas a Neurología; ningún centro dispone de neurólogo de guardia, unidad o equipo de ictus, ni neurorradiólogos intervencionistas. Todos tienen TAC 24 horas, RMN y Duplex TSA. Neurocirugia: 1 hospital. El 60% de los pacientes ingresados por ictus son atendidos por médicos no neurólogos. Resto de la CAM: neurólogo de guardia en el resto de las áreas (excepto una); 4 unidades de ictus y 2 equipos de ictus. Medidas tomadas: elaboración de un informe conjunto entre los 5 hospitales y envío a las direcciones de los 5 centros, a la Asociación Madrileña de Neurología y a la Consejería de Sanidad de la CAM. Participación parcial en la elaboración de un documento estratégico de consenso de atención al ictus en la Comunidad de Madrid. Situación tras dos años: zona Sur-Oeste: sin cambios; resto de la CAM: ahora 5 unidades y mejoría de la dotación tecnológica de las 4 ya existentes. Imposibilidad real de remitir pacientes a las unidades de ictus funcionantes.

CONCLUSIONES
La inequidad en el acceso a los servicios sanitarios es una realidad en el panorama sanitario madrileño en algunas áreas sanitarias, geográficamente delimitadas. La difusión de dicha situación entre los responsables institucionales es un paso necesario pero no suficiente para corregir de forma significativa a corto plazo estas desigualdades.

Contacto: M del Carmen Sánchez Sánchez – csanchez@fhalcorcon.es

C-216 ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ANTISÉPTICOS EN ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Autores: Arredondo-Provecho AB, Martín-Ríos MD, Martínez-Piédrola MM, Guillén-Sierra MC.

OBJETIVOS
Evaluar el conocimiento de enfermería sobre antisépticos de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Actualizar la *Guía de uso de antisépticos* del hospital. Diseñar un programa de formación sobre el uso de los mismos.

MÉTODOS
1) Diseño: estudio descriptivo mediante cuestionario. 2) Periodo de estudio: septiembre de 2006 y mayo de 2007. 3) Población de estudio: enfermería de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. 4) Revisión bibliográfica de adecuación, uso, características y propiedades de los antisépticos para la actualización de la *Guía de uso de antisépticos* del hospital. 5) Planificación de un programa de formación dirigido a todas las unidades. 6) Análisis de la encuesta mediante programa SPSS 12.

RESULTADOS
Se realizaron 207 encuestas en 27 unidades. La media y su desviación estándar (DE) en porcentaje de aciertos fue de 56,5% (17,1). Se exploraron tres áreas con la siguiente distribución de respuestas correctas: 1) Conocimiento sobre propiedades propias de los antisépticos: 76,7%. 2) Tiempos: inicio de actividad de la povidona iodada: 69,1% y de apertura de los envases, tiempo que puede permanecer el envase abierto con pérdida de las propiedades y contaminación: 69,3%. 3) Tipo de antiséptico según técnica: antiséptico de elección en catéter venoso central: 41,8%, antiséptico de elección en la higiene prequirúrgica: 41,2%. No se ha encontrado relación entre los años de ejercicio profesional y los conocimientos sobre antisépticos. Unidades donde se realizan sesiones: Urgencias; Donantes y Extracciones; hospitalizaciones, Hospital de Día; servicios especiales y sesiones generales.

CONCLUSIONES
El grado de conocimiento sobre antisépticos del personal encuestado ha sido medio. El autoconocimiento de las carencias en la formación de antisépticos por parte de los encuestados ha permitido crear un ambiente favorable para la planificación y asistencia a las sesiones formativas. Facilitar una guía de antisépticos para rápida consulta permite la elección correcta en cada procedimiento y unifica los criterios de actuación, siguiendo la evidencia científica disponible. El conocimiento de las principales características de los antisépticos y su correcto uso por parte del personal sanitario permite disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, aumentando la seguridad del paciente en todos aquellos procedimientos a los que está sometido durante la estancia hospitalaria.

Contacto: M Magdalena Martínez Piédrola – mmartinez@fhalcorcon.es

C-217 LA CODIFICACIÓN EN URGENCIAS. UNA REALIDAD

Autores: Oliva Vicedo JA, Ros Martrat T, Gómez Gerboles M, De Haro Orozco M, Nisa Canet I, Pascual Huertas LI.

INTRODUCCIÓN
La codificación de los diagnósticos en Urgencias constituye un elemento clave para el conocimiento de su actividad, en términos de *case-mix*.

OBJETIVOS
Analizar los resultados obtenidos desde la implantación de la codificación mediante aplicación informática en nuestro centro y valorar las acciones empleadas para mejorar el grado de su cumplimiento, por parte de los médicos de las diferentes especialidades (Medicina, Cirugía y Traumatología) de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS
En 2005 se incorporó la codificación (CIE-9-MC) en la aplicación informática de Urgencias, ligada a la realización del informe de asistencia. Se mantuvo la posibilidad de introducir el diagnóstico mediante la incorporación de un campo de texto libre, que *a posteriori*, era codificado por el Servicio de Documentación Médica. Se procedió al análisis del número de codificaciones realizadas por CIE-9-MC. En el año 2006, se establecieron 3 grupos de trabajo formados por médicos de Urgencias (según especialidades), para valorar la lista de diagnósticos (codificaciones establecidas), valorar la inclusión de nuevas y incorporar sinónimos de otras ya incluidas sobre la base de la práctica clínica habitual de los médicos con relación a su descripción. Se incorporaron un total de 208 diagnósticos para la codificación (principalmente en traumatología) y se introdujeron sinónimos de diagnósticos ya codificados. El análisis fue realizado mediante la revisión de la base informática de registro de actividad y codificación del centro.

RESULTADOS
En 2005, se codificaron por CIE-9-MC el 90,2% de las urgencias (90,7% Medicina, 82% Traumatología y 78,8% Cirugía), lo que supuso un total de 3.712 episodios sin codificar. En 2006, se codificaron el 99,1% del total de urgencias (98,1% Medicina, 99,3% Traumatología, 97,7% Cirugía), lo que supone un incremento global del 8,9%, el 7,4% (Medicina), el 17,3% (Traumatología) y el 18,9% (Cirugía). El número de diagnósticos introducidos en texto libre descendió un 90% (a 370 episodios). Actualmente, disponemos de 618 entradas para la codificación, tanto por diagnóstico como por sintomatología.

CONCLUSIONES
La intervención activa de los médicos, en la elaboración de la base de diagnósticos para su codificación y la incorporación de terminología médica habitual, constituye un elemento fundamental para conseguir un mayor número de codificaciones en Urgencias.

Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo – antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-218 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA INFORMÁTICO SELENE

Autores: Del Baño MD, Carrillo A, Sánchez-Elduayen T, Martínez-Espin C, García L, Giménez MA.

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 evaluar si existe mejora en la cumplimentación del informe de alta tras la implantación del sistema informático SELENE.

MÉTODOS
Se evalúa una muestra aleatoria de 102 informes de alta, comprendidos en el periodo entre enero y abril del año 2006, tras la implantación de SELENE y se comparan los resultados con una muestra igual del año 2004 en la que no existía ese sistema. 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: núm. de historia; C5: nombre y primer apellido del médico; C6: núm. 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: procedimiento; C22: recomendaciones terapéuticas. Los datos son expresados como porcentajes.

RESULTADOS
El total de incumplimientos durante el periodo 2006 con SELENE fue de 111 (4,9%) *vs*. 136 (6,1%) durante 2004 (p = 0,1162). Tras la implantación de SELENE existe menor incumplimiento de los siguientes criterios: C1: 17,6% (2004) *vs*. 2% (2006); p = 0,0004. C5: 13,7% (2004) *vs*. 1% (2006); p = 0,0013. C8: 10,8% (2004) *vs*. 0% (2006); p = 0,0019. Los siguientes criterios muestran mayor incumplimiento tras la implantación de SELENE: C11: 1% (2004) *vs.* 7,8% (2006); p = 0,0408. C13: 4,9% (2004) *vs.* 12,7% (2006); p = 0,0840. C 20: 12,7% (2004) *vs*. 25,5% (2006); p = 0,0326.

CONCLUSIONES
La implantación de un sistema informático no modifica los resultados en cuanto a la calidad del informe de alta.

Contacto: M Dolores del Baño Aledo – loladelbano@ono.com

Mesa 26

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 3

C-219 – C-227

C-219 EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN URGENCIAS ANTES DE LAS 72 HORAS

Autores: Martínez-Bienvenido E, González-Soler MA, López-Picazo T, Lorenzo-Zapata MD, Blanco-Linares ML, Alcaraz-Martínez J.

OBJETIVO
El objetivo de este estudio es evaluar las reconsultas en el Servicio de Urgencias y valorar los datos clínicos de la segunda consulta relacionados con una mala atención inicial.

METODOLOGÍA
Se ha escogido una muestra de pacientes vistos en Urgencias en octubre de 2006. Se compararon los datos de pacientes que reconsultaron en las primeras 72 horas (grupo A) con los que lo hicieron entre los días 3 y 7 (grupo B). Se valoraron por pares por facultativos del Servicio de Urgencias todos los informes de alta, tanto de la visita inicial como de la reconsulta en ambos grupos. Se tomaron datos sobre motivo de consulta, turno, evolución, destino y consecuencias de la primera consulta. Los resultados entre los dos grupos de estudio se contrastaron con el test de chi cuadrado.

RESULTADOS
De los 5.103 episodios asistidos, 241 casos fueron reconsultas antes de las 72 horas (4,7%) y 174 casos (3,4%) en el grupo B. Del total de 415 casos detectados, la mayor parte (259, 62%), reconsultó sólo 1 vez, pero se detectaron casos de hasta 19 reconsultas en este periodo. No se pudo obtener información completa del 25,1% al faltar datos en alguna de las dos consultas. Quedaron así 311 válidas, 182 consultas del grupo A y 72 casos del grupo B. De las historias estudiadas, acudieron por un motivo diferente al de la primera visita 31 casos (17%) de las del grupo A y 25 (19%) del grupo B. De los que acudieron por el mismo motivo, lo fueron de forma citada para pruebas programadas o revisión de evolución en 29 casos (19,2%) en el grupo A y en 23 (22,1%) en el B. De los restantes, la evolución de su proceso fue buena en 13 casos del grupo A y 12 del grupo B, calificándose de mala evolución en 105 y 63 casos respectivamente en los grupos A y B, lo que supone unos porcentajes respecto al total de casos de 57,7% y 48,8% sin que exista diferencias significativas en ambos grupos (p = 0,12). Se valoraron también si hubo consecuencias negativas para el paciente, encontrandose en 23 casos del grupo A (15,2%) y en 14 del grupo B (13,4%), calificándose de evitables en 5 y 6 casos en cada grupo respectivamente. En ningún caso se encontró diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

CONCLUSIONES
Sólo algo más de la mitad de casos que reconsultan en las primeras 72 horas lo hacen por mala evolución. No se han encontrado diferencias entre las reconsultas en los tres primeros días y los 4 restantes. La validez de este indicador creemos que, cuanto menos, debe ser cuestionada.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez – julian.alcaraz2@carm.es

C-220 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DE DIFERENTES GRUPOS PROFESIONALES EN CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Romero M, Velayos C, Cordobés I, Vaquerizo C, Balugo S, García M.

INTRODUCCIÓN
La formación continuada para el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un aspecto fundamental en un servicio que busca la excelencia. Nuestro hospital es un centro de nueva creación con una gran dotación tecnológica y con plantilla bastante heterogénea.

OBJETIVOS
1) Conocer las necesidades de formación del personal de la UCI. 2) Establecer un plan de formación acorde con las demandas del personal, así como las necesidades de la Unidad.

MÉTODO
Durante el mes de mayo de 2006 se distribuyó una encuesta al personal de la UCI estructurada en: 1) Necesidades de formación, que comprende: áreas de conocimiento (ofimática, áreas generales, metodología de la investigación, áreas asistenciales e idiomas), aparatos/tecnologías de UCI y técnicas/cuidados. Utilizamos preguntas con respuesta múltiple incluyendo espacio libre para opciones no reflejadas. 2) Preguntas abiertas sobre aspectos a mejorar en la unidad, cursos recomendados, formación de interés y sugerencias. 3) Preferencias en cuanto a horario y método de formación.

RESULTADOS
Recogimos un total de 48 encuestas: 7 de médicos (100%), 28 enfermeras (90%) y 13 auxiliares de enfermería (86%). Entre las áreas con más demanda por parte de los médicos se encuentran: ofimática (excel avanzado 85%), investigación (SPSS 71%) y técnicas específicas (fibrobroncoscopio 85%, doppler transcraneal 85%); enfermería considera que necesita formación en aspectos asistenciales (sepsis 71%), sedoanalgesia (64%) y aparatos (PICCO 65%); y entre el grupo de auxiliares destacan aspectos asistenciales (síndrome coronario agudo 69%), infección/aislamiento (61%) aparatos (marcapasos 61%), vía aérea difícil y doppler transcraneal (ambos 61%). Otras áreas, como inglés (75% personal), ventilación mecánica (56%) y urgencias pediátricas (64% enfermeras y 85% médicos) fueron muy demandadas. Las sesiones en la propia unidad (73%) y los cursos en el hospital (75%) fueron los métodos de formación preferidos. Gran parte de esa formación es asumible por el propio servicio, por lo que se estableció un calendario de sesiones englobando: actualización clínica y aparataje, difusión de protocolos, puesta en común de cursos/congresos, sesiones bibliográficas y sesiones de mortalidad. En cuanto a formación externa, disponemos de un tablón de anuncios accesible, y archivos informáticos en los que se expone y actualiza la formación de interés.

CONCLUSIONES
La creación de un plan de formación basado en las demandas de personal fomenta ampliamente su participación e implicación en el ciclo de mejora continua.

Contacto: M Teresa Romero Mariscal – mayte.rmariscal@gmail.com

C-221 EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO COMO PASO PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: Mesas A, Vallano A, Ribera MV, Planas MD, Botella MD, Subcomisión del Dolor.

OBJETIVO

La Subcomisión del Dolor elaboró un *Guía de práctica clínica del manejo del dolor postoperatorio en adultos* y decidió evaluar la incidencia de este tipo de dolor en el hospital antes de la implementación de la Guía.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en el que se seleccionó una muestra de los pacientes hospitalizados adultos posoperados. Se recogieron datos demográficos y clínicos de los pacientes y del tratamiento analgésico a partir de los datos de las historias clínicas (HC). Mediante una entrevista se evaluó la intensidad del dolor que tenían (escala analógica visual) y el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico (cuestionario de satisfacción de la Sociedad Americana del Dolor).

RESULTADOS

Fueron incluidos 308 pacientes posoperados, con una edad media (sd) de 53 (19) años y 198 (64%) eran mujeres. Las cirugías más frecuentes fueron las musculoesqueléticas (102; 33,1%), seguidas de los procedimientos obstétricos (54; 17,5%), las operaciones de los órganos genitales femeninos (35; 11,4%) y las digestivas (24; 7,8%). Existían registros de dolor en 292 (95%) HC. Fueron prescritos analgésicos a 306 (99,4%) pacientes (no opiáceos a 221 pacientes y opiáceos a 85). Se prescribió un analgésico de rescate a 175 pacientes (56,8%) y se administró a 80 (46%). Se administró una pauta analgésica adecuada a 75 de los 287 (26,1%) pacientes en que se pudo evaluar el grado de adecuación. En el momento de la entrevista [media (DE) 30 ± 12 horas después de la intervención] 194 (63%) pacientes presentaron dolor en reposo, de los que 108 (35% de todos los pacientes posoperados) presentaron un dolor moderado o intenso (igual o mayor de 30 mm con la escala analógica visual). Durante las 24 horas previas a la entrevista, 282 (91,6%) pacientes manifestaron dolor, y el dolor fue frecuente o continuo en 143 (46%). Manifestaron satisfacción con el tratamiento analgésico 254 (82,5%) pacientes.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes posoperados presentan dolor en el posoperatorio inmediato, aunque están satisfechos con la atención que reciben. Es necesario mejorar la adecuación de las pautas analgésicas. La nueva *Guía hospitalaria del manejo del dolor postoperatorio en adultos* debería servir para unificar criterios de las pautas de prescripción de analgésicos y conseguir un mejor abordaje del dolor en los pacientes adultos posoperados.

Contacto: Angeles Mesas Idañez – amesas@vhebron.net

C-222 UN NUEVO DISEÑO DE ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE ESTÁNDARES DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL HOSPITAL Y CENTRO CORPORATIVO

Autores: Pérez-Company P, Tiñena Amorós M.

OBJETIVOS

Desde hace cuatro años se están transversalizando todas las áreas del hospital. Este cambio ha representado una oportunidad para: 1) Redefinir los manuales de procedimientos/protocolos. 2) Establecer un nuevo modelo de elaboración de estándares que no es solo metodológico sino también de gestión del conocimiento y de organización, pues se diseñan los circuitos interactivos de elaboración, revisión, publicación, incorporándose las tecnologías informáticas. 3) Colaborar recientemente en la elaboración de la base de datos de cuidados del programa informático corporativo. 4) Conseguir estándares que se ajusten a la idoneidad de los atributos, certificando su rigurosidad metodológica y de contenido. 5) Crear la figura del profesional, autor del estándar, del revisor y del experto en cuidados específicos y metodología. 6) Gestionar la elaboración e implantación disminuyendo los tiempos. 7) Acercar la información. 8) Colaborar con todos los hospitales de la red en el programa de harmonización de cuidados.

MÉTODOS

Se establecen los criterios a observar del modelo de cuidados, para las intervenciones enfermeras. Se elabora el listado y clasificación de los procedimientos/protocolos. Se utiliza como base de datos: los anteriores manuales, las nuevas necesidades, las intervenciones NIC. Se diseña la estructura de los instrumentos y la metodología de elaboración, siguiendo las normas de la IOM. Se establecen los circuitos para revisión y las normas de publicación. Se gestiona el tiempo y los recursos, en el pacto de los Acuerdos de Gestión Creación de Enfermeras Referentes, como soporte metodológico a la elaboración. Participan enfermeras revisoras expertas en cuidados específicos. Formación de acuerdo a los requerimientos del perfil de conocimientos. Implantación de un circuito de revisión y publicación, coordinado por la Dirección. Mantenimiento de las publicaciones y revisiones, mediante un web interactivo. Participación en el PHC.

RESULTADOS

Participan 130 responsables en el diseño del manual. Se seleccionan 25 enfermeras referentes con perfil. 8 enfermeras revisoras. Elaboración: Protocolos seleccionados 31, en proceso 10, publicados 2. Procedimientos seleccionados 276, en proceso 129, publicados 52. Formación metodológica: dos cursos (uno de ellos multidisciplinar), 4 talleres, anuales. Autores certificados 591.

CONCLUSIONES

El nuevo modelo ha incorporado el valor de la responsabilidad profesional del estándar, acorta el tiempo de elaboración, incorporando la gestión, garantizando la idoneidad del estándar y creando conocimiento a la organización.

Contacto: Pilar Pérez-Company – pilperez@vhebron.net

C-223 CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD ACORDE CON EL SUBPROGRAMA DEL EMBARAZO EN LAS ÁREAS I Y VI

Autores: Abenza-Jiménez P, Ruiz-Egea MJ, Medina-Abellán MD, Moreno-Encabo I, Valcárcel-Lencina V, Granero E.

OBJETIVO

Valorar la captación y seguimiento de la embarazada en nuestro Centro de Salud (CS) acorde con el subprograma *Seguimiento del embarazo en las áreas I y VI*.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se toma el total de las mujeres embarazadas del CS registradas en OMI desde el 1 de junio hasta el 1 de diciembre de 2006. Se revisan las historias analizando las 3 visitas que realizan a su MFYC y se registran datos en una tabla Excel. El criterio de la primera visita incluye los siguientes ítems: confirmación de embarazo mediante test de orina, captación antes de la 12 SG, FUR, SG, factores de riesgo, toma de TA, hemograma y bioquímica, serología, grupo de Rh. El segundo criterio incluye los siguientes ítems: factores de riesgo, TA, hemograma, orina, glucemia basal y triple *screening*. El tercer criterio incluye: factores de riesgo, TA, hemograma, coagulación, O´Sullivan, exudado y serología hepatitis B. Como medida de cumplimiento se considera el tener 80% de los ítems (8 ítems del criterio 1, 5 ítems del criterio 2 y 6 ítems del criterio 3).

RESULTADO

El criterio 1 presenta una tasa del 95,8% de incumplimiento, el criterio 2 del 98,6% de incumplimiento y el 3 lo incumplen el 100%.

CONCLUSIONES

Debido a la alta tasa de incumplimiento hay que introducir medidas correctoras para llegar al adecuado control del embarazo.

Contacto: Maria D Medina-Abellán – medinaabellan@hotmail.com

C-224 MONITORIZACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN NUTRICIÓN PARENTERAL

Autores: Sánchez-Teruel F, Castillo-Gómez C, Cerezo-Muñoz MA, López-Abellán MD.

OBJETIVOS

Tras la implementación de un protocolo y circuitos de la nutrición parenteral, mediante ciclo de mejora, se plantea la necesidad de la monitorización. Los objetivos serán: 1) Estimar el nivel de calidad mediante la medición de indicadores sobre los aspectos sometidos al ciclo de mejora. 2) Establecimiento de estándares internos de cada criterio.

MÉTODOS

Se establece un plan de monitorización en el que se diseña primero el mecanismo de recogida de datos: hoja de verificación del grado de cumplimiento del protocolo, con los siguientes criterios, que a su vez son los mismos que se utilizaron en el ciclo de mejora. Criterio 1) Identificación del paciente. Criterio 2) Identificación del facultativo. Criterio 3) Identificación del diagnostico. Criterio 4) Horario de recepción de la petición. Criterio 5) Día de petición. Criterio 6) Adecuación de la nutrición parenteral total (NPT) al protocolo establecido. A través de reuniones de consenso del grupo de trabajo se establecen los estándares internos y un plan continuo de monitorización que abarca un periodo de estudio de 9 meses del universo de las NPT prescritas.

RESULTADOS

Los estándares internos establecidos para cada criterio serán: Criterio 1) Identificación del paciente 100%. Criterio 2) Identificación del facultativo 100%. Criterio 3) Identificación del diagnostico 100%. Criterio 4) Horario de recepción de la petición 90%. Criterio 5) Día de petición 95%. Criterio 6) Adecuación de la NPT al protocolo establecido 100%. Tras la monitorización los porcentajes de cumplimiento de cada criterio son: criterio 1 (93%), criterio 2 (3%), criterio 3 (0%), criterio 4 (90%), criterio 5 (96%) y criterio 6 (93%).

CONCLUSIONES

1) El criterio 4 cumple el estándar interno, el 6 aunque no cumple el estándar ha producido una mejora cuantiosa con relación a mediciones anteriores; relacionados ambos con el trabajo del Servicio de Farmacia y la coordinación con los Servicios Clínicos. 2) Empeora el criterio 1 y no se observa variación en los indicadores 2, 3 y 5 relacionados respectivamente con la identificación del paciente, el facultativo y el diagnóstico. 3) Se concluye no establecer ninguna acción correctiva en los criterios 2 y 3, dado que se está inmerso en un periodo de transición hacia la prescripción informatizada, en la cual se solucionarán los dos criterios con mayor debilidad.

Contacto: Carmen Castillo-Gómez – carmen-castillo@carm.es

C-225 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN LOS DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS DE UNA CC.AA

Autores: Hilarión P, Caja C, Suñol R, Minguell C, Gómez X.

OBJETIVOS

1) Presentar la experiencia de evaluación de indicadores de calidad de la atención al final de la vida en los diferentes dispositivos sociosanitarios 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 48 indicadores de la atención a pacientes paliativos, agrupados en indicadores generales, indicadores por dispositivo de atención (unidades de paliativos, UFISS, PADES, EAIA). Los indicadores fueron consensuados sobre la base de los niveles de calidad considerados óptimos para el año 2009 con los centros, profesionales, patronales y la administración, con soporte metodológico y técnico específico. Se incluyeron indicadores de proceso y resultado. 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 1,66% y una confianza del 95% para toda la comunidad autónoma. Se realizó una prueba de concordancia entre evaluadores por una entidad independiente.

RESULTADOS

64 dispositivos evaluados. Historias clínicas revisadas: 5.600. 1) Los temas que tienen un mayor cumplimiento son: el tiempo para ser atendidos los pacientes por equipos ambulatorios de soporte 81,2%, el abordaje de los temas éticos 70,2%, el ajuste de las familias 68,7%, el acompañamiento durante el proceso de duelo 56,8% y con menor grado de cumplimiento son la valoración de la satisfacción de otros servicios en la cogestión de casos, la sistematización de los procesos de educación al paciente y familia y el análisis reflexivo del abordaje de los pacientes complejos. 2) El cumplimiento de los indicadores de resultado ha oscilado entre el 58,2% de pacientes con dolor controlado y un 44,3% pacientes con sensación de ahogo controlada.

CONCLUSIONES

1) El presente estudio ha permitido la primera evaluación de calidad de todas las unidades de hospitalización de paliativos, programas de atención domiciliaria, unidades funcionales interdisciplinarias de valoración y soporte de pacientes con cuidados paliativos ingresados en unidades de hospitalización de agudos. 2) Los resultados obtenidos presentan medir además resultados clínicos y áreas de mejora que el sector aborda de forma global. Se identifican oportunidades de mejora en temas de control de síntomas y mejoras relacionadas con la calidad de vida de los pacientes.

Contacto: Pilar Hilarión Madariaga – philarion@fadq.org

C-226 OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO

Autores: Gómez-Correcher B, Márquez-Peiró JF, López Montenegro-Soria MA, Climente-Martí M, Porta-Oltra B, Jiménez-Torres NV.

OBJETIVO

Comparar el riesgo de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que representan oportunidades de mejora de la farmacoterapia en distintas fases de la hospitalización de pacientes en el Servicio de Cirugía Ortopédica-Traumatológica (COT).

MÉTODOS

Tipo de estudio: observacional, transversal. Duración: 5 meses (de diciembre de 2006 a abril de 2007). Ámbito: Servicio de COT (36 camas y 1.360 pacientes/año) de un hospital general universitario y público. Pacientes: se incluyeron todos los pacientes ingresados en COT. La identificación de PRM se realizó mediante entrevista con el paciente, revisión de la historia clínica, validación de la prescripción y monitorización farmacoterapéutica. Variables: pacientes con PRM, núm. de PRM identificados, tipo y fase de la hospitalización (ingreso, estancia o alta), medicamento implicado y tipo de tratamiento (crónico/nuevo). Análisis estadístico: se calculó la razón de proporciones de PRM entre diferentes fases, junto con su intervalo de confianza (IC 95%).

RESULTADOS

Se incluyeron 550 pacientes y en 51 (9,3%) se identificaron 84 PRM. La proporción de PRM al ingreso fue 40,5% (34), durante la estancia 47,6% (40) y al alta 11,9% (10). La razón de proporciones de PRM estancia/ingreso fue 1,2 (IC 95%: 0,99 - 2,75), estancia/alta 4,0 (IC 95%: 2,91 - 5,49) e ingreso/alta 3,40 (IC 95%: 2,45 - 4,70). 41 PRM (48,8%) se relacionaron con tratamientos crónicos, y se identificaron fundamentalmente al ingreso (80,5%) y durante la estancia (17,1%). 44 PRM (52,4%) se relacionaron con tratamientos nuevos, de los cuales el 75,0% se identificaron durante la estancia y el 20,5% al alta. Los tipos de PRM más frecuentes fueron: al ingreso, necesidad de continuación de tratamiento (47,0%); durante la estancia, sobredosificación (37,5%); al alta, necesidad de continuación de tratamiento (40%) y alergia al fármaco prescrito (40%). Los medicamentos implicados con mayor frecuencia fueron: al ingreso, antihipertensivos (38,2%) y diuréticos (14,7%); durante la estancia, antibióticos (50%) y analgésicos (17,5%); al alta, hierro oral (40%) y anticoagulantes (20%).

CONCLUSIONES

El ingreso y la estancia de los pacientes de COT presentan un riesgo entre 3-4 veces superior de PRM que el alta hospitalaria. Durante la estancia, los PRM se centran en antibióticos, fundamentalmente por sobredosificación. En el momento del ingreso se concentran los PRM relacionados con la conciliación de tratamientos crónicos, especialmente por la omisión de su prescripción durante la hospitalización.

Contacto: Juan Francisco Márquez-Peiró – marquez_juapei@gva.es

C-227 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LAS INCIDENCIAS EN EL ÁREA PREANALÍTICA DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL BASURTO

Autores: Tejada-Halfmann A, Mendoza-Ruiz C, Martínez-Matienzo I, Saz-De Icaza L, Aguayo-Gredilla FJ, Eguileor-Gurtubai M.

OBJETIVOS

El área pre-analítica del laboratorio es una fuente de incidencias muy importante. Esta área concentra habitualmente más del 65% de las incidencias globales. En este trabajo se analizan las incidencias del laboratorio para que, posteriormente, se puedan generar las medidas necesarias que mejoren la calidad pre-analítica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se crea un grupo de trabajo de cuatro TEL y dos facultativos. Se identifican 45 centros de obtención de muestras y se clasifican las incidencias registradas (17 referidas a muestras y 3 a volantes) en función de su circuito de entrada (Rutina-Urgencias). Se recogen las incidencias durante el año 2006 en la propia base de datos del sistema informático de laboratorio (OMEGA). Los datos se analizan mensualmente mediante tablas dinámicas de Excel, estudiándose los tipos de incidencias y su distribución por centros.

RESULTADOS

Durante el año 2006 se procesaron 1.189.710 solicitudes, encontrándose 39.260 incidencias (3,22%). El 83,7% de las incidencias se concentran en dos conceptos: falta muestra (FM, 55,9%) y suero hemolizado (SH, 27,8%). En el circuito de Rutina se procesaron el 84,3% de las solicitudes, produciéndose el 61,1% de las incidencias. Las incidencias más frecuentes fueron FM (63,5%) y SH (13,6%). En el circuito de Urgencia se procesaron el 15,7% de las solicitudes, produciéndose el 38,9% de las incidencias. Las incidencias más frecuentes fueron también FM (44 %) y SH (50,2%). La variación global mensual de ambos conceptos (FM y SH) fue bastante amplia, oscilando de la siguiente forma.: FM varía entre el 1,33% y el 2,04%; y SH entre el 0,44% y el 1,11% del total de solicitudes.

CONCLUSIONES

1) Dos conceptos (FM y SH) representan más del 80% del total de las incidencias. 2) La incidencia más frecuente en Rutina fue FM (63,5%) mientras que en Urgencias lo fue el SH (50,2%). 3) Se produjeron globalmente mayor número de incidencias en Rutina, aunque porcentualmente las incidencias fueron más frecuentes en las solicitudes de Urgencias (2,4% Rutina frente al 8,1% en Urgencias). 4) La variabilidad mensual global en FM fue del 25%, mientras que en SH fue del 60%. 5) Un análisis de causas en el circuito de Urgencias permitiría introducir mejoras que disminuyeran las incidencias por falta de muestra y, sobre todo, por hemólisis.

Contacto: Francisco Javier Aguayo-Gredilla – pxaguayo@hbas.osakidetza.net

Mesa 27

GESTIÓN POR PROCESOS 3

C-228 – C-235

C-228 AVANZANDO EN CALIDAD. EXPERIENCIA CON EL MODELO EFQM

Autores: Sanz-Cuesta T, Illescas-Sánchez M, Giralt-Rabentós J, Fernández-García R, López-García A, García-Antón JC.

OBJETIVOS

Implantar el modelo EFQM de excelencia en un área sanitaria, utilizando la autoevaluación para identificar puntos fuertes y áreas de mejora que permitan elaborar planes de mejora.

METODOLOGÍA

La primera autoevaluación EFQM, 2003: realizada con asesoría externa, con la participación de 19 profesionales de la Gerencia y utilizando un modelo adaptado a sanidad. La segunda autoevaluación EFQM, 2006: utilizando la adaptación del modelo EFQM al Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, realizada por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, con la participación de 20 profesionales de la Gerencia, con formación y experiencia previa. Se formaron 10 grupos de trabajo: grupo coordinador (Gerente, Director del Sistema de Información y Responsable de Calidad), 9 grupos de trabajo, 1 para cada criterio.

RESULTADOS

La primera autoevaluación: 81 áreas de mejora, priorizadas utilizando criterios. Algunas medidas de mejora: Difusión de la misión, visión y valores. Definición de valores de los directores de EAP. Estrategias para compartir cultura y valores: "Desayunos de la 9". Adaptación del Contrato de Gestión de los EAP a la estructura del modelo EFQM. Proyecto de mejora para la gestión de suplentes. Rediseño de la página web Intranet. Sistema de monitorización de cartera de servicios y resultados intermedios. Elaboración del mapa de procesos del Área. Inicio de la gestión de procesos. La segunda autoevaluación: 63 áreas de mejora, priorizadas utilizando criterios. Áreas de mejora priorizadas en autoevaluación 2006: Proceso Controlar Gestión. Mejorar la cobertura y calidad de atención del servicio de prevención cardiovascular. Reuniones con los responsables de EAP para compartir cultura y valores. Proceso Integrar Guías. Gestión por Procesos. Para el seguimiento de las acciones de mejora se ha elaborado una ficha que incluye la descripción de la solución propuesta, responsable, recursos, cronograma e indicadores. El seguimiento se realiza trimestralmente desde la Comisión de Dirección.

CONCLUSIONES

La utilización del modelo EFQM nos ha permitido tener una visión integral de la organización, entender la coherencia de todas las actividades que se desarrollan en ella y planificar nuestro camino hacia la excelencia. Para conseguir que la autoevaluación no se convierta en un fin en si misma y sirva para la mejora es imprescindible integrar la autoevaluación con la planificación operativa (Contrato de Gestión) y planificar el seguimiento de los planes de mejora.

Contacto: Teresa Sanz Cuesta – tsanz.gapm09@salud.madrid.org

C-229 MEJORA DE LA EFICIENCIA Y CALIDAD EN UN SERVICIO DE CITA PREVIA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE APOYO TELEFÓNICO

Autores: Carrascosa JM, Cobo R, Castillejo M, Pascual C.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Especialidades (CEP) de Moratalaz es uno de los CEP más grandes y con una mayoría de población asignada del Hospital Virgen de la Torre, con un incremento demográfico significativo en los últimos años, en la actualidad se asiste a una población de 180.000 personas. La gran presión asistencial que ha soportado el Centro derivó en el año 2005 en una completa saturación y desbordamiento del Servicio de Cita Previa, con esperas masivas de hasta cien turnos, lo que se tradujo en un importante aumento en el número de reclamaciones, así como una insatisfacción de los profesionales. La externalización de un Servicio no sanitario de Atención Telefónica (*Call Center*), como apoyo al Servicio de Cita Previa presencial, es una iniciativa pionera del Hospital Virgen de la Torre, como una medida para optimizar dicha actividad y mejorar la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

OBJETIVO

En esta comunicación se aborda el estudio de la decisión de externalización de la cita previa en el CEP de Moratalaz del Área 1 AE de Madrid, y el impacto de la misma en la gestión de las citaciones así como en la percepción del paciente. Los objetivos específicos del proyecto han sido: 1) Mejora en la accesibilidad y facilitar la obtención de citas al paciente. 2) Disminución de las demoras en los tiempos de espera presencial y telefónica. 3) Aumentar la satisfacción del paciente. 4) Mejora de la satisfacción del cliente interno.

METODOLOGÍA

1) Análisis de la situación mediante una auditoria interna en donde se medía el núm. de pacientes en espera y el tiempo en conseguir cita. 2) Análisis económico de la estrategia a corto, medio y largo plazo. 3) Análisis de actividad y resultados de la implantación del servicio. 4) Análisis de quejas y reclamaciones.

RESULTADOS

Se aportan los resultados a lo largo de un año tras la implantación del Servicio, en cuanto a número de llamadas atendidas y de citaciones realizadas a través de esta vía, tiempos de espera telefónica, así como la repercusión del Servicio en los tiempos de espera para la citación asistencial, en la evolución a lo largo de un año del número de reclamaciones y de las bajas laborales.

CONCLUSIÓN

La implantación de un sistema de apoyo telefónico externo ha supuesto una importante mejora en la atención al paciente en un Servicio de Cita Previa, facilitando la accesibilidad y la obtención de cita, minimizando esperas y trámites y logrando, como consecuencia, un aumento de la satisfacción de los pacientes.

Contacto: Rosario Cobo Soriano – rcobo.hvtr@salud.madrid.org

C-230 FORMACIÓN CONTINUADA. EL PROGRESO DEL PROCESO

Autores: Rubio-Sevilla JC, Rubio-Gómez I, Mellado-Martín R, Mateo-Moreno MC.

OBJETIVO

Evaluar la calidad del Proceso de Formación Continuada (PFC) desarrollado en 2003 e implantado en 2004.

MÉTODO

A partir de los indicadores definidos e integrados en el PFC, se ha llevado a cabo la evaluación de las Acciones Formativas Internas (AFI) organizadas y realizadas desde su implantación. La opinión de los docentes y discentes se ha medido a través de una encuesta estructurada con preguntas cerradas mediante escala tipo Likert (de 1 a 10) y con preguntas abiertas. Se ha solicitado la acreditación de las AFI que reunían los requisitos de la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Ministerio de Sanidad y Consumo. En las AFI acreditadas se ha realizado una prueba de evaluación de conocimientos de respuesta múltiple. Para el tratamiento de datos se ha utilizado la base de datos Focosoft®, creada ad hoc, y Microsoft Excel 2002.

RESULTADOS

La oferta formativa se ha dirigido al 100% de profesionales (n = 2.725) de los 4 centros del complejo hospitalario. A continuación se detallan los principales indicadores correspondientes a los años 2004, 2005 y 2006 correlativamente. De actividad: 1) Oferta: núm. de cursos (120, 175, 225); núm. de horas (5.322, 4.785, 4.932); núm. de plazas (1.865, 2.906, 3.838). 2) Demanda: núm. de solicitudes (4.265, 5.133, 6.350). 3) Participación: núm. solicitudes admitidas (1.800, 2.081, 3.312). De calidad: 1) Eficacia: nivel de ejecución (%) 81, 94, 100 y cumplimiento de especificaciones con un resultado del 100% los 3 años. 2) Eficiencia: relación demanda/oferta (%) 229, 178, 168 y nivel de asistencia (%) 93, 96, 95. 3) Satisfacción media obtenida: organización 8,5 - 8,5 - 8,5, docente 9,0 - 8,8 - 8,9 y valoración global 8,5 - 8,6 - 8,6. 4) Adecuación/efectividad: AFI acreditadas por la CFC: 2 (100%), 33 (98%) y 66 (100%); Superación de nivel de conocimientos (%): 98, 88, 91.

CONCLUSIONES

Somos uno de los primeros centros sanitarios españoles en número de actividades, horas de formación y número de participantes. La evaluación de la calidad de las AFI viene avalada internamente por la elevada satisfacción de los asistentes y docentes, así como por el alto índice de superación de las pruebas de evaluación de conocimientos posactividad. Los resultados de la acreditación por la CFC garantizan a nuestros profesionales sanitarios (asistentes y docentes) que los créditos tengan validez en todo el territorio del SNS, tanto en los procesos selectivos como en la carrera profesional.

Contacto: Juan Carlos Rubio-Sevilla – jrubio@sescam.jccm.es

C-231 GESTIÓN POR PROCESOS: PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Gaig MT, Monte D, García PE, Olivan R, Serrano RM, Rovira M.

OBJETIVO
Diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todas las personas que participan en el mismo, garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Proporcionar asistencia sanitaria de la máxima calidad en los servicios de hospitalización del centro. Obtener un conjunto de indicadores de control del proceso y monitorizarlos. Optimización de cada una de las actividades que componen el proceso, con el fin de conseguir un resultado óptimo, tanto para el usuario, como para los profesionales implicados y los restantes grupos interesados en el servicio, para reducir la variabilidad.

METODOLOGÍA
La metodología: a) identificar clientes externos e internos del proceso, b) conocer sus expectativas, c) definir el nivel de calidad del servicio que se desea prestar, d) coordinar las actividades de las diferentes unidades funcionales que intervienen, e) eliminar las actuaciones innecesarias o erróneas que no aporten ningún valor añadido, f) conocer el consumo de recursos (coste medio y marginal) y f) definir una estructura de indicadores que permita verificar la eficacia y eficiencia conseguidas y detectar las oportunidades de mejora. Validar consistencia. Impacto en resultados. Priorizar las acciones. Definir un responsable. Establecer una fecha de finalización.

RESULTADOS
Se han obtenido un conjunto de indicadores de control del proceso y las distintas herramientas para monitorizarlos. 1) DAFO: Factores de contribución externos al proceso: ayudas: 10, barreras: 31; Factores de contribución internos al proceso: puntos fuertes: 8, áreas de mejora: 14. 2) Acciones de mejora: se describen un total de 28 acciones de mejora, con su correspondiente responsable, complejidad en cuanto llevar a cabo la acción de mejora, fecha prevista de finalización.

CONCLUSIONES
La Gestión por Procesos nos ha permitido analizar la atención hospitalaria y proponer acciones de mejora para dar una atención de calidad. La implicación de los propietarios del proceso y el liderazgo en este tipo de herramienta de calidad ha factibilizado definir e implementar las acciones de mejora y poder objetivar el impacto de las mismas.

Contacto: Maria Teresa Gaig Jané – mgaig@grupsagessa.com

C-232 EL DESAFÍO DEL CONTROL DE LA VARIABILIDAD. DISEÑO DE UN SISTEMA AL SERVICIO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE RRHH

Autores: Serna-Rodríguez F, Olaetxea-Urizar E, Beitia-Fernández C.

INTRODUCCIÓN
En el marco del proyecto corporativo de Osakidetza dirigido a la implantación de la Gestión por Procesos en el ámbito de los recursos humanos, tras la identificación de los procesos, su descripción y el inicio de la implantación, surge la necesidad de avanzar en un sistema de información al servicio del gestor del proceso y de quienes de forma activa participan en sus actividades. Para ello se está trabajando en el diseñó de una herramienta que permita el control de la variabilidad del proceso, asegurando, por un lado, que las salidas del mismo tengan las mismas características y, por otro, que incidan de forma positiva en la percepción de la satisfacción del cliente (interno y externo).

OBJETIVOS
Partiendo de las entradas y salidas de cada actividad del proceso y de los requisitos de las interacciones entre ellas, determinar las necesidades de soporte informático de cada una de las actividades. Valorar la contribución de dichos soportes a los resultados (salidas) de la actividad. Interrelacionar en un sistema integrado las entradas y salidas de las distintas actividades del proceso, siguiendo el flujo de actividades del mismo.

METODOLOGÍA
Partiendo de la descripción de cada uno de los procesos de recursos humanos se están revisando los soportes informáticos asignados a sus actividades, tanto con el responsable de los proceso como de cada actividad. Dicha revisión está facilitando información sobre el grado de cobertura informática de cada actividad y nos ha permitido para detectar necesidades no cubiertas en la actualidad. Junto a este análisis se realiza un estudio de la adecuación del soporte actual a las necesidades del cliente, así se contribuye a la mejora de la descripción de cada actividad y de los procedimientos asociados a la misma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES
En el estado actual de desarrollo de este proyecto se ha avanzado en la descripción detallada de cada una de las actividades de cada proceso desde una perspectiva integrada que interrelaciona las actividades, procedimientos y tareas a realizar. Dicho resultado redunda en la mejora del sistema de indicadores del proceso y en su rediseño adaptándolo a las necesidades del cliente. En la siguiente fase del proyecto, la integración de sistemas de información que conlleva, permitirá el seguimiento y control del estado de ejecución de la actividad y tareas asociadas a la misma por cada uno de los agentes que intervienen en el proceso. Todo ello en un entorno interactivo de fácil acceso para los usuarios.

Contacto: Francisco Serna-Rodríguez – francisco.sernarodriguez@osakidetza.net

C-233 ¿ES SEGURO EL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL?

Autores: Abad R, Carcelén J, Idoipe A, García-Mata JR, Gómez del Pulgar P, Pérez J, Sánchez R, Villa MT.

OBJETIVO
Evaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en un hospital universitario de referencia de 1.300 camas.

METODOLOGÍA
Un grupo interdisciplinar ha evaluado el sistema utilizando como instrumento de medida el Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales, que es una adaptación del *Medication Safety Self Assessment for Hospitals* (ISMP), cuestionario registrado por el *Institute for Safe Medication Practices* y que ha concedido la licencia para su uso en España al Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP-España). La evaluación fue realizada de manera individual por cada miembro del grupo y posteriormente se llevaron a cabo reuniones para la puesta en común de las puntuaciones individuales, alcanzándose un acuerdo de valoración final mediante consenso. El cuestionario está dividido en 10 elementos clave y 20 criterios esenciales. Cada criterio consta de múltiples puntos de evaluación, que se valoran en una escala de 0 a 2 puntos, según no exista implantación alguna o esté completamente implantado en todas las áreas.

RESULTADOS
La puntuación total obtenida asciende al 27,74% de la puntuación máxima. El elemento clave mejor valorado ha sido el IX: educación al paciente con un 44,44% y el peor el VI: adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de medicamentos con una puntuación del 8,7%. En relación a los criterios esenciales, la puntuación máxima se ha obtenido en "la utilización de prácticas de eficacia probada para el control de la infección cuando se almacenan, preparan y administran los medicamentos" con un 82,14% mientras que solo se ha alcanzado un 8,7% en "la prestación de especial atención a los procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos, con el fin de reducir los posibles errores humanos".

CONCLUSIONES
La disponibilidad del cuestionario ha permitido la aplicación de un instrumento compartido y homologado de medida para todos los hospitales y su manejo ha favorecido la concienciación y el análisis profundo y exhaustivo de las deficiencias en el ámbito de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos. La puntuación inicial obtenida servirá de referencia y permitirá no solo la comparación actual con otros hospitales sino también medir el avance que la aplicación de futuras medidas de mejora aportan en seguridad.

Contacto: Reyes Abad Sazatornil – rabads@salud.aragon.es

C-234 ANÁLISIS DE TIEMPOS DE REALIZACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVE DEFINIDOS EN UN ÁREA DE FARMACIA ONCOLÓGICA

Autores: Sánchez-Gil C, Such-Díaz A, Goyache-Goñi MP, San Miguel-Torvisco P, Herreros de Tejada A.

OBJETIVOS
1) Conocer el tiempo medio de realización de procesos clave (validación de prescripción, acondicionamiento de fármacos y gestión de muestras de ensayos clínicos) realizados en un Área de Farmacia Oncológica (AFO). 2) Conocer en qué grado la prescripción electrónica disminuye el tiempo de demora entre el momento de la prescripción y la recepción de la quimioterapia en el servicio peticionario frente a la prescripción manual.

MÉTODOS
Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que en el AFO se cumplimentó durante una semana la hora de llegada de la prescripción al servicio y de confirmación de administración, el tiempo de realización de los procesos de validación y acondicionamiento, características de la prescripción (manual, electrónica, o previa en el AFO) y si incluía muestras de medicamentos en Ensayo Clínico. Esta hoja se envió al Hospital de Día de Oncología Médica en la que se cumplimentó la hora de llegada de la quimioterapia.

RESULTADOS
Se cumplimentaron correctamente 216 hojas de recogida (un 90,4% del total). El 27% de las prescripciones analizadas fueron electrónicas, un 45,2% manuales y un 27,8% se encontraban previamente en el AFO. El tiempo que tarda en llegar la prescripción manual es de 11,73 minutos frente a la electrónica que es inmediato. El tiempo de validación es de 5 minutos en el caso de que la prescripción sea manual y 1 minuto si es electrónica. Si incluyen medicamentos de Ensayo Clínico el tiempo es de 15 minutos. El tiempo medio de acondicionamiento es de 20 minutos. El tiempo medio entre el acondicionamiento y la recepción de la medicación en el servicio peticionario es de 23 minutos.

CONCLUSIONES
La prescripción electrónica disminuye el tiempo de demora en la llegada de la prescripción en 12 minutos y de validación de la prescripción en 5 minutos, por lo que disminuye también el tiempo de espera del paciente en un Hospital de Día Oncológico. Esta mejora se añade a la ya demostrada mejora de la calidad de la prescripción y la seguridad del paciente. Por tanto, creemos que es necesaria la implantación completa de este sistema de prescripción. Debemos proponer mejoras para disminuir los tiempos de gestión de muestras de ensayos clínicos y del tiempo entre el acondicionamiento y la recepción de la medicación en el servicio peticionario.

Contacto: Carmen Sánchez-Gil – carmensgil@yahoo.es

C-235 REDEFINICIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

Autores: Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Penas-Penas M, Caamaño-Martínez MD, Barreiro-Díaz MV, Cegarra-García M.

OBJETIVO
1) Revisión, reestructuración del mapa de procesos de la organización adecuándolo a la estrategia de la nueva dirección. 2) Identificar, describir y documentar las interacciones entre los procesos que conforman el sistema de gestión de la organización.

MÉTODO
1) Creación de un grupo de trabajo. 2) Entrevistas con responsables de los diferentes departamentos para la revisión del mapa de procesos, reidentificación y descripción de los procesos de la organización. 3) Clasificación de los procesos en: estratégicos, claves y de apoyo. 4) Representación del mapa de procesos. 5) Asignación de propietarios a los procesos reflejados en el mapa.

RESULTADOS
Hemos definido un mapa de procesos y su representación gráfica en dos niveles. En el nivel 1 se han identificado los siguientes procesos como estratégicos: Control de Gestión; Plan de Negocio Anual; Planificación y Desarrollo Estratégico; Comunicación Externa; Gestión de la Calidad. Como procesos clave: Gestión de la Demanda de Atención Sanitaria Urgente, Formación, Gestión de Dispositivos Sanitarios de Riesgo Previsible y Gestión de la Cita Previa. Dentro de 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; Gestión de Alianzas y Proveedores. El mapa de procesos se ha modificado para adaptarlo a la estrategia de la nueva dirección y en cumplimiento del proceso de gestión de la documentación de procesos, que contempla una revisión bienal. El proceso Gestión de Alianzas y Proveedores ha pasado de considerarse estratégico a proceso de apoyo. Se ha incluido como proceso clave la Gestión de la Cita Previa de Atención Primaria. Se han redefinido los procesos nivel 2 reduciéndose su número, especialmente los Procesos de apoyo y los Procesos clave. Se han reasignado propietarios a los procesos.

CONCLUSIONES
El esquema general de procesos es una estructura viva y dinámica que permite reflejar en todo momento la estrategia de la dirección, para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos. Nos permite reflexionar sobre las interacciones entre los procesos que lo conforman, sus salidas y hacia quién van (clientes), sus entradas y de dónde vienen, los recursos que consumen y su procedencia, los determinantes de los mismos así como los puntos críticos para realizar el seguimiento y control y, por tanto, constituye la base para el diseño del cuadro de mando de la organización.

Contacto: M Dolores Martín Rodríguez – lola.martin.rodriguez@sergas.es

Mesa 28

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2

C-236 – C-244

C-236 UNIDAD DE PREALTAS: OPTIMIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Autores: Acevedo-García M, Martínez-Piédrola M, Guerra-Polo J, De la Fuente-Martín C, Conde-Antón M, García-Tallés C.

OBJETIVO
1) Describir las actividades de cuidados que requieran los pacientes en esta unidad. 2) Evaluar la actividad desarrollada en el periodo del estudio. 3) Determinar el perfil de los pacientes susceptibles de ser derivados a esta unidad según especialidad médica y quirúrgica. 4) Analizar el impacto de una unidad de prealtas en los cuidados de enfermería de hospitalización.

MÉTODOS
Estudio descriptivo y retrospectivo entre octubre de 2006 y mayo de 2007. Muestra: todos los pacientes atendidos en dicha unidad. Criterios de inclusión: informe de alta médica entregado al paciente; en espera de transporte particular o sanitario. Registro: programa Excel. Análisis de datos mediante SPSS 12.

RESULTADOS
Núm. de pacientes atendidos: 1.420; (X: 11,83; DE: 3,67). Tiempo máx.: 190 min. (X: 90,28; DE: 34,8). Tiempo min.: 5 min. (X: 13,85 min.; DE: 6 min.). Núm. total de horas de asistencia: 655 horas (93,5 jornadas). Cuidados de enfermería: información y educación sanitaria (informe de alta, medicación, oxigenoterapia...). Administración de medicación intravenosa, oral, subcutánea. Alimentación, administración oxigenoterapia, retirada vía venosa, asesoramiento en gestión de citas a familiares o cuidadores. Vigilancia y valoración.

DISCUSIÓN
Las unidades de alta hospitalaria ya han sido descritas anteriormente en EE.UU, están desarrolladas en función de las características de los pacientes y del hospital. La estancia del paciente en prealta permite un aumento del tiempo disponible por enfermería en hospitalización, lo que permite una mayor atención a los pacientes agudos con mayor nivel de cuidados.

Contacto: Manuel Acevedo García – MAcebedo@fhalcorcon.es

C-237 METODOLOGÍA ENFERMERA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Autores: Sáez-Soto AR, Ros-García V, Caballero-Guerrero B, Bernal-Romero JM, Martínez-López J.

INTRODUCCIÓN
En respuesta al objetivo Contrato Gestión 2006: continuidad de cuidados bajo supervisión de la Subdirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad de Murcia; se elabora el modelo corporativo de Informe de Continuidad de Cuidados, estructurado por Patrones Funcionales Gordon, utilizando taxonomía NANDA para diagnósticos. La Dirección de Enfermería del HGU Reina Sofía selecciona Urología para su implantación. Paso previo a la realización del Informe es aplicar a la práctica asistencial el Proceso Enfermero (PE) y un lenguaje estandarizado.

OBJETIVOS
Unificar la formación en metodología enfermera. Incorporar el Proceso Enfermero a la práctica asistencial. Favorecer continuidad de cuidados con Atención Primaria.

METODOLOGÍA
Análisis de la situación inicial: valoración inicial de enfermería en un 64%; formación en metodología desigual; experiencia en aplicación del PE mínima; no existen registros de plan de cuidados; Informes de enfermería al alta esporádicamente. Estrategias consecución de objetivos: 1) Formar 5 enfermeras en curso. 2) Metodología de Planificación de Cuidados. 3) Seleccionar población susceptible ICC: pacientes que precisen cuidados por profesionales de Atención Primaria. 4) Establecer circuito y canales de comunicación entre AP-AE: consenso con coordinadores de AP, correo corporativo para la unidad, envío por correo electrónico al coordinador del Centro de Salud del ICC, archivar en la historia clínica formato papel. 5) Sesiones formación sobre PE, taxonomías NANDA, NOC, NIC. 6) Documentación contenido teórico. 7) Libros sobre 3 taxonomías. 8) 3 grupos de trabajo: distribución de diagnósticos. 9) Validación de los mismos, plan de cuidados interrelaciones NANDA-NOC-NIC. 10) Diseñar Excel para cumplimentación informática.

RESULTADOS
Se ha homogeneizado el conocimiento del Proceso Enfermero y 3 taxonomías, han asistido 12 de las 14 enfermeras y la supervisora. Han participado todas las enfermeras en consenso de planes de cuidados. Se han informatizado los planes de cuidados: diagnóstico NANDA, criterios de resultado (NOC), selección de indicadores, intervenciones de enfermería (NIC), programación de actividades. Se ha utilizado el formato de recomendaciones al alta. Se ha iniciado la emisión del informe de continuidad de cuidados.

CONCLUSIONES
La implantación de la metodología enfermera precisa la formación de los profesionales. El éxito de cualquier cambio necesita la implicación de los profesionales que han de llevarla a la práctica. Los profesionales han de estar preparados para aplicar metodología enfermera y garantizar la continuidad de cuidados con Atención Primaria.

Contacto: Ángeles del Rosario Sáez Soto – angeles.saez@carm.es

C-238 DISEÑO Y PILOTAJE DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Autores: Fernández-Flórez R, Grupo Valoración del Principado de Asturias.

INTRODUCCIÓN
La implantación de la metodología enfermera requiere tanto de formación de los profesionales como de herramientas consensuadas que faciliten su desarrollo y el registro de actividades.

OBJETIVO
Diseño y pilotaje de una herramienta de valoración general del paciente al ingreso unificada para todos los centros de Atención Especializada de Asturias.

MATERIAL Y MÉTODOS
En cada hospital se constituyó una comisión de cuidados así como un grupo coordinador en el ámbito de la comunidad autónoma. Su objetivo era diseñar una herramienta de valoración enfermera que cumpliera las siguientes condiciones: basarse en NANDA 2, recoger los criterios de valoración de los diagnósticos prevalentes en nuestro medio así como las valoraciones ya utilizadas en cada centro, ajustarse a los estándares de la *Joint Commission International*, explorar el riesgo de suicidio, la necesidad de valoración social e incluir diferentes escalas validadas. Se realizaron reuniones en las que por consenso se establecían los ítems a incluir. Se desarrolló una estrategia formativa en metodología enfermera, en entrevista clínica y aspectos logísticos del pilotaje. Tras el diseño se realizó un pilotaje en cada centro acompañado de formación. La evaluación final se realizó a través de una encuesta a los participantes que recogía, entre otros, aspectos de utilidad, formato, tiempo de realización y necesidades formativas.

RESULTADOS
Todos los hospitales tienen una comisión de cuidados participando un total de 76 profesionales. Se diseñó una Hoja de Valoración General del Paciente al Ingreso que se pilotó en todos los hospitales por 147 profesionales, incluyéndose un total de 845 pacientes. La encuesta de satisfacción fue contestada por un 80,27%. El 84,2% consideraban que la Hoja facilitaba una visión integral del paciente. El 47,4% refería necesitar más formación en metodología enfermera y entrevista clínica. El 45,6% dicen emplear entre 16 y 20 minutos para la cumplimentación y el 63,4% consideran que no disponen del tiempo suficiente, cuando éste es necesario. El 70,4% consideran mejorable el formato.

DISCUSIÓN
Se ha diseñado una herramienta válida y ampliamente aceptada si bien hay que mejorar de cara a la implantación tanto el formato como la formación de los profesionales. La apuesta por la implantación de la metodología enfermera pasa necesariamente por una reorganización de las unidades de enfermería.

Contacto: Rosario Fernández-Flórez – rosariff@princast.es

C-239 ENCUESTA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PREVIOS A LA IMPLANTACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS

Autores: Sabater-Raga R, Aloy-Duch A, Sist-Viaplana X, Martín-Martín A, Escrig-Mestres M.

INTRODUCCIÓN
Desde el ámbito de enfermería, una de las metodologías nucleares que se utiliza son las Vías o Trayectorias Clínicas (TC). Con ellas se pretende facilitar la estandarización de los procedimientos, promover el trabajo del equipo multidisciplinar y objetivar los resultados a través de indicadores de calidad para mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVO
Evaluar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre los distintos instrumentos metodológicos, previamente a la implantación de las TC.

MATERIAL Y MÉTODO
Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo a través de una encuesta de 14 preguntas, para valorar: 1) los conocimientos metodológicos sobre patrones, diagnósticos (NANDA), taxonomía (NIC-NOC), plan de curas estandarizados y secuenciados, TC y registros; 2) satisfacción profesional; 3) percepción de equipo; y 4) la variabilidad asistencial. El estudio se realizó del 19 al 23 de marzo de 2007, en los tres turnos diarios de las unidades de Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Geriatría, Urgencias y Cuidados Intensivos.

RESULTADOS
Se realizaron 88 encuestas a enfermeras (90% mujeres), con un 74% de personal fijo y un 26% temporal; y respecto a los años de experiencia, un 13% < 5 años y el 87% ≥ 5 años. El 41%, el 28% y el 31% eran de los 3 turnos, respectivamente. Los datos obtenidos: 1) sobre conocimientos, el desconocimiento fue: en un 69% de los patrones, en un 41% de los diagnósticos, en un 72% de la taxonomía NIC-NOC, en un 60% de los planes de curas y un 74% de las TC. 2) Sobre satisfacción profesional creen: un 55% que los registros son inadecuados, un 90% que la burocracia es alta, un 32% que se sienten inseguros en el manejo del paciente y un 61% que las TC pueden incrementar la satisfacción. 3) Sobre el trabajo multidisciplinar creen que no se forma equipo, en un 82% con el médico y en un 64% con el resto de profesionales. Y 4) Sobre la variabilidad asistencial creen que varia, según el médico y enfermera responsables, en un 89% y 64% respectivamente.

CONCLUSIONES
Los resultados permiten concluir que existe un gran desconocimiento de los instrumentos metodológicos de enfermería, una amplia disparidad en la satisfacción profesional, una falta importante de trabajo en equipo, y la elevada variabilidad en el manejo de los pacientes. Estos resultados nos animan a proseguir con la difusión e implantación de las trayectorias clínicas, que recogen de forma multidisciplinar todos los instrumentos estratégicos básicos del trabajo de enfermería.

Contacto: Rosa Sabater-Raga – rsabater@fhag.es

C-240 ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

Autores: Quintas-Rodríguez J, Escobar-García MJ, Manzano JM.

RESUMEN Y OBJETIVOS
La misión de la Unidad de Trasplante Renal en la que trabajamos es dar asistencia personalizada, integral y de calidad a los pacientes. Los objetivos son el rediseño del proceso de cuidados de enfermería para lograr mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO
Se creó un grupo de trabajo con el apoyo de la Unidad de Calidad que revisó el proceso de atención para identificar oportunidades de mejora y rediseño los cuidados de enfermería para los dos grupos de pacientes: pacientes ingresados para recibir un trasplante (cuidados prequirúrgicos/posquirúrgicos) y pacientes reingresados después del trasplante por complicaciones. Los productos del rediseño se han puesto en marcha durante el 2006 con los 80 pacientes trasplantados ese año. Los pacientes tienen una media de 50 años y la estancia media de hospitalización es de 10 días.

RESULTADOS
Durante el 2006 se ha puesto en marcha una gráfica de constantes actualizada y se ha efectuado la implantación de la Hoja de Valoración Inicial que, actualmente, se cumplimenta correctamente en el 95% de los casos. Se ha elaborado y puesto en marcha el Plan de Cuidados para estos pacientes fomentando el uso de la metodología enfermera y la utilización de taxonomías estandarizadas que, en la última evaluación realizada de la hoja de registro, se cumplimenta adecuadamente en un 90%. Con el objetivo de impulsar la personalización de la atención, se ha diseñado y puesto en marcha durante el 2006 un plan funcional de asignación e implantación del modelo de "enfermera referente" de cada paciente ingresado, impulsando la autopresentación de la enfermera. Las primeras evaluaciones ofrecen un 80% de cumplimiento. Se ha diseñado un Informe de Continuidad de Cuidados adaptado a nuestros pacientes que se están implementando en el 2007 y tiene como objetivo superar el 90% el primer año. Por último, se ha diseñado en la Unidad una Guía formativa para pacientes y familiares destinada a facilitar el autocuidado. La información oral y la entrega de la Guía se ha realizado en el 95% de los casos. Actualmente estamos trabajando en el diseño de una encuesta para conocer la calidad percibida por pacientes y familiares.

CONCLUSIONES
El rediseño de los cuidados de enfermería implementado a partir de 2006 ha empezado a ofrecer resultados claros de mejora de la calidad asistencial y ha generado un aumento de la motivación de los profesionales acorde con los resultados obtenidos y con la adaptación a los nuevos métodos de trabajo.

Contacto: José Quintas-Rodríguez – mjescobar_g@hotmail.com

C-241 ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS TRAS LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE USO Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES ENDOVASCULARES

Autores: Salgado Larrea MV, Echeverría Muguruza MA, Irurzun Larrañaga I, Aranguren Garde A, Urcelay Ibarzabal A, Aranzasti Múgica MN.

INTRODUCCIÓN
Uno de los objetivos anuales del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (con Certificación ISO 9001:2000 en 2006 y 2007) de nuestro hospital es la actualización y evaluación anual de un protocolo de higiene hospitalaria.

OBJETIVOS
Evaluar de manera integral (difusión, proceso y resultado) el protocolo de uso y mantenimiento de catéteres endovasculares.

MÉTODO
Se planteó un análisis en tres bloques: 1) Difusión del protocolo, mediante una encuesta de conocimientos acerca de los contenidos del mismo, a las DUE de las plantas de hospitalización, urgencias y reanimación; 2) Ejecución del protocolo, que se realizó mediante observación directa del procedimiento por parte de las supervisiones, y la valoración del consumo de productos de higiene de manos; y 3) El resultado en base a un estudio de incidencia de bacteriemia asociada a catéter y otro estudio de prevalencia de flebitis.

RESULTADOS
1) Difusión: Tasa de respuesta a la encuesta del 60%. Se conocen adecuadamente las fuentes a las que acudir para consultar el protocolo. Se detectaron áreas de mejora como la necesidad de dejar actuar el antiséptico antes de realizar el procedimiento y la disparidad de criterio en cuanto al momento de cambio de los sistemas de perfusión. 2) Ejecución: Se realizaron un total de 33 evaluaciones directas de la ejecución, detectándose que hasta en el 30% de los casos no se realiza un lavado de manos correcto y que en el 33% de los casos no se realiza una desinfección adecuada de la zona de inserción. En cuanto al consumo de productos de higiene de manos, se obtuvieron resultados compatibles con lo descrito en la literatura para el consumo de jabón normal (11,1 cc/paciente-día), y para las soluciones hidro-alcohólicas (1,2 cc/paciente-día), aunque se obtuvo un consumo inferior en jabón antiséptico (0,8 cc/paciente-día). 3) Resultado: se obtuvo una tasa de incidencia de bacteriemias asociadas a catéter de 66/100.000 estancias, la incidencia acumulada fue de 0,3%. En cuanto a la prevalencia de flebitis se estimó en el 15%.

CONCLUSIONES
Se objetivan necesidades en base al resultado del estudio: 1) Necesidad de consenso en cuanto a los factores incluidos en el protocolo que comportan una mayor variabilidad inter-unidad en la ejecución del procedimiento. 2) Revisión de la política de lavado de manos y fomentar un mayor uso de solución hidro-alcohólica como método de lavado antiséptico de manos; y 3) Necesidad de sistemas de información estandarizados de incidencia de este tipo de infección.

Contacto: M Victoria Salgado Larrea – m.victoria.salgadolarrea@osakidetza.net

C-242 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LENGUAJE NIC DEL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS

Autores: Fernández-Zapico D, Rodríguez-Fernández J, Fernández-Orviz F, Suárez-González T, Ron-Martínez N, Vigil-Álvarez L.

OBJETIVOS

En enero de 2006 se puso en marcha en el Centro Sanitario el Plan de Calidad en los Cuidados. Este plan responde a las necesidades de actualizar la enfermería en el hospital, revisar y documentar los circuitos a realizar, incorporar recursos y producir, en definitiva, un cambio institucional, estructural y relacional interno y externo. Para el desarrollo del Plan de Calidad en los Cuidados se diseñaron varias líneas estratégicas entre las que se encuentra la Gestión Clínica de Cuidados. Para implementar esta línea estratégica nos apoyamos en la creación de varias herramientas de trabajo, entre las que está el manual de procedimientos de enfermería en lenguaje NIC. La elaboración de este manual perseguía los siguientes objetivos: 1) Traducir el manual de procedimientos de enfermería ya existente en el centro a un leguaje estandarizado a nivel internacional (lenguaje NIC). 2) Promover la investigación en enfermería sobre las intervenciones realizadas. 3) Disminuir la variabilidad clínica. 4) Optimizar los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó una Comisión de Cuidados, formada por un grupo de enfermeros clave del centro que recibieron formación específica en metodología avanzada de enfermería y entrenamiento en el método enfermero. Este grupo de enfermeros clave ha adaptado el manual de procedimientos ya existente en el centro a la taxonomía de uso en España, la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). Este trabajo se ha realizado en el hospital con el apoyo de una consultora externa especializada en enfermería.

RESULTADOS

El manual de procedimientos está disponible para todos los enfermeros del hospital en la Intranet del centro y en cada unidad de enfermería. Además se ha entregado una copia a cada enfermero del centro y a todo el que comienza a trabajar por primera vez en nuestro hospital, formando parte del manual de acogida al profesional.

CONCLUSIONES

En la actualidad nos encontramos en la fase de implantación del manual de procedimientos en lenguaje NIC. En el plazo de un año está prevista la realización de un estudio para conocer la incidencia del funcionamiento del manual de procedimientos en lenguaje NIC sobre la calidad de los cuidados enfermeros en nuestro hospital.

Contacto: Diana Fernández-Zapico – gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-243 REEVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO SANO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD

Autores: Marín-Pellicer A, Hernández Vidal N, Pérez Pérez M, García d'Acuña RM, González Bravo A, Mengibar García Y.

OBJETIVO

Disminuir la variabilidad asistencial en la consulta de enfermería pediátrica para garantizar la equidad y la calidad en la oferta de servicios.

METODOLOGÍA

Durante la reunión anual de 2006 de evaluación del equipo de pediatría con la dirección del centro en la cual se identifican las fortalezas y oportunidades de mejora del servicio, se detecta que no podemos garantizar un estándar de calidad mínimo y consensuado en la consulta de enfermería en situaciones de ausencia del profesional habitual (vacaciones, permisos o bajas laborables). Por ello, se crea un grupo de mejora encargado de realizar un manual que recoja: el número y distribución de las visitas entre pediatría y enfermería, el contenido de cada visita y su registro en el sistema informático, los consejos educativos y dietas por edades. Se presenta en sesión clínica a todo el equipo del centro y se hace difusión a través de la Intranet, donde queda colgado en la carpeta de protocolos para poder ser consultado desde cualquier consulta. Se implanta en todas las consultas de pediatría y se realiza una primera reevaluación a los cinco meses.

RESULTADOS

Ha mejorado el registro informático en las historias clínicas según datos de la Dirección Clínica (del 1 de enero al 31 de mayo de 2007): lactancia materna 1,89% a 11,63%, detección precoz de metabolopatías 11,8% a 56,1%, tabaquismo pasivo 16,5% a 25,7%. Todas las consultas de pediatría disponen de la información del manual en línea. Los tres profesionales que han cubierto la consulta de enfermería de pediatría de forma ocasional han coincidido al expresar que se ha facilitado su tarea, se han disminuido los errores, y se ha ofrecido una atención de mayor calidad y estandarizada.

CONCLUSIONES

El hecho de reevaluar sistemáticamente nuestras prácticas asistenciales nos permite identificar las situaciones mejorables y plantear nuevas estrategias. Consensuar un manual de atención para la consulta de enfermería pediátrica nos ha permitido disminuir la variabilidad asistencial debido al cambio de profesionales, ayudar a disminuir los errores, facilitar el registro de las actividades disminuyendo el tiempo dedicado a ello y permitir poner en marcha líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE

Reevaluación, enfermería, manual.

Contacto: Nuria Hernández Vidal – nhernandez.tarte.ics@gencat.net

C-244 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CIERRE PRECOZ DE ILEOSTOMÍA. UN PROGRAMA DE MEJORA DE NUESTROS CUIDADOS

Autores: Morales L, Arrontes G, González V, Hernando A, Zabala I, Layunta R.

OBJETIVOS

1) Conocer los cuidados enfermeros en pacientes sometidos a cierre precoz de ileostomía. 2) Elaborar un plan de cuidados (PCE) y un programa educativo (PE). 3) Implementar el PCE y el PE.

MÉTODO

Fase 1: Estudio retrospectivo de 18 pacientes candidatos a cierre precoz de ileostomía en la Unidad de Cirugía del HU Puerta de Hierro. Se recogieron datos de valoración (Patrones Funcionales de Gordon o PFG) y cuidados de enfermería a través de las historias clínicas. Se realizó un análisis comparativo entre los pacientes de cierre precoz (GCP) y diferido (GCD). Fase 2: Se realizarán sesiones de trabajo y de consenso para diseñar el PCE y el PE. Fase 3: Se realizarán sesiones de difusión para dar a conocer el PCE y el PE; se establecerá un cronograma de implementación progresiva hasta alcanzar el 100% en el plazo de 1 año.

RESULTADOS

Fase 1: De los 18 pacientes candidatos a cierre precoz de ileostomía, 9 se fueron de alta sin el estoma y los otros 9 fueron cierre diferido con una media de días con estoma de 14 y 160, respectivamente. Hubo un 67% de varones en ambos grupos. La edad media fue de 63 años (GCP) y 67 (GCD). Los días de estancia media en el hospital fueron 24 (GCP) y 23 (GCD). Al ingreso los PFG de nutrición, eliminación, sueño y adaptación presentaban un mayor porcentaje de alteración en el GCD frente al GCP. La alteración del patrón percepción de salud fue más alta en el GCP. La autoestima estaba alterada en el 100% de los casos. El 67% de los pacientes del GCD presentaron complicaciones en el posoperatorio con un mayor porcentaje de alteraciones en los patrones funcionales, a destacar: peor percepción de salud, mayor porcentaje de vómitos, tardan más en iniciar la ingesta, pasan más tiempo con vía, sonda vesical y drenaje, inician la deambulación más tarde y tienen peor adaptación al estrés. Al alta los pacientes del GCD se fueron con un porcentaje mayor de patrones funcionales alterados respecto al GCP, a destacar: percepción de salud, nutrición, sueño, cognitivo, autoestima y rol-relaciones. La educación sanitaria fue mayor en el grupo de cierre diferido (cuidados del estoma, cambios de bolsa, hidratación).

CONCLUSIONES

Existen diferencias en las necesidades de cuidados y educativas entre los pacientes sometidos a cierre precoz y cierre diferido, que justifican la elaboración de un plan de cuidados y un programa educativo adaptado al tipo de paciente. Su diseño e implementación promoverá la disminución de la variabilidad en la práctica y mejorará la calidad de los cuidados enfermeros.

Contacto: Laura Morales Molina – lmoramoli@hotmail.com

Mesa 29

ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 3

C-245 – C-253

C-245 EDUCACIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Torres A, Villegas EB, Gambau M, Tella M, García J.

OBJETIVOS
Describir la docencia realizada a los pacientes, familiares y cuidadores atendidos por una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO, *Hospitalisation a domicile organisation*) de un hospital de agudos urbano. Valorar el grado de satisfacción de esta misma población ante los cuidados de la HADO.

MÉTODOS
Estudio descriptivo de la docencia en materia de dietas, curas, tratamientos, hábitos y cuidados de ostomías, realizada a la población atendida por la HADO durante el año 2006. Descripción de los resultados de la encuesta de satisfacción al alta de la Unidad, realizada a todos los pacientes mediante un cuestionario local, que incluye una pregunta sobre la información y educación recibidas.

RESULTADOS
Todos los pacientes atendidos (147, 71 M y 76 H) recibieron algún tipo de docencia. Pacientes: Edad promedio 74 años, 121 (82%) con criterios de fragilidad geriátrica. Comorbilidad: Insuficiencia cardiaca 60 (41% de los pacientes); fibrilación auricular 48 (33%); EPOC 42 (29%); diabetes mellitus 40 (27%); arteriopatía periférica 33 (23%); demencia 33 (23%); insuficiencia renal 30 (20%); infecciones por gérmenes multirresistentes 22 (15%); AVC 12 (8%); neoplasia activa 9 (6%); cardiopatía isquémica 5 (3%). Educación sanitaria: Total de temas tratados: 441, ratio tema / paciente 3/1. Temas: Insuficiencia cardiaca 21 (15% de los pacientes); terapias inhalatorias 33 (22%); administración de heparina subcutánea 37 (25%); resto medicaciones (incluidos dicumarínicos) 119 (81%); ostomías 4 (3%); dieta 73 (50%); hábitos 117 (80%); diabetes mellitus (dieta, insulina, control complicaciones, cuidados específicos) 37 (25%). Resultado de la encuesta de satisfacción: 9,8/10.

CONCLUSIONES
Paralelamente a los cuidados y curas que reciben por parte del equipo asistencial, los enfermos ingresados en nuestra Unidad HADO son informados y educados sobre sus patologías y autocuidados y sobre los instrumentos necesarios para el manejo y mejor comprensión de su enfermedad. Tanto pacientes como familiares refieren un alto grado de satisfacción, en parte debido a dicha actividad docente.

Contacto: Eulalia Balbina Villegas Bruguera – eulalia.villegas@sanitatintegral.org

C-246 IMPLANTACIÓN DEL PROCESO CLÍNICO DE DOLOR TORÁCICO: IMPACTO ASISTENCIAL

Autores: Álvarez García AJ, Barriales V, Játiva Quiroga V, Moris de la Tassa C, Blanco González JA, Piedra Recio J.

INTRODUCCIÓN
El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, en nuestro hospital es el tercer motivo de consulta (7,11% del total). La creación de una unidad funcional de dolor torácico (UDT), apoyándose en el desarrollo de una guía clínica y de la ficha del proceso de dolor torácico como herramientas para su gestión, nos permite valorar de forma ágil y rápida los pacientes con sospecha de coronariopatía o síndrome coronario agudo de bajo riesgo.

OBJETIVOS
Analizar el impacto sobre la carga asistencial y el índice de reingresos tras la puesta en marcha de una UDT funcional e interdisciplinaria con la ayuda de la Gestión por Procesos.

MATERIAL Y MÉTODO
Bajo la metodología de la Gestión por Procesos se definieron la ficha del proceso (que incluye entre las actividades a desarrollar por urgencias la seriación de troponinas, ECG y test de esfuerzo), los indicadores y los gestores del proceso. Se analizaron 316 pacientes consecutivos (1 de junio - 31 de octubre de 2005), fueron incluidos en la UDT para realizar ergometría ambulatoria en las 24 horas posteriores, tras consultar en el Área de Urgencias por dolor torácico sugestivo de coronario.

RESULTADOS
Para el proceso dolor torácico se elaboró una guía clínica y se definieron los ítems relacionados con la metodología del proceso (clientes, expectativas, misión, límites, actividades, etc.). 9 de los 316 pacientes ingresaron sin realizar ergometría por presentar criterios de riesgo intermedio-alto. En 288 se realizó ergometría, que resultó positiva en 52, e ingresaron 30. El número de ingresos con el diagnóstico al alta de angor y de dolor torácico se redujo un 34% (54% y 24% respectivamente) frente al mismo periodo del año previo. Esto se tradujo en un descenso del 44% en las estancias por dolor torácico y angor y una reducción media de 71 estancias al mes. Tras 6 meses de seguimiento, entre los pacientes dados de alta en la UDT, se produjeron 14 ingresos (4,4%) por angina inestable, IAM o insuficiencia cardiaca. El número de ergometrías realizadas en dicho periodo no aumentó respecto al previo.

CONCLUSIONES
La Gestión por Procesos es una herramienta que en áreas asistenciales tan complejas como urgencias se muestra útil y ayuda a mejorar la efectividad y la eficiencia. Se optimizó el uso de recursos sanitarios, disminuyendo la estancia hospitalaria y el volumen de ingresos por angor y dolor torácico, sin elevar significativamente el número de pruebas ambulatorias practicadas y con un bajo índice de ingresos.

Contacto: Antonio Álvarez García – antonio.alvarez@sespa.princast.es

C-247 MEJORA EN LA EFECTIVIDAD DEL PROCESO DE LA EPOC CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, MEDIANTE UNA VÍA CLÍNICA

Autores: Sánchez-Nieto JM, Menchón-Martínez PJ, Carrillo-Alcaraz A, Paz-Ramírez L, Gandía M, García-Torres P.

OBJETIVOS
1) Analizar la efectividad de una vía clínica basada en la evidencia (VC-BE), en los pacientes con EPOC exacerbada y ventilación no invasiva (VNI) frente a un grupo de pacientes no incluidos en la misma. 2) Comparar el número de exploraciones solicitadas en ambos grupos.

MÉTODO
Estudio piloto prospectivo cuasi-experimental, antes-después, de pacientes incluidos en la VC-BE comparado con grupo control compuesto por una cohorte del mismo número de casos atendidos antes de la implantación de la vía. Periodo evaluado: grupo estudio (GE): noviembre 2006 a mayo 2007, grupo control (GC): enero a septiembre 2006. Criterios de inclusión: EPOC exacerbado con acidosis respiratoria que precisan VNI. Criterios de exclusión: enfermedades concomitantes que requieran tratamiento específico. Análisis estadístico: variables expresadas como media ± desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables chi cuadrado y t-Student.

RESULTADOS
GC: 20 pacientes. 90% varones y edad media 74 ± 9. GE: 20 pacientes. 85% varones y edad media 72 ± 15. Comparación gravedad GC *vs*. GE: según gasometría arterial: pH 7,28 ± 0,11 *vs.* 7,21 ± 0,10 (p = 0,071), PCO2: 68 ± 21 *vs*. 75 ± 22 (p = 0,756), PaO_2 / FiO_2: 155 ± 54 *vs*. 170 ± 47 (p = 0,210); por frecuencia respiratoria: 30 ± 6 *vs*. 31 ± 6 (p = 0,750). Comparación evolución: intubación orotraqueal: 10% *vs.* 5% (p = 1,00), muerte hospitalaria: 20% *vs.* 15% (p = 1,000), estancia media hospitalaria: 14 ± 10 *vs*. 10 ± 4 (p = 0,133); estancia media UCI: 5,7 ± 3,6 *vs.* 3,9 ± 3,3 ± 2,9 (p = 0,071). Número de radiografías de tórax por paciente fue de 4 ± 3 *vs*. 2 ± 1 (p = 0,023), número gasometrías: 11 ± 8 *vs.* 8 ± 5 (p = 0,088); analíticas: 19 ± 13 *vs*. 13 ± 7 (p = 0,064). Indicador de implantación VC-BE: 100%.

CONCLUSIONES
1) Los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de la vía clínica presentan tendencias favorables a la mejora de la efectividad en la atención de los pacientes con EPOC y VNI. 2) En el grupo de estudio disminuye el número de pruebas innecesarias realizadas.

Contacto: Juan Miguel Sánchez Nieto – juanm.sanchez3@carm.es

C-248 APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN FRENTE A LA RUBÉOLA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Pérez-Rivas FJ, Ochandorena-Juanena MS, Zumajo-Gijón V, Pastor-Rodríguez-Moñino A, García-López M, Beamud-Lagos M.

OBJETIVO
En las primeras semanas de 2005 se produjo en la Comunidad de Madrid un brote de rubéola. El objetivo del estudio es describir la variación en la cobertura de la vacunación frente a la rubéola en mujeres entre los 15 y 49 años, tras la implantación de un ciclo de mejora.

METODOLOGÍA
Tipo de estudio: descriptivo longitudinal. Periodo de estudio: de octubre de 2005 a diciembre de 2006. Instrumentalización/Despliegue: –Reunión con los responsables de Inmunizaciones sobre los objetivos y la organización del proceso. –Inclusión en la Intraweb del área de la sesión divulgativa sobre línea estratégica de vacunación frente a la rubéola. –Remisión de documentación a las matronas/ginecólogos para solicitar participación/captación activa. –Distribución a cada centro del material divulgativo de la campaña. –Instalación de un *flash* o recordatorio en las HC de las mujeres entre 15 y 49 años en que no constaba vacunación de la rubéola ni serología positiva, así se recuerda al profesional que debe interrogar a la paciente sobre su estado vacunal frente a la rubéola. –Contacto telefónico con profesionales de modelo tradicional para recordar el sistema de registro nominal. –Se envío a cada profesional el listado con las mujeres que habían presentado serología negativa frente a rubéola durante la gestación en el periodo (2002/06), para que realizaran la captación activa y procedieran a su inmunización. Análisis estadístico: Programa EPIDAT 3.0 (distribución de frecuencias y test de chi cuadrado).

RESULTADOS
Hasta noviembre de 2006 se administraron en el área 9.137 dosis de vacuna triple vírica en mujeres de 15 a 49 años, lo que supone un 26,5% del total de vacunas administradas en el conjunto de Madrid, y un incremento del 269%, respecto al núm. de dosis administradas durante 2005 (2.476). En diciembre de 2005 el núm. de mujeres en las que constaba en su historia clínica inmunización frente a la rubéola era de 34.104 (cobertura del 15,0%). En diciembre de 2006 el núm. de mujeres inmunizadas era de 57.482 (cobertura del 24,2%), lo que supone un incremento del 61,8 %, esta variación es estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES
Las líneas de trabajo establecidas han facilitado el cumplimiento de los objetivos previstos, incrementando de manera muy notable la cobertura de inmunización frente a la rubéola en mujeres en edad fértil. Es fundamental continuar con las líneas de trabajo definidas para seguir mejorando el estado vacunal frente a la rubéola y poder evitar en el futuro la repetición de nuevos brotes.

Contacto: Francisco Javier Pérez-Rivas – jperez.gapm11@salud.madrid.org

C-249 ¿INNOVACIÓN O MEJORA? BRAQUITERAPIA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL HOSPITAL DE BASURTO

Autores: Guerra N, Regúlez P, Martín-Urreta JC, Darpón J, Urrutia I, Urruela M.

OBJETIVO
Aportar una respuesta que, a igualdad de efectividad terapéutica en los tumores iniciales de próstata, disminuya de manera importante los efectos secundarios asociados al tratamiento con radioterapia (impotencia sexual, incontinencia urinaria), ampliando la cartera de servicios del hospital y ofreciendo esta técnica –en el sector sanitario público– a cualquier persona de la CAV.

METODOLOGÍA
1) Generación de un equipo de trabajo multidisciplinar (observación de mercado). 2) Análisis del coste-beneficio de apostar por esta técnica (variables de índole económica, circuito asistencial, necesidad de formación específica, adquisición de nuevos recursos técnicos…). 3) Propuesta y aprobación por parte de la gerencia del Hospital de Basurto. 4) Formación específica a profesionales implicados. 5) Generación de nuevos protocolos. 6) Comunicación y coordinación con otros centros/hospitales que derivan pacientes. 7) Implantación en octubre de 2005 de dicho tratamiento. 8) Seguimiento y evaluación de resultados.

RESULTADOS
Cartera de servicio: desde octubre de 2005, el Hospital de Basurto se convierte en pionero y único hospital público del Servicio Vasco de Salud que ofrece esta técnica a los pacientes de la CAV. Indicadores de efectividad: análisis y seguimiento de los primeros 50 pacientes intervenidos: 1 día de ingreso. Los últimos pacientes intervenidos (20): sin ingreso. Seguimiento positivo. Análisis de complicaciones: resultados muy satisfactorios (se presentarán datos/tablas concretas). Disminución del 25% del tiempo global de intervención. Mejor distribución de las dosis (se presentarán datos/gráficos).

CONCLUSIONES
Eficacia y eficiencia: a) Impacto en el cliente: –minimiza riesgos al no requerir de cirugía; –reduce la impotencia sexual; –reduce la incontinencia urinaria; –consigue el mismo efecto terapéutico que otras técnicas convencionales como la cirugía; –no requiere hospitalización, el mismo día de la intervención, el paciente es dado de alta. b) Impacto en la gestión: –diseño del proceso llegada-seguimiento del paciente (interacción con otros hospitales); –intervención coordinada de un equipo multidisciplinar (enfermería, anestesia, urología, oncología radioterápica, radiofísico); –0 días de hospitalización (lo que la cirugía implica una estancia media de 4-6 días), (actualmente es el único hospital de la Red de Osakidetza que facilita este tratamiento).

Contacto: Isabel Urrutia Johansson – johansson@hbas.osakidetza.net

C-250 ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO CÁNCER DE MAMA

Autores: Álvarez M, Ruiz J, Jiménez E, Jiménez C, Ranz FB, García MD.

OBJETIVOS
Valorar el impacto de la participación de Atención Primaria (AP) en el Proceso Cáncer de Mama.

MÉTODOS
En el año 2002 se decidió en nuestra área hospitalaria reorganizar la asistencia sanitaria en relación con el cáncer de mama, siguiendo el modelo organizativo propuesto en la Gestión por Procesos asistenciales. Para este fin se formó un grupo de implantación local, compuesto por profesionales de AP y AE. Se planteó, entre otras medidas, un circuito ágil de pacientes, con posibilidad de derivar directamente desde AP para prueba de imagen de mama en casos de sospecha, con objeto de agilizar el proceso y evitar pasos innecesarios. Estas pacientes serían estudiadas en acto único en el Servicio de Radiodiagnóstico y, en función de los resultados obtenidos, se decidiría si pueden ser dadas de alta, si necesitan un seguimiento por la imagen a corto plazo, o si deben entrar en una consulta especializada por el diagnóstico de un carcinoma o identificación de alto riesgo para cáncer de mama. Valoramos el impacto de esta medida durante los 9 primeros meses del año 2006.

RESULTADOS
Durante este periodo en la sección de Imagen Mamaria se han recibido un total de 6.778 solicitudes de estudios de imagen, de los cuales 1.174 procedían de AP, lo cual supone el 17,32% de las derivaciones. El motivo de derivación más frecuente desde AP ha sido la existencia de un nódulo mamario (55%). En dicho periodo se han diagnosticado en la unidad 170 lesiones malignas, de las cuales 37 procedían de AP (21,7%). La tasa de detección de AP es del 3,15% de todas sus derivaciones. La demora diagnóstica en estas pacientes ha sido de 14,5 días. Solamente 57 pacientes se han derivado a la consulta especializada. Si todas las pacientes hubiesen entrado directamente en la consulta especializada se hubiesen necesitado 1.174 consultas, a lo que habría que sumar otras tantas para recogida de resultados tras realizar prueba de imagen, en un 80% de los casos aproximadamente.

CONCLUSIONES
La derivación desde AP para prueba de imagen en nuestra unidad ha permitido un diagnóstico rápido en un porcentaje importante de pacientes con cáncer de mama. El filtro que supone la atención previa en radiodiagnóstico, para pasar a consulta especializada sólo los carcinomas y pacientes de alto riesgo, ha supuesto una disminución importante en la carga asistencial de las consultas especializadas. Por otra parte, este circuito mejora la continuidad en la asistencia.

Contacto: Marina Álvarez Benito – marinaalvarezbenito@telefonica.net

C-251 CALIDAD DE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE QUIMIOTERAPIA PARA PACIENTES INCLUIDOS EN ENSAYOS CLÍNICOS

Autores: Serrano C, Agustín MJ, Picaza E, Alonso V, Idoipe A, Palomo P.

OBJETIVOS
Evaluar la calidad de las prescripciones de quimioterapia para pacientes incluidos en ensayos clínicos (EC) analizando si en la orden médica se especifica la participación del paciente en el ensayo, la información indispensable para la utilización de las correspondientes muestras para investigación clínica y su registro específico.

MÉTODOS
Estudio retrospectivo de las incidencias recogidas durante el año 2006 en un servicio de farmacia de un hospital universitario de referencia de 1.300 camas. Durante el proceso de validación de las órdenes médicas y en las visitas de monitorización se identificaron las prescripciones incorrectas y se registraron. Se analizaron las siguientes variables: EC, número de prescripciones, investigador principal, médico prescriptor, servicio, número y tipo de rama de tratamiento, antineoplásicos implicados y enfermedad.

RESULTADOS
Durante el año 2006 el servicio de farmacia participó en la gestión de muestras para investigación clínica de 81 EC, 47 de los cuales (58%) fueron llevados a cabo por los servicios de oncología y hematología. Se recibieron 1.625 prescripciones de quimioterapia para 29 EC diferentes detectándose 151 prescripciones incorrectas; el 9,3% del total no especificaba la participación del paciente en el EC. Este tipo de error se identificó en 15 EC y la mayor tasa la presentó un EC con el 35,3% de prescripciones incorrectas. Se observó una mayor frecuencia de prescripciones incorrectas en el servicio de hematología (34,1%) que en el de oncología (8,6%). El 76,2% de las prescripciones incorrectas fue efectuado por médicos prescriptores diferentes del investigador principal. El 68,9% de las omisiones corresponde a prescripciones de EC con dos o más ramas de tratamiento. En las prescripciones con error han estado implicados 20 agentes antineoplásicos diferentes; destaca la frecuencia de trastuzumab (15,2%) y ciclofosfamida (9,9%), seguidos de bortezomib, epirubicina, erlotinib, fluorouracilo y paclitaxel con el 9,6% cada uno. Respecto a la enfermedad, la mayor tasa de error ha correspondido a mieloma múltiple (34,1%) y cáncer de vejiga (33,3%), de ovario (31,6%) y de pulmón (28,9%).

CONCLUSIONES
El 9,3% de las prescripciones de quimioterapia para pacientes incluidos en EC no especifica su participación en el EC. La calidad de la identificación de las órdenes médicas está relacionada con el servicio y el médico prescriptor, el número de ramas de tratamiento en el EC y la enfermedad. El incumplimiento es mayor cuando el médico prescriptor difiere del investigador principal.

Contacto: M. Carmen Serrano Vicente – mcserranov@salud.aragon.es

C-252 LÍNEA ESTRATÉGICA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: García G, Muñoz JJ, Muñoz F, Pérez J, Mora G, Beamud M.

OBJETIVOS

Pese a que la Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye la asistencia al paciente con Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) desde su implantación, la cobertura alcanzada en este servicio es todavía muy limitada. El objetivo del estudio es describir la variación en la cobertura del Servicio de Atención a EPOC tras la implantación de una línea de mejora.

MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo longitudinal. Periodo de estudio: de abril a junio de 2007. Despliegue: –Reunión con los responsables de Patología Respiratoria de los equipos de Atención Primaria (EAP) sobre objetivos y organización del proceso. –Difusión de las últimas recomendaciones basadas en la evidencia sobre manejo de pacientes con EPOC. –Inclusión en Intraweb del área de la sesión divulgativa sobre línea estratégica de captación de EPOC. –Elaboración e implantación en todos los EAP de un protocolo en la HC informatizada (OMI-AP) para el registro de las intervenciones relacionadas con la detección de EPOC (anamnesis sobre hábito tabáquico, sintomatología respiratoria, resultados espirometría…) y de una plantilla de solicitud de espirometría. –Instalación de un *flash* o recordatorio en las HC de los pacientes mayores de 40 años fumadores en los que no consta la realización de una espirometría, que recuerda al profesional esta situación y la intervención indicada. –Instrumentalización: se realizó en un EAP del área un pilotaje previo de las medidas de carácter operativo (utilización del protocolo de registro, *flash* recordatorio…). El 1 de mayo se extendieron todas las intervenciones al conjunto del área. Análisis estadístico: Programa EPIDAT 3.0 (distribución de frecuencias y test de chi cuadrado).

RESULTADOS

Los datos preliminares obtenidos del EAP en el que se realizó el pilotaje (población 15.000 hab.) han sido alentadores ya que en 6 semanas se utilizó este protocolo en 250 pacientes y se detectaron 40 casos de EPOC (algunos de tipo moderado), lo que ha supuesto un incremento porcentual de la cobertura de su Servicio EPOC del 189,8 % (incremento absoluto del 10,5 %).

CONCLUSIONES

Las líneas de trabajo definidas han facilitado el cumplimiento de los objetivos previstos (a la espera de la obtención de los datos de la Cartera de Servicios en el conjunto del área a fecha 30 de septiembre). Disponer de un sistema de registro específico y detallado de EPOC permite mejorar la cobertura de la prestación del Servicio y, en definitiva, la atención que prestamos desde AP a los pacientes con patología respiratoria.

Contacto: Gabriela García Álvarez – ggarcia.gapm11@salud.madrid.org

C-253 SÍNDROME METABÓLICO ASOCIADO AL USO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA: *A CROSS-SECTIONAL STUDY*

Autores: Sicras A, Velasco S, Frías X, Buqueras M, Navarro N, Escribano E.

OBJETIVOS

Medir la comorbilidad y la consecución de objetivos terapéuticos en pacientes con síndrome metabólico (SM) en uso regular de fármacos antipsicóticos (ATP), en población atendida por equipos de atención primaria (EAP).

MÉTODOS

Estudio poblacional multicéntrico retrospectivo, realizado a partir de registros médicos de adultos en tratamiento con ATP, pertenecientes a cuatro EAP (año-2005). Principales medidas: universales, comorbilidades / antecedentes cardiovasculares / generales e índice-Charlson (gravedad, [iCh]). Definición SM: según criterios de la NCEP-ATP III modificados; y grupo de comparación: pacientes sin-SM. Enfermedades basales: trastornos neurológicos y depresivos, demencias, psicosis y esquizofrenia. Se obtuvo información de fármacos ATP (atípicos-típicos) y parámetros clínicos: índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica-diastólica, glicemia basal, hemoglobina-glicosilada, triglicéridos, colesterol total (cHDL-cLDL). Se efectuó un análisis de regresión logística (variable dependiente: SM) para la corrección del modelo; programa SPSSWIN, $p < 0,05$.

RESULTADOS

De 37.025 pacientes, un 2,1% (n = 760) utilizaron ATP (IC: 2,0 - 2,2%), 52,9% mujeres, promedio de edad 54,8 ± 20,5 años, visitas / año 13,9 ± 11,7 y diagnósticos / año 6,6 ± 4,3. En pacientes con uso de ATP, un 28,2% (n = 214) presentaron SM (IC: 25,0 - 31,4%). Estos pacientes mostraron mayor: edad 62,9 ± 16,6 *vs.* 51,7 ± 21,0; mujeres 61,2% *vs.* 49,6%; iCh 0,6 ± 0,6 *vs.* 0,3 ± 0,8 y comorbilidad general 8,3 ± 4,5 *vs.* 5,9 ± 3,9 ($p < 0,01$). El SM se asoció al uso de haloperidol y risperidona (16,4% y 22,9%; $p < 0,001$), no hubo diferencias entre típicos-atípicos. Modelo logístico: el SM (referencia), corregido por edad-sexo, comorbilidad mostró asociación con diabetes (OR = 68,2) y dislipemia (OR = 14,2), R2 = 0,68 (alfa-Cronbach: 0,421; p = 0,001). Parámetros: IMC: 27,2 ± 5,0 *vs.* 31,7 ± 5,8; glucemia: 119,5 ± 45,8 *vs.* 91,1 ± 16,9; colesterol: 214,4 ± 43,5 *vs.* 202,1 ± 42,4; triglicéridos: 174,4 ± 105,9 *vs.* 112,8 ± 70,6 (presencia/ausencia de SM; $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio deben de interpretarse con prudencia. La prevalencia de SM en el tratamiento con ATP es elevada, sin evidenciarse diferencias entre ATP típicos y atípicos. Se mostró una elevada asociación con la diabetes y se observó un peor control metabólico en los parámetros estudiados de estos pacientes.

Contacto: Antoni Sicras Mainar – asicras@bsa.gs

Mesa 30

RESULTADOS EN SALUD 2

C-254 – C-262

C-254 APLICACIÓN DEL PROCESO DE *BENCHMARKING* EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO

Autor: Martín-Perles R.

OBJETIVOS

Definir e implantar un sistema comparativo de los elementos claves, en la gestión de los servicios de transporte sanitario, dirigido al desarrollo de programas de mejora continua.

MÉTODO

"El *benchmarking* es un proceso de evaluación continuo y sistemático; un proceso mediante el cual se analizan y comparan permanentemente los procesos empresariales de una organización frente a los procesos de las compañías líderes en cualquier parte del mundo, a fin de obtener información que pueda ayudar a la organización a mejorar su *performance* –rendimiento–". Servicios Sociosanitarios Generales, empresa vinculada con otras del sector del transporte sanitario, ha desarrollado un proceso interno de comparación de los diferentes aspectos estratégicos asociados a los contratos públicos de transporte sanitario, adaptando los procesos de *benchmarking* a los programas de mejora continua de la calidad de cada uno de los contratos de transporte sanitario que gestiona. De esta forma, el proceso desarrollado contempla las siguientes fases: 1) Comparación, por contrato, de cada una de las siguientes variables: calidad percibida, reclamaciones (trato, puntualidad, confortabilidad), absentismo, eficiencia de programación, accidentes con culpa, consumo combustible, reparaciones, mantenimiento. 2) Identificación de las prácticas asociadas a los mejores resultados obtenidos para cada variable. 3) Confrontación de las prácticas propias con las mejores prácticas detectadas. 4) Elaboración del programa de trabajo, por parte del Jefe de Servicio de cada contrato, en función de las conclusiones obtenidas en el punto anterior. 5) Seguimiento gerencial, con cada Jefe de Servicio, del programa y trabajo elaborado. 6) Retribución variable del Jefe del Servicio de Transporte Sanitario en función de los objetivos alcanzados. 7) Reinicio del proceso.

RESULTADOS

Se ha logrado la implantación de un sistema interno de *benchmarking* como herramienta de gestión eficaz para los Jefes de Servicio de los dispositivos de transporte sanitario.

CONCLUSIONES

La introducción de sistemas que permitan la importación y exportación de prácticas de gestión contrastadas, integradas en los programas de mejora continua de las empresas, favorecen el desarrollo y reforzamiento de la cultura de calidad en las mismas.

Contacto: Rafael Martín Perles – rafaelmp@atriaservicios.com

C-255 FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Autores: Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Robles-García M, Alburquerque-Sánchez J.

OBJETIVOS

Evaluar los factores que se asocian a una mayor mortalidad intrahospitalaria en el Servicio Cántabro de Salud (SCS).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de la cohorte de altas hospitalarias producidas en los tres hospitales del Servicio Cantabro de Salud durante el año 2006. Los episodios de hospitalización fueron agrupados en los Grupos Relacionados de Diagnostico (GRD). Variable dependiente a estudio: Tipo de alta *exitus*. Análisis estadístico: Descripción de la proporción de *exitus*. Como medida de asociación se ha utilizado la OR y su IC 95%. Para el análisis ajustado por potenciales factores de confusión se utilizó la regresión logística.

RESULTADOS

Se han analizado 52.809 altas hospitalarias, de las cuales 2.485 (4,1%) fueron *exitus*. Se observa una mayor tasa de *exitus* en varones 5,5% frente a 4% en mujeres, al igual que en los ingresos urgentes 6,3% de *exitus* frente al 1,9% en los programados. La mayor edad (más de 77 años (p 75 edad)) incrementa el riesgo con un OR 2,53 IC 95% (2,35-2,73), al igual que la estancia superior a 10 días (p 75 estancia media) con un OR 1,56 IC 95% (1,44-1,7) y un peso medio mayor de 1,867 (p 75 complejidad casuística) con un OR 2,68 IC 95% (2,49-2,89). El ser un ingreso urgente incrementa el riesgo de *exitus* con un OR 3,21 IC 95% (2,88-3,57), y el haber estado ingresado en medicina interna lo aumenta con un OR 3,81 IC 95% (3,53-4,11). Respecto al GRD, el tener al alta el GRD 541 (trastorno respiratorio excluyéndose infecciones, bronquitis y asma con complicaciones) incrementa el riesgo de *exitus* con un OR 2,96 IC 95% (2,56-3,41), al igual que el tener un GRD de tipo medico con un OR 1,68 IC 95% (1,54-1,84), en relación al GRD quirúrgico. El hecho de haber ingresado en más de una ocasión no se asocia un incremento del riesgo de mortalidad intrahospitalaria, OR 1,03 IC 95% (0,96-1,12).

CONCLUSIONES

La mortalidad intrahospitalaria es un indicador relevante a estudio en los servicios de salud; Un análisis exhaustivo de ello supone una información indispensable para las comisiones de mortalidad de nuestros centros.

Contacto: Paz Rodríguez Cundín – prodriguez@dg.scsalud.es

C-256 MEJORA DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL IMPLANTADO EN UN ÁREA DE AP

Autores: Cañada A, Mena JM, Sánchez L, Rodríguez D, Cárdenas J.

OBJETIVO

Describir la mejora de la seguridad del proceso de atención a pacientes con tratamiento de anticoagulación oral (TAO), implantado en un área de Atención Primaria y la evaluación de los resultados sobre control y seguimiento de dichos pacientes.

MÉTODO

Se desarrolla en 3 fases: 1) Análisis DAFO. 2) Aplicación de la metodología AMFE. 3) Evaluación de la implantación, control y seguimiento de los pacientes con TAO. La obtención de los datos de todos los pacientes se realizó a través de una explotación específica de los protocolos de seguimiento TAO de la historia clínica informatizada (HCI) OMI-AP. Se incluyeron todos los pacientes anticoagulados seguidos en AP en el año 2006, con registro en el protocolo específico TAO. Para la evaluación se diseñó un programa basado en sentencias de lenguaje de consulta estructurado (SQL) para explotar la información de la HCI.

RESULTADOS

La aplicación de la metodología AMFE, novedosa en AP, identificó los fallos críticos a través del Índice de Priorización del Riesgo (IPR); la puntuación del IPR osciló entre 8 y 343. El AMFE ha servido para introducir acciones de mejora, entre ellas, la selección de una tira y un coagulómetro nuevos, la modificación del protocolo informático y la elaboración de un cuadro de indicadores para monitorizar el proceso. Los resultados de la evaluación indican que el programa está implantado en el 100% de los equipos. El núm. de pacientes incluidos en el servicio y evaluados en 2006 fue de 3.013. La media de edad es 75 años. Respecto a las indicaciones, la fibrilación auricular/arritmias cardiacas es la primera causa (61% del total). El valor medio del INR es 2,5. La media anual de determinaciones por paciente 12,8. Los valores de INR en rango terapéutico son 20.581 (53%). En rango ajustado a + 0,2 (posible error del coagulómetro) los valores aumentan hasta el 66%. El % de días que permanecen los valores en rango ha sido del 68% y ajustándolo al + 0,2%, ascienden al 79%. Solamente encontramos 13 pacientes con efectos adversos.

CONCLUSIONES

La aplicación del AMFE ha supuesto una mejora importante de todo el proceso desde el punto de vista de la seguridad así como la elaboración de unos indicadores de seguimiento. Éste estudio aporta resultados sobre el seguimiento de todos los pacientes con TAO, sin necesidad de muestreo, que nos revelan su buen control clínico y la aceptación de los profesionales en la realización del nuevo servicio.

Contacto: Asunción Cañada Dorado – acanada.gapm04@salud.madrid.org

C-257 PATRÓN DE COSTES Y USO DE RECURSOS SANITARIOS DE LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS EN UN ÁMBITO POBLACIONAL

Autores: Sicras A, Velasco S.

OBJETIVOS

Determinar el patrón de uso de servicios y costes en pacientes que demandan atención por problemas neurológicos (PN) en asistencia primaria en situación de práctica clínica habitual.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con al menos una demanda de atención por PN (CIAP-2: componente-7), atendidos por 5 equipos de atención primaria durante el año 2006. Se formó un grupo comparativo con el resto de pacientes sin PN. Las variables fueron: universales, casuística/comorbilidad, índice de Charlson (gravedad), utilización de recursos sanitarios y costes ambulatorios (medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, derivaciones y visitas). Se empleó el análisis de regresión logística y modelo de ANCOVA (ajuste de Bonferroni) para la corrección del modelo. Programa SPSSWIN, $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 80.775 pacientes, de los cuales 19.423 presentaron algún PN (24,0%; IC del 95%: 23,7% - 24,3%). Los pacientes que demandaron atención por PN presentaron mayor edad (46,2 ± 22,1 *vs*. 38,9 ± 22,9), superior gravedad (0,3 ± 0,6 *vs*. 0,2 ± 0,5), mujeres (63,6 *vs.* 49,8%), mayor número de problemas de salud (6,1 ± 4,0 *vs*. 4,3 ± 3,2) y utilización de recursos sanitarios, particularmente visitas médicas/paciente/año (9,9 ± 9,4 *vs.* 7,2 ± 7,7) y días de incapacidad-laboral (73,3 ± 124,4 *vs*. 56,8 ± 107,6), $p < 0,0001$. Los principales motivos de consulta fueron: vértigo/mareo (25,6%) y cefalea (17,7%). El TN se asoció con: mujeres (OR = 1,8), síndrome depresivo (OR = 1,5) y evento cardiovascular (OR = 1,2), $p < 0,0001$. El coste medio anual en pacientes con PN fue significativamente superior (708,25 ± 900,94 € *vs*. 443,10 ± 678,44 €) y se mantuvo después de corregir por edad, sexo y comorbilidades (932,87 € *vs*. 712,38 €). Todos los componentes del coste por paciente fueron mayores (fijos/semifijos, pruebas, derivaciones) en el grupo de pacientes con PN, especialmente el farmacéutico (621,26 *vs*. 479,25 €), $p < 0,0001$.

CONCLUSIONES

Los pacientes que han demandado atención por algún PN presentan un elevado número de comorbilidades, uso de recursos y un mayor coste paciente al año en el ámbito de la atención primaria de salud.

Contacto: Antoni Sicras Mainar – asicras@bsa.gs

C-258 PRIMER ANÁLISIS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE REVASCULARIZACIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ARAGÓN

Autores: Portero MP, Calvo I, Ruiz JR, Diarte JA, Sánchez-Rubio J, Peleato A.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de los casos realizados, el funcionamiento de la red asistencial y la actividad realizada durante los primeros 10 meses tras la puesta en marcha del Programa TRIAMAR (Plan Integral del Tratamiento de Revascularización del Infarto Agudo de Miocardio en Aragón).

MÉTODOS

Análisis de los casos que activaron la alerta de Hemodinámica (AH) desde enero de 2006 hasta noviembre de 2006. Se estudiaron las variables edad y sexo, indicaciones del procedimiento, hospitales de procedencia y destino de los pacientes y una primera valoración de los tiempos desde que se activa la AH hasta que el paciente llega a la Unidad de Hemodinámica que está de guardia.

RESULTADOS

Tras 10 meses de puesta en marcha del programa TRIAMAR se realizaron 173 casos, con una edad media de 65,59 años (edad máxima 88 y edad mínima 36), siendo el 78% varones y el 21% mujeres. La principal indicación que activó la AH fue la angioplastia de rescate (49%), la segunda el *shock* cardiogénico (14,45%) y la tercera la angioplastia primaria (13,87%). El Hospital Miguel Servet y el Hospital Clínico fueron los hospitales de procedencia en el 33%. En cuanto al destino, el Hospital Miguel Servet fue en el 41,6% y el Hospital Clínico en el 40%, participando, en el resto de los casos, los diferentes hospitales de la red asistencial de Aragón. El tiempo desde que se activó la AH hasta que el paciente llegó a la sala de hemodinámica superó los 60 minutos, la demora fue en algunos casos de hasta 4 horas.

CONCLUSIONES

1) Aragón ha conseguido tener AH 24 horas los 365 días del año y ha ofrecido la alternativa de revascularización mecánica a una patología tan prevalente, grave y en ocasiones mortal como es el infarto agudo de miocardio. 2) La angioplastia de rescate, el *shock* cardiogénico y la angioplastia primaria son las indicaciones más frecuentes que activan la AH. 3) La demora en la aplicación del tratamiento del infarto con angioplastia es excesiva e independiente de la activación de la alerta de hemodinámica. 4) Es necesaria una base de datos común que identifique dónde se producen estas demoras con el fin de mejorar la calidad global de la atención al paciente con infarto agudo de miocardio.

Contacto: M Pilar Portero Pérez – pilipor@comz.org

C-259 CESÁREAS: VARIACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. CATALUÑA 1999-2005

Autores: Salas T, Clèries M, Vela E, Bustins M, Salvador X, Agustí E.

OBJETIVO
Describir la evolución del porcentaje de cesáreas y cuantificar el impacto de la variabilidad de la práctica de este procedimiento en términos de utilización de recursos.

MÉTODOS
Los datos se han obtenido del Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos de Cataluña, del periodo 1999-2005. Todos los hospitales de la red de utilización pública (XHUP) notifican al registro, mientras que de los privados (HP) notificaron el 70% en el año 1999 y el 85% en el 2005. Se ha calculado la estancia media de los partos y la proporción de cesáreas y se ha estimado la probabilidad esperada de realización de cesárea para cada parto mediante una regresión logística. En el modelo se han incluido, del año 1999, las variables: edad de la madre, semanas de gestación, peso del neonato, parto múltiple, día de la semana y presencia de complicaciones. Se ha calculado la razón de las cesáreas observadas entre las esperadas para cada hospital y, cuando ha sido superior a 1, se ha calculado el exceso de cesáreas practicadas.

RESULTADOS
Se han analizado 433.774 partos. La estancia media ha disminuido (4,1 días en 1999 y 3,5 días en 2005) y la media de edad se mantiene (30,6 años en 1999 y 30,5 años en 2005). En el año 1999 la razón cesárea/parto fue de 1/5, y de 1/4 en el 2005 (19,2% y 22,5% en los centros de la XHUP, y 29,8% y 35% en los HP, respectivamente). Se observan diferencias en la tasa de cesáreas según la residencia de la madre, que oscilan entre el 23% y el 29%, en el año 2005. Los partos con cesárea se asocian a estancias superiores a las de los partos vaginales (5,2 y 2,9 días en 2005, respectivamente, $p < 0,0001$). Durante el año 2005, la diferencia entre cesáreas observadas y esperadas para el total de hospitales fue de 2.462 (1.914 en los HP y 548 en los de la XHUP). Considerando la diferencia media de días de estancia entre los partos por cesárea y los partos vaginales, el exceso de cesáreas representa un total de 5.701 días (4.432 en los HP y 1.269 en los de la XHUP), lo cual supondría 15,6 camas/año disponibles (12,1 para los HP y 3,5 para los de la XHUP).

CONCLUSIONES
A pesar de que en los centros de la XHUP el porcentaje de cesáreas es menor que en los HP, la tendencia observada es similar. La sobreutilización o infrautilización de este procedimiento puede reflejar una ausencia de idoneidad o un procedimiento innecesario. Reducir la variabilidad de la práctica de este procedimiento contribuiría a racionalizar el consumo de recursos.

Contacto: Teresa Salas Ibañez – tsalas@catsalut.net

C-260 ANÁLISIS DE PARÁMETROS QUE PUEDEN INCIDIR EN LA MEJORA DEL ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN

Autores: Jové A, Pérez-Sust P, Torras G, Martínez-Ibáñez V, Mejón R, Armengol M.

OBJETIVO
Identificar los procesos tributarios de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que actualmente están generando un ingreso convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se ha realizado una selección de todas las altas registradas en el CMBD correspondiente al año 2006 que tienen informado un procedimiento principal (excluidos los códigos CIM-9-MC comprendidos entre el 87.00 y 99.99). De estos registros se han contabilizado, para cada código de procedimiento, el número total de intervenciones y aquellas realizadas como CMA. Del grupo de intervenciones con ingreso, se han seleccionado los casos que cumplen las siguientes condiciones: 1) Han originado un día de estancia (pre- o posoperatoria) o dos días de estancia (una preoperatoria y una posoperatoria). 2) La residencia habitual es en la provincia de Barcelona. 3) No presentan ninguna co-morbilidad que contraindique la CMA ni se ha producido ninguna complicación posoperatoria. Todos estos procesos se han considerado susceptibles a ser ambulatorizados. Por último, se ha utilizado la agrupación proporcionada por CATSALUT de procedimientos potencialmente ambulatorios.

RESULTADOS
El cálculo del índice de sustitución resultante, usando todos los procedimientos sujetos a las condiciones especificadas en el apartado de material y métodos, se cifra en un 52,26%. Éste aumentaría hasta el 61,08% si se incluyen los casos que consideramos susceptibles de ser ambulatorizados. Seleccionando únicamente los procedimientos propuestos por CATSALUT, el índice de substitución variaría del 75,17% al 81,42%, las intervenciones con mayor margen de ambulatorización han sido la amigdalectomía, el aborto legal, el *hallux valgus* y la orquiectomía y orquidopexia.

CONCLUSIONES
Aún partiendo de un elevado índice de substitución para el perfil del hospital, éste sería mejorable en 9 puntos incluyendo las intervenciones actualmente con ingreso pero posiblemente ambulatorizables. Se han identificado aquellas patologías en las que se podrían concentrar los esfuerzos para incrementar la ambulatorización. El estudio nos permitirá profundizar en la identificación y valoración de aquellas causas administrativas, sociales y clínicas no registradas en el sistema que explicarían las diferencias observadas.

Contacto: Alba Jové Riera – ajove@vhebron.net

C-261 PREDICCIÓN DE RESULTADOS EN INDICADORES DE LA AHRQ (CMBD) POR LOS INDICADORES DEL PLAN DE CALIDAD DE 11 HOSPITALES.

Autores: Tejero González JM, López Reneo R.

INTRODUCCIÓN
En el Plan de Calidad del Sescam durante 4 años se han registrado indicadores de estructura y proceso organizados por los criterios EFQM de 11 hospitales. Con la herramienta 3M Hiscal se han obtenido los indicadores de prevención, de calidad de hospitalización y de seguridad del paciente propuestos por la AHRQ a partir del CMBD de los 11 hospitales.

OBJETIVOS
Explorar relaciones entre recursos estructurales y procesos de calidad con resultados de calidad en Atención Hospitalaria.

METODOLOGÍA
La herramienta 3M Hiscal agrupa los registros del CMBD por APR (*All Patients Refined*), lo que permite comparar la complejidad de los procesos entre distintos hospitales. Esto permite detectar, mediante un análisis de covarianza, qué parte de la variabilidad en los resultados de calidad (medidos mediante los indicadores propuestos por la AHRQ) no puede ser explicada por las características de los pacientes. Mediante un análisis de correlación canónica no paramétrico se han explorado qué indicadores del Plan de Calidad (conjunto de variables predictoras) pueden asociarse con qué conjunto de indicadores de prevención, calidad de hospitalización y seguridad del paciente (variables dependientes).

RESULTADOS
Se presentan las características de los hospitales (recursos materiales, humanos y organizativos) y los procesos, medidos a través de los indicadores del Plan de Calidad del Sescam se han detectado como más eficaces para obtener resultados "de calidad".

CONCLUSIONES
Localizadas las áreas de mejora para la planificación sanitaria, se identifican los procesos de calidad que se muestran más eficientes en la gestión organizativa y en la gestión clínica de los hospitales, priorizando aquellas acciones que muestran mejor relación coste-efectividad.

Contacto: Jesús Manuel Tejero González – mtejero@jccm.es

C-262 HOSPITALIZACIÓN EVITABLE EN ÁMBITOS TERRITORIALES REDUCIDOS. COMPORTAMIENTO Y RELACIÓN CON VARIABLES SOCIOSANITARIAS

Autores: Magán P, Alberquilla A, González C, Otero A.

OBJETIVO
Describir el comportamiento de las hospitalizaciones evitables por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (HE-ACSC) por ámbitos territoriales pequeños en una comunidad autónoma. Explorar su relación con variables sanitarias y socioeconómicas.

MÉTODOS
Estudio transversal, observacional, de tipo ecológico. Población: mayores de 14 años. Periodo: trienio 2001-2003. Ámbito: una comunidad autónoma. Unidad de análisis: distrito sanitario (DS). Mediciones: se consideraron como HE-ACSC aquellos episodios en cuyo diagnóstico principal al alta figuraba registrado alguno de los códigos incluidos en el listado validado para España. Fuentes: conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria, padrón continuo municipal de habitantes, sistemas de información de Atención Primaria. Se calcularon las tasas estandarizadas por edad y sexo de hospitalización por ACSC (TE-ACSC) mediante el método directo. Variables independientes para cada DS: indicadores sanitarios (presión asistencial, ratio de médicos de familia/mil habitantes, tiempo de acceso a centros sanitarios y mortalidad evitable); indicadores económicos (renta y nivel de estudios). Se describió y estudió la variabilidad de las TE-ACSC. Se realizó un análisis bivariado mediante modelos de regresión de Poisson. En el análisis multivariante, para controlar la multicolinealidad de las variables independientes, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Equamax. Los componentes extraídos se utilizaron como variables independientes para el análisis mediante regresión de Poisson.

RESULTADOS
Las TE-ACSC oscilaron entre 3,37‰ y 14,43‰ entre distritos. Razón de variación (RV) 4,28; Coeficiente de variación (CV) 0,54; CVw 0,61. El análisis bivariado mostró una relación inversa y significativa entre la TE-ACSC con la presión asistencial y el porcentaje de población universitaria; y una relación directa con el porcentaje de población sin estudios y la densidad de población. En el análisis multivariante se encontró asociación significativa con el factor que incluía las variables: número de médicos, población sin estudios, población con estudios universitarios y presión asistencial.

CONCLUSIONES
Se observa una gran variabilidad en el comportamiento del indicador TE-ACSC entre los ámbitos estudiados. Se objetiva una relación entre las TE-ACSC, con un mayor número de variables económicas que sanitarias. Estos hallazgos nos obligan a utilizar con cautela las HE-ACSC como indicador de calidad de los servicios prestados por Atención Primaria.

Contacto: Purificación Magán Tapia – pmagantapia@hotmail.com

Mesa 31

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 4

C-263 – C-271

C-263 MEDICIÓN SISTEMÁTICA DEL PROCESO GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS, SEGÚN NORMA ISO 9001:2000

Autores: Urruela M, Yurrebaso J, Aguirreazabal A, Álvarez M, Vilella M.

OBJETIVOS
1) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis del proceso Gestión de Medicamentos Citostáticos (GMC). 2) Asegurar la disponibilidad de recursos para alcanzar las metas fijadas para cada uno de los planes de gestión anual.

METODOLOGÍA
El diseño del proceso GMC se realizó en el año 2003, implantándose en el 2004. Constitución de un grupo de trabajo, multidisciplinar (farmacéuticos, médicos prescriptores y enfermeras) y permanente en el tiempo. En el momento actual las funciones del grupo son: reuniones semestrales de todo el equipo, seguimiento de los indicadores, asegurarse de la implantación de las mejoras propuestas (plazos y responsables), reuniones con los procesos de apoyo (informática y aprovisionamiento), reunión anual con la Gerencia del Centro.

RESULTADOS
Para la gestión del proceso se establecieron objetivos de eficacia y eficiencia, a continuación se muestra su evolución (el periodo de seguimiento y medición es del 1 de junio al 30 de mayo del año siguiente, no se ha tomado como referencia el año natural, con el fin de hacerlo coincidir con el Contrato Programa): –núm. (absoluto) total de personas que sufren accidente en el manejo de citostáticos: 2004-05: 0; 2005-06: 1; 2006-07: 1. –% errores de dispensación: 2004-05: 0,005; 2005-06: 0,03; 2006-07: 0,013. –% de extravasaciones: 2004-05: 0; 2005-06: 0; 2006-07: 0,08. –% errores de prescripción: 2004-05: 0,61; 2005-06: 0,48; 2006-07: 0,42. –% citostáticos no administrados: 2004-05: 0,68; 2005-06: 1,18; 2006-07: 0,64.

CONCLUSIONES
1) Los resultados obtenidos demuestran que el seguimiento y análisis de causas mejoran los resultados a lo largo del tiempo. 2) La implicación de los servicios prescriptores, así como la introducción de un sistema informático –ONCOFAR–, ha reducido de manera muy importante los errores de prescripción. 3) Contar con reuniones sistematizadas con los servicios de apoyo mejora las interacciones y consigue que el proceso sea más eficaz. 4) La gestión de la documentación a través del programa CALITEL facilita la comunicación de las modificaciones, haciendo que éstas lleguen en tiempo real a todas las personas que intervienen en el proceso.

Contacto: Mercedes Urruela Oliván – murruela@hbas.osakidetza.net

C-264 AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM EN EL AREA 2 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID BAJO EL PRISMA DE LA GESTIÓN DE PROCESOS

Autores: Bartolomé E, Polo MJ, Escudero F, Rodríguez MA, Sebastián A, Gracia A.

INTRODUCCIÓN
La Gerencia de Atención Primaria del Área 2 ha realizado su segundo proceso de autoevaluación con el modelo de excelencia EFQM acorde con las directrices establecidas por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección y el Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVO
Identificar las áreas de mejora y los puntos fuertes de nuestra organización para poder definir líneas de actuación que nos permitan la implantación de la cultura de la calidad y la mejora de los servicios ofertados a la población.

MÉTODO
Se ha realizado un proceso de autoevaluación con el modelo EFQM adaptado al Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid editado por la Subdirección General de Calidad. Los subprocesos que han hecho posible la autoevaluación se han identificado y documentado con la metodología IDEF0. Las cajas que describen los subprocesos son: planificación, formación, obtención sistemática de evidencias, evaluación grupal y definición de planes de mejora. Se han constituido 9 grupos de trabajo para la revisión sistemática de evidencias y 4 para encontrar el consenso final. En total han participado 35 personas que han recibido 6 horas de formación previa y han invertido un total de 105 horas de trabajo.

RESULTADOS
Se han identificado 116 puntos fuertes y 179 áreas de mejora. La puntuación obtenida es de 261 puntos. Las áreas de mejora para las que se han definido líneas de actuación son: 1) La información generada en el área está escasamente integrada y falta un cuadro integral útil para la toma de decisiones 2) No está sistematizado el trabajo en equipo. 3) No se evidencia en la Gerencia una estrategia de mejora en Cartera de Servicios. 4) No se evidencia en la gerencia una estrategia de mejora del Uso Racional del Medicamento. 5) La organización administrativa de los equipos no está priorizada por la satisfacción del ciudadano en su atención.

CONCLUSIONES
La autoevaluación con el modelo EFQM es un proceso participativo que permite la identificación sistemática de las áreas de mejora en las que intervenir. La utilización del modelo EFQM adaptado al Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid ha sido de gran ayuda, especialmente en el subproceso de obtención sistemática de evidencias. La aplicación de Gestión de Procesos nos ha aportado una dinámica de trabajo que ha enriquecido la sistematización del modelo que ya de por si posee y ha facilitado al equipo directivo la priorización y la definición de líneas de actuación.

Contacto: Elena Bartolomé Benito – ebartolome.gapm02@salud.madrid.org
ebartolomeb@yahoo.es

C-265 INDICADORES DE REFERENCIA ENERGÉTICA PARA HOSPITALES

Autores: Zorita Lamadrid AL, Riesco Sanz MV, Fernández Temprano MA, García Escudero LA, Guijarro Rubio A, Rodríguez Cabezudo F.

OBJETIVO
Desde las transferencias de competencia en materias de sanidad a la Junta de Castilla y León, el Departamento de Ingeniería Eléctrica de la Universidad de Valladolid viene trabajando con el Servicio de Infraestructura y Patrimonio de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, en diferentes líneas de investigación en el ámbito de infraestructuras sanitarias. Una de estas líneas está relacionada con la elaboración de modelos de comportamiento eléctrico de instalaciones sanitarias. El trabajo que aquí se presenta, enmarcado dentro de esta línea de investigación, tiene por objetivo desarrollar indicadores de referencia del consumo de energía eléctrica en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que nos permita, en el futuro, realizar una clasificación de los mismos desde la perspectiva de eficiencia energética.

MÉTODO
La metodología estadística utilizada incluye intervalos de confianza, análisis de regresión múltiple y en componentes principales, para lo que se ha contado con la colaboración del Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Valladolid. Dicha metodología se aplica a los datos de 23 hospitales de la comunidad obtenidos entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2006. El modelo desarrollado pretende utilizar como variables explicativas del consumo de energía eléctrica, no sólo variables de tipo constructivo como espacio ocupado calefactado y/o refrigerado, sino también otras asociadas a la actividad del propio centro como el número de altas y otras, del entorno climatológico, como los grados-día.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Se han establecido las bases de un modelo de comportamiento eléctrico en función de diversos parámetros y diseño de indicadores que puedan ser utilizados como referencia comparativa entre diferentes grupos de hospitales. De esta forma se podrán establecer clasificaciones de los mismos así como facilitar la toma de decisiones encaminadas a lograr una mayor eficiencia energética y conseguir una acreditación en este ámbito. Este trabajo inicia una vía de desarrollo en la que puedan utilizarse como variables de ajuste de la actividad, entre otras, aquellas íntimamente ligadas con los grupos de diagnóstico relacionados.

Contacto: Fernando Rodríguez Cabezudo – frodriguez@grs.sacyl.es

C-266 RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES DE UN PROYECTO INSTITUCIONAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Caldentey M, Tamborero G, Cibrián S, García A, Millán MT, Méndez JM.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS
Nuestro centro de salud (CS), conjuntamente con la gerencia de Atención Primaria (GAP) inició en 2005 un proyecto piloto destinado a alcanzar la excelencia en la calidad de la totalidad de los servicios del centro, con el fin de extender la experiencia a corto plazo al resto de CS del área. El objetivo de la presente comunicación es presentar los resultados obtenidos hasta el momento.

MÉTODOS
Ámbito: CS docente, urbano (250.000 habitantes), formado por 47 profesionales y ubicado en un área de salud insular (800.000 habitantes). Participantes: Han participado todos los profesionales del CS con el apoyo de la Gerencia (GAP) y de una empresa externa. El proyecto se inició a principios del 2005, tras obtener el aval unánime de los profesionales, por una fase de negociación en que se presentó el proyecto a la GAP. Tras su aceptación y consecución de fondos financieros, se formalizó el proyecto incluyéndolo en el Contrato de Gestión GAP-CS.

RESULTADOS
Los principales resultados son: –La obtención de la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 (AENOR) y el *Certificate* IQ-NET, el 7-7-2006. –La inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006). –La consolidación de una línea de investigación propia sobre calidad, con más de 20 ponencias y comunicaciones a congresos nacionales e internacionales (incremento del 500 % de la producción investigadora) y la publicación de un libro sobre nuestra experiencia. –Cambios en el Contrato de Gestión GAP-CS, potenciando esta línea de trabajo y extendiendo nuestra experiencia a otros CS de la isla.

CONCLUSIONES
Nuestra experiencia ha generado sinergias entre el CS y la GAP, ha permitido la obtención de resultados tangibles y evaluables. Asimismo, ha demostrado la factibilidad de la implantación de este tipo de proyectos en un entorno real de AP, habiéndose puesto en marcha ya en otros CS de nuestra isla.

Contacto: Gaspar Tamborero Cao – gtamborero@terra.es

C-267 CERTIFICACIÓN DE FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Autores: Ruiz-Téllez A, Alonso-López F, Fernández Vega JM, Valle-Poo A, Apezteguía-Urroz J, Ruiz de Ocenda M.

OBJETIVOS
Construcción de un sistema de informatización sanitaria (SIS) de Atención Primaria (AP) con control de fiabilidad de la información, y certificación dinámica de su nivel de excelencia, clave para eliminar la incertidumbre profesional y gestora ante la comparación, la interpretación de resultados para la gestión clínica, gestión de la información, gestión gerencial y gestión del conocimiento.

MÉTODOS
Se analiza, de manera continua, dinámica y mensual los niveles de error informático, de registro, de cumplimentación y de cualidad del registro sobre el 100% de la actividad registrada de 820 cupos informatizados de AP, bajo el proyecto ISIS, (681/139 Medicina/Pediatría) de 3 CC.AA, Asturias, La Rioja y Navarra (en orden alfabético), que alcanza a una población mensual de 1 millón de habitantes y unos 6,3 millones de episodios de atención.

RESULTADOS
La posibilidad de disponer de información, no solo de información fiable, no es consustancial al proyecto de informatización sanitaria emprendido. El hecho de disponer de información fiable, precisa la superación de un estado previo (obviado en varios de los proyectos de informatización sanitaria (PrSI) de AP española), el de superar los condicionantes que permitan la creación de un sistema de información sanitaria viable (SISv), como el hecho de estar basado en un modelo de datos de episodio de atención obligatorio, la elección de clasificación adecuada para la AP, una ergonomía que permita que el profesional, en 5 min., sea capaz de realizar todos los pasos adecuadamente, etc. Cuando el PrSI es viable y, por tanto, se puede analizar el 100% de los registros, la verdadera realidad profesional, los resultados muestran que el 69% del total de cupos de AP puede generar una información de sus registros suficientemente fiable, que se reduce al 50% cuando la exigencia es para ser referente de medias, medianas, etc. Desglosado en médicos y pediatras es del 78% / 52% (nivel base y excelente de certificación) y del 45% / 18%, respectivamente.

CONCLUSIONES
La fiabilidad de la información y más la certificación periódica y dinámica de la información es un paso crítico para la aplicación de las políticas de gestión, investigación, incentivación y reconocimiento de la excelencia profesional, por haber eliminado la incertidumbre y la desconfianza en la comparación interprofesional y en la interpretación de la información sanitaria. La validez de la aplicación de incentivos por mediciones parciales de la realidad (Carteras de Servicio, DPO,…) queda en franco entredicho.

Contacto: Ángel Ruiz-Téllez – angelruiztellez@cymap.es

C-268 BENEFICIOS OBTENIDOS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2000 EN UNA UNIDAD DE DOLOR POSTOPERATORIO

Autores: Carrascosa AJ, Saldaña R, Valencia O, Bouzó N, Ruiz P, Pérez-Cerdá F.

INTRODUCCIÓN
Mejorar la seguridad de los pacientes posoperados constituye una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Para ello es necesario iniciar procesos de gestión que articulen mecanismos que permitan el abordaje seguro y eficaz del dolor en los diferentes medios clínicos asistenciales. El modelo de gestión de calidad que hemos utilizado para la introducción de los estándares del dolor ha sido el modelo ISO 9001:2000.

OBJETIVOS
Describir las mejoras obtenidas en la Unidad de Dolor Agudo Posoperatorio (UDA) del Hospital 12 de Octubre durante la implantación de una metodología de Gestión por Procesos según la norma ISO 9001:2000.

MÉTODOS
1) Presentación de un proyecto de creación de una UDA a gerencias de organizaciones de servicios quirúrgicos. 2) Sensibilización/formación de los profesionales sanitarios. Identificación de los anestesiólogos involucrados en el dolor. 3) Planificación, organización y diseño de procesos: Creación de un grupo de trabajo que consensúe y supervise la gestión del dolor, definición de un mapa de procesos, establecimiento de un cronograma de implantación. 4) Adaptación del modelo ISO 9001:2000 a nuestro medio: homologación de hojas de evaluación y tratamiento posoperatorio, creación de registros y cuestionarios de evaluación, integración y/o comunicación con otros departamentos (Farmacia, Quirúrgicos, Informática, Suministros, Personal Subalterno). 5) Implantación. Sesiones de formación-acción según cronograma.

RESULTADOS
Además de los beneficios propios del sistema de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2000 (elaboración de un manual de calidad, establecimiento de indicadores de actividad, calidad y seguimiento de los procesos involucrados en el control del dolor, elaboración de perfiles profesionales y plan de formación), se ha diseñado un programa informático para la gestión clínica del dolor, se han establecido frecuencias y controles para las bombas de analgesia y medicaciones utilizadas, se han firmado pactos de apoyo y acuerdos de actuación con diferentes estamentos del hospital y se ha introducido la cultura de seguridad del paciente como garantía de calidad.

CONCLUSIONES
La norma ISO 9001:2000 es un marco de trabajo que nos ayuda a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de nuestra organización. La existencia de un sistema de gestión de calidad en el control del dolor posoperatorio favorece la implantación y despliegue de los requisitos técnicos.

Contacto: Antonio José Carrascosa Fernández – acarras3@hotmail.com

C-269 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA UNIDAD DE METALES RESPECTO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA ISO 15189: EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

Autores: Izquierdo-Álvarez S, García de Jalón-Comet A, Escanero-Marcén JF, Calvo-Ruata ML, Vela-Marquina ML.

OBJETIVOS
1) Realizar un diagnóstico de la situación inicial de la Unidad de Metales con respecto al cumplimiento de los requerimientos que lleva implícitos la norma UNE EN ISO 15189 con objeto de identificar cuáles son los puntos débiles y analizar cuáles son los puntos fuertes a tratar para iniciar el proyecto de la acreditación. 2) Analizar la utilidad del SGC implementado desde la evaluación inicial a través de una autoevaluación.

METODOLOGÍA
1) Se elaboró una especie de cuestionario en el que se iban analizando cada uno de los diversos apartados de la norma UNE EN ISO 15189:2003. Se elaboraron varias hojas Excel en las que cada hoja reflejaba un apartado de la norma. Así, se iba valorando y cuantificando en qué medida (porcentajes) se cumplían los requisitos que exige la citada norma. 2) Se elaboró un *check list* para la autoevaluación, en el que se iba valorando el cumplimiento de cada uno de los apartados de la citada norma.

RESULTADOS
1) Sólo se encontraban implantados un 7,2% de los requisitos y definidos un 22,8%. En total, sólo un 12,4% de los requisitos estaban desarrollados. Entre los puntos débiles de la Unidad de Metales se encontraba que sólo un 12,4% de los requisitos estaban desarrollados, un porcentaje muy pobre, pero a pesar de ello, dicha unidad cuenta con unos puntos fuertes: unidad pequeña, con poco personal pero con una gran predisposición a la mejora contínua. 2) Resultados de la autoevaluación. No conformidades detectadas: No están documentados los procedimientos para las operaciones de gestión del sistema informático; No están actualizados todos los *curriculums* del personal; No existe evidencia documental de dicha cualificación; Los equipos no corresponden al repertorio y volumen de trabajo en determinadas épocas; Faltan algunos certificados de calibración y registros de mantenimiento externos de los equipos de análisis; No está clara la cadena de custodia de las muestras recepcionadas; No existe un plan general o programa de calibración métrica de equipos de mediciones directas o analítica; No está definido en ningún lugar el procedimiento seguido para cualificar el personal de nueva incorporación; No están documentados explícitamente todas las políticas exigidas por la ISO 15189.

CONCLUSIONES
El análisis de la eficacia del SGC que se desarrolló demostró claramente la mejora con respecto a la situació ninicial del cumplimiento de los requerimientos de la ISO 15189, aproximadamente un 81% frente al 12,4% inicial.

Contacto: Silvia Izquierdo-Álvarez – sizquierdo@salud.aragon.es

C-270 ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores: Feal Cortizas B, Calvin Lamas M, Martín Herranz I.

OBJETIVO

El seguimiento de las acciones correctivas (AC) y preventivas (AP) es una de las herramientas para que una organización mejore continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La norma ISO 9001 indica que debe establecerse un procedimiento documentado que describa cómo se llevan a cabo las AC y AP. La gestión de las mismas debe identificar: descripción del problema, causas reales o potenciales, acciones necesarias para que no vuelva a ocurrir, verificación de la eficacia de las mismas y responsables de realizarlas. Nuestro objetivo es describir las AC y AP realizadas en el sistema de gestión de la calidad de un servicio de farmacia (SF) certificado según la norma ISO 9001:2000.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Período de estudio: 3 años (2004 a 2006). Fuente de datos: archivo de informes de calidad de AC y AP del SF. Se revisó el origen de las AC y AP documentadas mediante la apertura de un informe de calidad: no conformidad interna (NC), reclamaciones a proveedor (RP), reclamación de cliente (RC) y desviaciones de auditorías internas y externas (DA). Durante el año 2006 se estableció como indicador el índice de retorno de las AC para evaluar la eficacia de las acciones tomadas, basándose en la necesidad de la apertura de una segunda acción correctiva.

RESULTADOS

Se han implantado un total de 156 AP y AC: –18 AP, 4/18 debidas a sugerencias de pacientes y 14 al personal del SF. –138 AC, que tuvieron su origen en: 9 reclamaciones a proveedor, 45 no conformidades internas: 4 en 2004; 18 en 2005 y 23 en 2006; 14 reclamaciones de clientes, en todos los casos han sido pacientes (hospitalizados/externos): 2 en 2004, 2 en 2005 y 10 en 2006; 70 desviaciones de auditorías (53 derivan de auditorías internas y 17 derivan de auditorías por el organismo certificador externo AENOR): 20 en 2004, 34 en 2005 y 16 en 2006. El índice de retorno del las AC implantadas fue del 12,2%.

CONCLUSIONES

La aplicación de las AC y AP ayuda a cumplir la misión del sistema de mejora continua de la calidad, identificando y corrigiendo las condiciones adversas a la calidad e implicando a todo el personal del servicio. Con el rodaje del sistema a lo largo de 3 años, destaca la mayor participación de los pacientes, siendo en 2006 la causa de 10 informes de calidad. Además observa un incremento en las no conformidades internas debido posiblemente al incremento de los mecanismos internos para su detección, y una disminución de las AC derivadas de las desviaciones de auditorías.

Contacto: Begoña Feal Cortizas – bfeacor@canalejo.org

C-271 GESTIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Rodríguez-Villar M, Grande R, García-Fernández V, Lorenzo S.

ANTECEDENTES

La adecuada gestión de las infraestructuras y equipamiento es prioritaria para la gestión de nuestro hospital. Se realiza de acuerdo a los principios y funcionamiento de una unidad con cuenta de resultados propia que suministra servicios y que está comprometida con los principios de: transparencia y claridad en costes; innovación en la gestión y provisión de los servicios; flexibilidad constante de adaptación a las nuevas necesidades del hospital; y utilización de las tecnologías y sistemas de información más eficientes. El servicio gestiona infraestructuras y equipos, consumibles y provee nuevas infraestructuras.

OBJETIVO

El objetivo del servicio es dotar a los profesionales del centro y a los de las empresas que trabajan en él de las condiciones, infraestructuras y equipamiento necesarios para realizar su trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ambito: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 255.000 habitantes. Los procesos de la Unidad de Mantenimiento se han diseñado mediante un equipo multidisciplinar y han sido validados por la Unidad de Calidad. Se ha establecido un nuevo modelo de gestión que permita cuantificar costes para asesorar a la dirección y alinear los objetivos de la unidad con los del hospital.

RESULTADOS

Se identificaron y definieron las actividades desarrolladas, clientes, diagramas de flujo, indicadores y el cuadro de mando para su monitorización. Se han definido 8 procesos de gestión: Evaluación - satisfacción usuarios; Gestión de consumos; Gestión instalaciones; Gestión de inventario; Gestión de obras; Seguimiento (procesos mantenimiento); Salida equipos al exterior para reparación; Planificación protocolos. El nuevo Modelo de Gestión establece las condiciones de operación, gestión y control que ha permitido pasar de un Servicio de Mantenimiento a un Servicio Global de Infraestructuras: Asesoría a la Dirección en materia de infraestructuras; acciones encaminadas para pasar del mantenimiento a la gestión de las infraestructuras.

CONCLUSIONES

El mejor mantenimiento es el que hace que los equipos duren más y con mayor disponibilidad, pero el mejor Servicio de Infraestructuras es el que consigue cuantificar los costes de mantenimiento de cada equipo e instalación para tomar las decisiones más acordes con la estrategia del hospital

Contacto: Mariano Rodríguez-Villar – mrodriguezv@fhalcorcon.es

Mesa 32

ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA 4

C-272 – C-279

C-272 PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN EN UN HOSPITAL Y SUS DISTRITOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE REFERENCIA

Autores: Pascual-Martínez N, Fresneda-Jaimez ML, Aguilera-Bermúdez J, Carretero-Lucena P, Caño-Aguilar A, Dolz-Romero M.

OBJETIVOS

Desde la década de 1980 son varias las estrategias para intentar disminuir el número de procedimientos invasivos diagnósticos en la atención prenatal, mediante la adopción de sistemas de cribado cada vez más eficaces. *El Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio* (segunda edición), editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, recomienda, a la luz del actual consenso nacional e internacional, la sustitución del cribado del segundo trimestre (solo marcadores séricos) por el del primer trimestre (PAPP-A y fracción libre de la B-HCG) y la translucencia nucal, para mejorar la atención a la embarazada y nuestra oferta de diagnóstico prenatal.

MÉTODOS

El grupo de trabajo interniveles para la implantación del Proceso Embarazo Parto y Puerperio, en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada y su zona de Atención Primaria de referencia, ha consensuado un análisis exhaustivo de las necesidades, circuitos y procesos de actividad, tanto en el aspecto humano, de infraestructura como de metodología. Además, se ha introducido un control exhaustivo de calidad en todos los pasos, para asegurar la tasa de detección de cromosomapatías prevista para nuestra población.

RESULTADOS

1) Creación de una consulta específica de Obstetricia de Cribado de Primer Trimestre, a la que se derivan todas las embarazadas de la zona desde los centros de Atención Primaria. 2) Elaboración consensuada del protocolo clínico específico así como los documentos informativos y consentimientos necesarios para profesionales y embarazadas. 3) Circuito de derivación específico que se difunde entre todos los profesionales que intervienen en la atención de las embarazadas. 4) Introducción de la ecografía de alta resolución para la medición de la translucencia nucal y otros marcadores ecográficos de interés. 5) Cálculo del riesgo fetal en tiempo real, en línea mediante un programa informático acreditado para el cálculo del riesgo. (*Fetal Medicine Foundation y Fetal Test*). 6) Implementación en la consulta del primer trimestre de acceso directo a los resultados de los marcadores séricos a través de la página web del laboratorio del hospital.

CONCLUSIONES

La apertura de la consulta del primer trimestre ha supuesto un logro fruto de la coordinación y del compromiso con la calidad asistencial que queremos prestar a las embarazadas, por parte de los profesionales del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Laboratorio y equipos directivos de nuestro hospital, así como de sus dos distritos de Atención Primaria de referencia.

Contacto: Nuria Pascual-Martínez – nuria.pascual.sspa@juntadeandalucia.es

C-273 MEJORA EN EL PROCESO DEL PERIOPERATORIO D E LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA INFANTIL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA

Autores: Notario R, Rubio P, Viña R, Jiménez F, Ruiz P, Dura MJ.

OBJETIVOS

El proceso quirúrgico de la escoliosis infantil (EI) es complejo y sujeto a mucha variabilidad. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la EI antes y después de la aplicación de una vía clínica (VC) multidisciplinar diseñada tras el análisis del proceso y el consenso de los profesionales.

MÉTODOS

Grupo A: Evaluación retrospectiva de pacientes diagnosticados de EI intervenidos de artrodesis posterior en el periodo 2000-2003 en nuestro centro. Grupo B: Aplicación de la vía clínica a pacientes diagnosticados de EI e intervenidos de artrodesis posterior. Elaboración del cuadro de indicadores de proceso y resultado. Comprobación de la homogeneidad de los grupos A y B (edad, peso, grados de desviación de columna, número de segmentos intervenidos).

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes. En el intraoperatorio se observó un menor número de pacientes que recibieron sangre autóloga en el grupo B (13%) frente al grupo A (70%), para niveles de hemoglobina y hematocrito similares al alta, si bien no se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,07$). En el posoperatorio el 9,3% de los pacientes del grupo B tuvieron dolor de EVA > 4 frente al 22,5% del grupo A ($p < 0,11$). La presencia de náuseas y vómitos en el primer día del posoperatorio aparecieron en el 11,5% de pacientes del grupo B frente a 32,5% del grupo A ($p < 0,04$). La satisfacción del paciente con el tratamiento recibido en el grupo B fue considerada en el 85,7% muy buena, 14,29% buena y 0 regular y mala; en el grupo A fue de 66,67% muy buena, 22,22% como buena, 11,11% regular y 0 mala ($p < 0,04$). Hubo una reducción de la estancia hospitalaria del 64% en el grupo B respecto al A ($p < 0,009$). Se alcanzó un cumplimiento global de la VC en el 72,5% de los pacientes. Los indicadores de calidad se cumplieron todos.

CONCLUSIONES

La implantación de una vía clínica para el tratamiento quirúrgico de la escoliosis infantil ha permitido el acuerdo y colaboración intra e interservicios con una disminución en la variabilidad de la atención perioperatoria de estos pacientes. Esto nos ha permitido una reducción significativa de la estancia hospitalaria y un aumento sustancial en la satisfacción del paciente.

Contacto: Rosa Notario Tomás – notariotomas@adsl.alo.es

C-274 CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN. UN NUEVO RETO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Gallart A, Martínez E, Roig S, Gallardo M, Casas MJ, Paya JM.

INTRODUCCIÓN

En el año 2002 se inició en nuestro centro el Programa de Errores de Medicación basado en la información voluntaria y anónima de éstos. Éste detectó como una de las causas más frecuentes de error la medicación habitual del paciente. Siguiendo con nuestro proyecto de mejora continua se planteó un nuevo objetivo: desarrollar una metodología que nos permitiera conciliar la medicación habitual de nuestros pacientes con el ingreso hospitalario.

OBJETIVO

Los objetivos planteados fueron: realizar un estudio inicial para conocer la tipología de pacientes tributarios de entrar en un futuro protocolo y las dificultades del proceso y elaborar y consensuar un protocolo de actuación. Valorar los recursos necesarios para la puesta en marcha del mismo.

MÉTODOS

En la bibliografía consultada el mayor porcentaje de incidencias relacionadas con la medicación habitual se da en pacientes quirúrgicos, el estudio inicial se limitó e este grupo. Durante los meses de diciembre de 2006 y enero de 2007 se siguieron todos los pacientes ingresados en una planta quirúrgica mediante la revisión de sus historias clínicas y una entrevista con el paciente. Los parámetros analizados fueron: tenía o no alguna medicación habitual en su domicilio, si ésta se había anotado en la historia, si la anotación había sido correcta, si se había enviado la orden médica correspondiente y si el paciente había seguido una pauta de tratamiento correcta durante su ingreso.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 245 pacientes de los que 132 tenían medicación habitual (54%). En 99 casos la medicación se había anotado correctamente en la historia clínica mientras que en 33 (25%) no constaba. Sólo en 9 casos había llegado la orden médica a Farmacia, el 7% de los pacientes. Se ha elaborado un protocolo de actuación conjunto estableciendo un circuito en el que la enfermería anota la medicación y la hora de la última dosis, informa al paciente de que el centro le administrará todo lo que precise de acuerdo con su médico y le retira los fármacos que pueda traer de casa. El médico valida la orden, la cual se envía a Farmacia indicando la fecha en la que debe reiniciar el tratamiento si es preciso. El Servicio de Farmacia verifica la orden y, asimismo, realiza una labor de asesoramiento.

CONCLUSIONES

La conciliación de la medicación es un problema importante en los pacientes quirúrgicos ingresados en nuestros centros y un objetivo de calidad a desarrollar para mejorar la seguridad y una mejor atención a nuestros pacientes.

Contacto: Adela Gallart Gironès – agallart@cmteknon.com

C-275 VÍA CLÍNICA PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA. RESULTADOS DE SU IMPLANTACIÓN

Autores: Gómez M, Hervás MJ, De Benito L, Lillo P.

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas ofrecen las herramientas para disminuir la variabilidad en el manejo de los procesos asistenciales por parte de los profesionales, mejorar la calidad percibida por parte del paciente y familiares y conseguir una disminución de la estancia media hospitalaria.

OBJETIVO

Elaboración, implantación y evaluación de la vía clínica de la hemorragia digestiva alta (HDA), en una Unidad de Corta Estancia. (UCEMI).

MÉTODOS

El diseño de la vía clínica fue realizado por la UCEMI del hospital y la Unidad de Calidad. Mediante la revisión bibliográfica y reuniones entre ambos profesionales se realizaron los documentos que constituyen la vía. La vía clínica consta de los siguientes documentos: Matriz temporal científico-técnica, donde se reflejan las actividades asistenciales y el personal encargadas de ello; Hoja de verificación y tratamiento; Hoja de variaciones de la vía; Encuesta de satisfacción; Pictograma informativo para los pacientes; Indicadores y estándares de evaluación.

RESULTADOS

Grado de cobertura: 88,88% (sobre un total de 18 pacientes). Efectividad de la atención clínica: 100% (ningún suceso adverso). Cumplimiento de los días de estancia: 94%. Grado de cumplimiento de los documentos de la vía: 63%. Estudio de las variaciones: Incidencia acumulada: 16,6%. Evaluación de satisfacción de pacientes: 100%.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los indicadores se alcanzan los estándares marcados a excepción del grado de cumplimiento de los documentos de la vía, que no se llega al 80%, indicador que habrá que mejorar. La implantación de la vía clínica para el paciente con HDA constituye una importante oportunidad de mejora. Con su elaboración se ha definido la secuencia, duración de las actividades y responsabilidad de los profesionales en la atención de estos pacientes. Además, incluye los documentos necesarios para que el paciente conozca en todo momento cómo se desarrollará el proceso asistencial.

Contacto: Mar Gómez Santillana – marg@sescam.org

C-276 MALTRATO INFANTIL: FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN ESTE GRAVE PROBLEMA

Autores: Giménez-Júlvez T, Cisneros-Izquierdo A, Montaño-Remacha C, Marión-Buey J, Ortigas-Bueno MT, Pico-Soler V.

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud y Consumo elaboró una *Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil* (MI) para uso de los profesionales que, tras un programa de formación de formadores, difundiría dicha guía en cada centro sanitario de la comunidad.

OBJETIVOS

Este estudio propone: conocer las experiencias previas sobre maltrato infantil de los profesionales del sistema sanitario, saber si la formación les resulta de ayuda y detectar aspectos mejorables de la misma.

MÉTODOS

Durante el periodo de marzo a mayo de 2007, profesionales sanitarios con un perfil definido recibieron sesiones de difusión de dicha Guía en los 121 centros de salud y servicios de urgencias de 9 hospitales de la comunidad. Las sesiones desarrolladas contenían herramientas de formación e información para ofrecer una atención sanitaria integral y unificar criterios de actuación. Estos profesionales cumplimentaron dos tipos de encuestas: una antes de la sesión, para conocer la experiencia previa y actuación ante casos sospechosos de maltrato, y otra final en la que se pregunta su disposición de abordar el problema tras la sesión y aspectos mejorables de la misma.

RESULTADOS

Se presenta la experiencia previa en MI de dichos profesionales, que incluye la sospecha de indicios de maltrato, la investigación del problema y la estrategia a seguir para recabar más información en caso afirmativo. También se describe cómo se registra la información, la colaboración con otros profesionales y si se produjo el seguimiento de estos pacientes, así como las carencias detectadas en el sistema a la hora de abordar el problema. Se ha investigado, tras la sesión, la disposición para abordar un caso de MI y, en caso negativo, el motivo y sugerencias sobre la sesión realizada y nuevas necesidades formativas en MI.

CONCLUSIÓN

Tras la formación, la mayoría se encuentran en disposición de abordar el problema. Aquellos que no, aluden no sentirse preparados. En cuanto a la formación, sugieren que sería interesante incluir casos prácticos e incidir más en los aspectos legales.

Contacto: Teresa Giménez-Júlvez – tgjulvez@yahoo.es

C-277 ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HOSPITALARIA DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN ADULTOS

Autores: Ribera MV, Mesas A, Vallano A, Planas MD, Oliveras M, Subcomisión del Dolor.

OBJETIVOS
El dolor posoperatorio es muy frecuente en los hospitales. Las guías de práctica clínica pueden ser un instrumento de ayuda para mejorar el manejo y tratamiento del dolor agudo posoperatorio.

MÉTODOS
En el año 2003 se constituyó la Subcomisión del Dolor del Hospital Universitari Vall d'Hebron, dependiente de la Comisión de Farmacoterapéutica, que está formada por médicos y enfermeras de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas y por un farmacéutico hospitalario. Considerando que en nuestro hospital, uno de los mayores hospitales de tercer nivel del país, se precisaba unificar actitudes terapéuticas básicas en el tratamiento del dolor posoperatorio para todos los tipos de cirugía, la Subcomisión del Dolor decidió elaborar una guía del dolor agudo posoperatorio en adultos. Para ello, se revisaron los protocolos de analgesia posoperatoria ya existentes en el hospital, se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica en diversas bases de datos de documentación médica (*PubMed, National Guideline Clearinghouse, Cochrane Library*) y en Internet (Google). Se realizaron 35 reuniones para elaborar la guía basándose en la evidencia y adaptada al contexto del hospital, con las aportaciones y el consenso de todos los participantes del grupo multidisciplinar.

RESULTADOS
El documento contiene 10 recomendaciones generales, con la especificación de los niveles de evidencia de la escala utilizada (adaptada del SIGN). Aporta también 1 algoritmo general de decisión. Se establecieron 5 indicadores de seguimiento de la guía para evaluar la adherencia a las recomendaciones y el impacto de la guía en el proceso asistencial. Se recogió información de una muestra de 308 pacientes posoperados para conocer la situación basal antes de la implementación de la guía. Actualmente se está desarrollando el proceso de presentación y diseminación de la guía a los servicios quirúrgicos.

CONCLUSIONES
La elaboración de la guía ha sido un esfuerzo muy importante de todos los profesionales implicados, pero ha permitido crear un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales motivados y ha sido una experiencia muy positiva. En un futuro se deberá evaluar el impacto de la guía en el manejo y tratamiento del dolor posoperatorio de nuestro hospital.

Contacto: Maria Victoria Ribera Canudas – mvribera@vhebron.net

C-278 ¿ES ÚTIL LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA? RESULTADOS TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN

Autores: Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Lirón-Ruiz R, Torralba-Martínez JA, Flores-Pastor B, Aguayo-Albasini JL.

OBJETIVOS
La vía clínica para el tratamiento laparoscópico de la obesidad mórbida fue implantada en nuestro servicio en septiembre de 2005. El objetivo de este estudio es evaluarla tras un año desde su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS
En el estudio se han incluido 70 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y tratados según la vía clínica. Se ha estudiado el grado de cumplimiento, indicadores clínicos y de efectividad, impacto económico y encuesta de satisfacción de los pacientes. Los resultados se han comparado con una serie de 49 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica un año antes de la implantación de la vía. Además, se analiza el coste por proceso antes y después de la implantación de la vía.

RESULTADOS
La estancia media para el grupo previa clínica fue de 7,95 días, y el coste por proceso antes de la implantación de la vía clínica fue de 5.270,37 (± 2.251,19) euros. En el grupo vía clínica la estancia media fue de 5,1 días. El grado de cumplimiento de la vía fue del 71,4%. Las razones más frecuentes de no cumplimiento fueron por causas dependientes del paciente. El coste por proceso en los pacientes de vía clínica fue de 4.532 (± 1.753) euros. Fueron estadísticamente significativas las diferencias en cuanto a estancia y costes entre los dos grupos.

CONCLUSIÓN
La vía clínica de la obesidad mórbida reduce tanto la variabilidad en los cuidados por parte de los profesionales como los costes hospitalarios, lo que justifica el trabajo invertido en su desarrollo.

Contacto: Álvaro Campillo-Soto – alvaroalcubo@yahoo.es

C-279 PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Bara-Oliván B, Baronet-Jordana G, Marcos-Pascua P, Prats-Riera M, Sanmartín-Suñe M.

OBJETIVO
Descripción y resultados de un programa piloto que incluye un proceso de conciliación de la medicación en los pacientes con medicación propia y una validación farmacéutica de dichos fármacos.

METODOLOGÍA
El programa se pone en marcha en un hospital general de 279 camas en un periodo que comprende desde enero hasta marzo de 2007. Se incluyeron todos los pacientes en los que el médico prescribió medicación, indicando que era aportada por el paciente. Para cada paciente el farmacéutico acudía a la unidad de hospitalización con un doble objetivo: 1) Validar la medicación aportada por el paciente: comprobar que se correspondía con el fármaco y la dosis prescrita, comprobar su integridad (fecha de caducidad, envase original) y su correcta identificación. 2) Proceso de conciliación: entrevistar al paciente (o cuidador o familiar) con el fin de elaborar un listado completo de su medicación domiciliaria habitual. Este listado se comparaba con la medicación prescrita y se analizaban las posibles discrepancias. Cuando se encontraba una discrepancia no justificada se contactaba con el médico responsable (intervención farmacéutica).

RESULTADOS
Se incluyeron en el programa 37 pacientes. En el proceso de validación de la medicación se encontró un fármaco caducado y dos pacientes que traían la medicación fuera de sus envases originales lo que imposibilitaba su correcta identificación por el personal sanitario. En el proceso de conciliación de la medicación se encontraron discrepancias no justificadas en 15 de los 37 pacientes que generaron 15 intervenciones del Servicio de Farmacia. Entre las discrepancias encontradas la más habitual era la no prescripción de una medicación habitual del paciente (7 casos), en otros 8 casos se encontró una discrepancia en la dosis o frecuencia. Se detectó un problema relacionado con la medicación como consecuencia de un error en la conciliación de la medicación (una hipoglucemia por una discrepancia en la dosis prescrita de un hipoglucemiante).

CONCLUSIONES
La validación de la medicación aportada por el paciente y, especialmente, el proceso de conciliación de la medicación se evidencian como herramientas muy útiles e imprescindibles para mejorar la calidad del proceso de uso de la medicación y así la seguridad del paciente.

Contacto: Begoña Bara-Oliván – bbara@hgc.es – lac@capiosanidad.es

Mesa 33

GESTIÓN POR PROCESOS 4

C-280 – C-288

C-280 EVALUACIÓN DEL ABSENTISMO EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Autores: Montilla CA, Méndez D, Miramontes P, Maillo A, Ceballos C, Del Pino J.

INTRODUCCIÓN

Son pocas las referencias obtenidas de los índices de absentismo en las consultas de Atención Especializada. En estudios previos se han situado hasta en un 12%, ello supone para el médico especialista una pérdida de tiempo, una sobrecarga del trabajo del servicio de citaciones y una repercusión negativa en las listas de espera. A pesar de estas consecuencias pocos son los estudios que reflejen las causas de este absentismo.

OBJETIVOS

Estudiar la tasa de absentismo en la consulta de Reumatología del Hospital Clínico de Salamanca y las causas que lo propiciaron.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analizó el absentismo ocurrido en las consultas de Reumatología del Hospital Clínico de Salamanca durante el mes de marzo de 2007. A los pacientes que no acudieron a la cita se les realizó una encuesta telefónica en los primeros días del mes de abril. La encuesta constaba de variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas (tipo de enfermedad, el estado de salud), administrativas (la hora de citación) y una serie de ítems relacionados con el motivo de su ausencia.

RESULTADOS

Durante este periodo de tiempo se citaron en las consultas 711 pacientes, de los cuales 37 (5,20%) no acudieron. El 53% eran hombres. La edad media fue de 55,21 años. Las enfermedades más frecuentes que presentaron estos pacientes fueron artritis reumatoide y artrosis. El 12,5% estaba citado antes de las 10 de la mañana. El 69,1% de estos pacientes pertenecía al medio rural. De los 37 pacientes, solo el 53,3% contestaron a la encuesta, de éstos el 50% eran hombres. La edad media era de 59,56 años. El motivo principal de la ausencia fue: problemas con la recepción de la cita (60%), el buen estado de salud (13,6%) y la incapacidad de desplazarse por la incapacidad derivada de su enfermedad reumática (13,6%).

CONCLUSIONES

Los niveles de absentismo fueron inferiores a los encontrados en otros estudios. Sin embargo, dadas las importantes repercusiones que sobre el normal funcionamiento de unas consultas habitualmente saturadas, se hace importante la aplicación de acciones de mejora como la citación personalizada.

Contacto: Carlos A Montilla Morales – top7777@mixmail.com

C-281 ¿QUÉ HACE UN SERVICIO DE FARMACIA CON LAS ALERTAS QUE RECIBE?

Autores: Medina-Bustillo B, Taravilla-Cerdán B, Pardo-López Fando S.

OBJETIVOS

Describir las actividades relacionadas con las alertas farmacéuticas (AF) emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios en un área de salud de la Comunidad de Madrid (CM).

MÉTODOS

Las AF pueden ser de calidad o de seguridad, tanto de medicamentos de uso humano como de productos sanitarios (PS) y cosméticos. 1) Alertas de calidad: Si afecta a lote/s de especialidades farmacéuticas (EF) incluidos en los botiquines de urgencia de los centros de salud, se comprueba si se encuentran en el almacén central de medicación y se procede a su retirada; se envía un correo electrónico dirigido a todos los responsables de botiquines y, si se dispone de algún envase del/los lote/s afectado/s, se centralizan en el almacén central de medicación y se informa al laboratorio correspondiente para que proceda a su retirada. Si afecta a productos sanitarios (PS) y/o cosméticos, se envía un correo electrónico al Jefe de Servicio de Compras y Servicios del Área para confirmar si se dispone de él, en caso afirmativo se procede como en las alertas de EF. 2) Alertas de seguridad: el Servicio de Farmacia (SF) valora inicialmente la pertinencia de su difusión, se envía por correo electrónico, por correo ordinario y/o fax al Director del EAP para entregar al responsable de Uso Racional del Medicamento y que éste la difunda entre los profesionales del EAP. Si se considera de interés, se cuelga también en el apartado "Última Hora" de la Intranet del área, donde estará disponible por un período aproximado de un mes. Transcurrido este período, la información se almacena en el apartado de "Alertas" de la carpeta "Farmacia" de la Intranet del área donde sigue estando disponible para su consulta. En los casos en los que la información sea de especial relevancia, se envía mediante fax a los Directores de los EAP para su difusión a todos los profesionales sanitarios implicados.

RESULTADOS

Todas estas actividades se detallan en un Protocolo Normalizado de Trabajo para la difusión de las AF a los profesionales del área como objetivo pactado en el año 2007 con la Dirección General de Farmacia de la CM. Ha sido elaborado por el SF y aprobado por la Comisión de Dirección de la GAP.

CONCLUSIONES

Protocolizar las actividades relacionadas con la difusión de AF es fundamental para asegurar que la información sobre calidad y seguridad de EF y PS y cosméticos llega puntualmente a todos los profesionales sanitarios del área.

Contacto: Belén Taravilla-Cerdán – btaravillac@sefap.org

C-282 COMPARACIÓN DE LAS TASAS DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN TRES SISTEMAS DIFERENTES DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autores: Jiménez-Muñoz AB, Muiño-Mínguez A, Durán-García ME, Vigil-Escribano MD, Sanjurjo M, Rodríguez-Pérez MP.

OBJETIVOS

Estimar las tasas de prevalencia de errores de medicación (EM) en prescripción, transcripción y administración de fármacos y sus repercusiones clínicas. Comparar las tasas de errores y las repercusiones clínicas entre tres sistemas de dispensación: Prescripción manual con transcripción de enfermería; Sistema de dispensación de medicamentos con dosis unitaria, con prescripción validada por farmacia y transcripción de enfermería; y Prescripción electrónica con dispensación mediante armarios automatizados y sin transcripción.

MÉTODOS

1) Diseño del estudio: Transversal descriptivo con componentes analíticos. 2) Recogida y análisis de datos: Se consideró EM toda alteración del proceso. Se recogieron los EM en una hoja *ad hoc* durante los meses de septiembre a diciembre de 2006, como una muestra representativa en todo el hospital. Se realizó observación directa disfrazada de administración en planta, posteriormente se cotejó con la transcripción y con las ordenes de prescripción. La clasificación de los errores (según clasificación del Grupo Ruiz-Jarabo 2000) y el análisis de las repercusiones clínicas (según el *National Coordinating Council for medication error reporting and prevention*) se hizo por consenso de expertos. Posteriormente, se compararán los porcentajes de errores entre los tres sistemas de dispensación de medicamentos, utilizando el test de chi cuadrado.

RESULTADOS

Se estudiaron 757 pacientes, media de fármacos prescritos 7,2 (DS 3,59), IC 95%: 7,1 - 7,6 (total 5.474 fármacos), y se observaron la administración de 1.841 dosis. La tasa de prevalencia global de errores en prescripción fue de 4,6% IC 95% (4,1 - 5,2), en transcripción fue de 15,4% IC 95% (14,4 - 16,4) y en administración de 8,7% IC 95% (7,4 - 10,1). La tasa global de errores fue significativamente mayor en el sistema de prescripción manual en comparación con los otros dos sistemas. Además las repercusiones también fueron mayores. En el sistema tradicional: El error más frecuente fue "Error en la forma de prescribir", seguido de "No reconfirmación de la medicación". En la unidosis y en la prescripción electrónica: Los EM más frecuentes fueron "Fármacos para el que no hay indicación", "No reconfirmación de la medicación" y "Periodicidad errónea".

CONCLUSIONES

1) Los EM son más frecuentes en la prescripción y los de mayor repercusión clínica en la administración. 2) La mayoría de los EM no alcanzan al paciente, ya que son detectados antes de producir el daño. 3) Cuanto mayor es la informatización del proceso menor es la probabilidad de producirse errores.

Contacto: M Paz Rodríguez-Pérez – prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

C-283 IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE MEJORA EN EL DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL HOSPITAL LA FUENFRÍA

Autores: Garrido M, González P, Pascual L, Muñoz P, López R, Luis M.

OBJETIVO

Presentar el modelo participativo seleccionado por el Hospital para desplegar el sistema de gestión de calidad en un hospital de media y larga estancia.

MÉTODO

Se impartieron cursos de formación sobre calidad y trabajo en equipo; se informó a las comisiones clínicas, sindicatos y a título individual a médicos, supervisoras y mandos intermedios de la Dirección de Gestión. Se realizó una encuesta de clima laboral. Se solicitaron voluntarios para constituir los grupos y se incluyó a todos. La Dirección, excepto la Gerencia, que preside el grupo de aprobación, ha participado activamente liderando los grupos. Se ha contratado a un consultor que ha participado en las reuniones de los grupos. Se programaron reuniones cada quince días (vocación de permanencia, por 4 años) en lo que corresponde al proceso global de certificación planteado (ISO). Durante un año de cada dos, los grupos realizarán una autoevaluación (EFQM) y serán los responsables, por delegación de la Gerencia, del diseño de los planes de acción consecuencia de la identificación de las áreas de mejora.

RESULTADOS

Los grupos iniciaron su actividad en septiembre de 2006 y realizaron el proceso de autoevaluación, de esta manera el Hospital cumplió con el compromiso pactado con la Autoridad Sanitaria. De las tres áreas de mejora identificadas más relevantes, el grupo de aprobación, concretó tres planes de acción que se implantarán en 2007. Desde diciembre de 2006 hasta abril de 2007, los grupos trabajaron en la primera fase del proceso de certificación ISO, y el 25 de mayo el Hospital alcanzó la certificación en lo que corresponde a los procesos de gestión de admisiones, mantenimiento de equipos, telemedicina y gestión de imágenes radiológicas digitales.

CONCLUSIONES

En el lanzamiento y consolidación del proyecto, la implicación de los voluntarios en los grupos, así como de la Dirección, resultó determinante para iniciar el proceso de institucionalización del sistema de gestión de calidad en la actividad ordinaria del Hospital; asimismo para alcanzar los objetivos en el primer año de despliegue del sistema: La realización de una autoevaluación y abordaje del primer proceso de certificación. El mantenimiento de su actividad a medio y largo plazo integrará la gestión de calidad en la actividad ordinaria del Hospital y, por tanto, se avanzará significativamente en la profundización del cambio cultural que significa la gestión del plan estratégico del Hospital bajo el enfoque de mejora continua.

Contacto: Modoaldo Garrido Martín – gerent.hlff@salud.madrid.org

C-284 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD BASADO EN EL MODELO EFQM EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN

Autores: Balugo SM, Romero M, Huete O, García M, Vaquerizo C, Velayos C.

INTRODUCCIÓN

La calidad se considera hoy en día un componente esencial en la asistencia sanitaria. El objetivo de las organizaciones sanitarias es la calidad total. Nuestro servicio, partícipe de este objetivo, se ha propuesto crear un Programa de Calidad para enlazar nuestra labor asistencial diaria con la mejora continua.

OBJETIVOS

1) Introducir un Programa de Calidad en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos siguiendo el modelo EFQM. 2) Definir y adaptar a nuestro medio uno de los criterios del modelo EFQM. 3) Buscar áreas de mejora en el criterio definido e implantar medidas para su desarrollo.

MÉTODOS

Se creó el Grupo de Calidad de la Unidad constituido por 3 médicos, 8 enfermeros y 2 auxiliares de enfermería, liderado por el Jefe de Servicio y la Supervisora de Enfermería. La mayoría de los miembros del Grupo recibieron formación en el modelo EFQM y en la Gestión por Procesos, en cursos realizados en el hospital y fuera del mismo. Constituido el grupo de trabajo se hicieron reuniones periódicas y, tras la puesta en común y discusión de los nueve criterios del EFQM, se decidió desarrollar y adaptar a nuestra unidad el criterio 3 "personas" como punto de partida. Con la formación recibida y la revisión de la experiencia de otros hospitales se consensuó la redacción del criterio y los cinco subcriterios. Tras el análisis de los mismos, se decidieron las áreas de mejora sobre las que se debería trabajar.

RESULTADOS

Se definió y adaptó a nuestro lugar de trabajo el criterio 3 y sus 5 subcriterios con una redacción asumible por todos los trabajadores de la Unidad. Tras su análisis se desarrollaron o están en desarrollo las siguientes áreas de mejora: el mapa de competencias de los tres estamentos de la Unidad (implantado), un plan de acogida para auxiliares de enfermería de nueva incorporación (implantándose), conocer las necesidades de formación y desarrollar el Plan de Formación (implantándose), favorecer el diálogo y las reuniones de Servicio (implantado), facilitar y mejorar las condiciones de trabajo y la atención a las personas (en evaluación).

CONCLUSIONES

La creación de un Programa de Calidad en nuestra Unidad ha supuesto fomentar la cultura de la calidad entre todos los miembros del equipo, encontrar áreas concretas de mejora y desarrollar acciones encaminadas a mejorar la satisfacción de las personas y buscar la excelencia.

Contacto: Silvia M Balugo Huertas – sbalugo.hflr@salud.madrid.org

C-285 EL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN BASADA EN PROCESOS. EL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Autores: Salvador A, Pérez LI, Pujol D, Nicolas I, Alonso T, Llaberia N.

OBJETIVO

El objeto de nuestra comunicación es dar a conocer el proyecto de implantación de la Gestión basada en Procesos (GBP) en los cuatro procesos clave del Hospital: Atención Quirúrgica, Urgente, Ambulatoria y Hospitalaria, exponiendo las mejoras que estamos logrando con la descripción del Proceso de Atención Quirúrgica.

MÉTODOS

El proyecto se inició con el Subproceso de la Actividad Quirúrgica en la nueva Unidad de Cirugía Sin Ingreso, cuya implantación finalizó con éxito en octubre de 2006, momento a partir del cual se empezó a trabajar en la descripción del proceso global de Atención Quirúrgica. Ahora, después de un año de trabajo y más de 100 reuniones con los distintos actores involucrados (Servicios Quirúrgicos y Médicos, Servicio de Anestesia, Enfermería, Servicios de Soporte Asistencial, personal administrativo, etc.), la fase de definición de la Atención Quirúrgica ha finalizado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se tiene todo el proceso diagramado y uniformizado, des de la indicación quirúrgica hasta el alta de las diferentes Unidades Quirúrgicas, con los indicadores necesarios para monitorizarlo, los propietarios de cada proceso y subproceso y con una aplicación para reportar y gestionar sus incidencias. Además, aunque el objetivo de la GBP no es el de realizar una reingeniería completa sino favorecer la mejora continua, se está trabajando en más de 50 acciones de mejora, que implicarán beneficios importantes en la calidad asistencial y repercutirán directamente sobre la satisfacción de nuestros pacientes, entre las que destacamos: 1) Comunicar al paciente la fecha de intervención y de las pruebas preoperatorias el día de la indicación quirúrgica. 2) Centralizar la admisión de todos los pacientes quirúrgicos, independientemente de la Unidad donde se realice la cirugía (Unidad de Cirugía Sin Ingreso, de Quirófanos Centrales o de Cirugía de Consultorios). 3) Crear para cada servicio un catálogo de diagnósticos y procedimientos, relacionándolos entre sí, predeterminando para cada uno de ellos los servicios que se requerirán para el día de la intervención, los tiempos quirúrgicos, etc. 4) Definir para cada servicio los protocolos médicos de sus procedimientos, recogiendo entre otros: criterios de inclusión, criterios de exclusión del mismo día de la intervención, medicación preanestèsica, controles poscirugía, criterios de alta, etc. 5) Implantar una nueva aplicación informática que dé cobertura y se adapte al proceso tal y como ha sido definido, y que permita conocer en todo momento la situación del paciente dentro del proceso.

Contacto: Àngels Salvador Vergés – angels.salvador@clinicaplato.com

C-286 LA AUTOEVALUACIÓN EFQM: UNA HERRAMIENTA SENCILLA PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Mujika-Orellana M, Larrañaga-Garitano J, Ormaetxea-Legarreta M, Garmendia-Gómez J.

OBJETIVO

Con el objetivo de acercar el modelo EFQM a los profesionales de a pie, y tomando como referencia la herramienta *Evalexpress*, desarrollada en 2004 por la Subdirección de Calidad de Osakidetza, desde la Comarca de Bilbao (BiE) nos planteamos en 2005 la necesidad de desarrollar una herramienta de autoevaluación que tuviera las siguientes características: 1) Lenguaje completamente adaptado a la realidad de las Unidades de Atención Primaria (UAP) 2) Centrada en aquellos aspectos gestionables por los profesionales de la UAP. 3) Utilización y explotación sencilla. Decidimos no mantener el enfoque REDER, ya que los ciclos de evaluación y revisión los integramos en la sistematización de la autoevaluación como fuente de información anual para el Plan de Gestión (PG), y evaluar solamente los criterios agentes (lo que se hace), que es realmente donde los profesionales ven el impacto en el día a día.

MÉTODOS

El proceso de autoevaluación consta de tres fases: 1) Presentación a la UAP. 2) Realización de la autoevaluación: cada uno de los participantes evalúa de manera individual cada una de las preguntas, poniéndose más tarde en común las respuestas. 3) Priorización de áreas de mejora (AM) y puntos fuertes: el técnico de organización realiza un análisis de afinidad entre las AM identificadas, realizando una propuesta de síntesis con el objetivo de que los profesionales que han participado en la autoevaluación las prioricen en una sesión de 45 minutos utilizando una matriz de criterios. Esta síntesis se realiza siguiendo "criterios horizontales", que permiten acercar aún más las conclusiones a los profesionales. 4) Integración de las AM priorizadas en el PG del Centro. El total de horas invertidas de manera presencial no llega a 6 y los profesionales se limitan a marcar su percepción en las diferentes opciones (la herramienta hace el cálculo de manera automática, al ser un soporte Excel). Uno de los requisitos esenciales es la participación de los responsables de la UAP, una representación de los 3 estamentos de profesionales y que estén presentes miembros de los turnos de mañana y tarde, para poder disponer de esta manera de una visión más completa de la realidad de la UAP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras realizar la experiencia en varias UAP, la herramienta se encuentra en estos momentos en su décima versión, y el grado de satisfacción de los profesionales que han participado es muy alto. En 2007 son ya más de 10 UAP las que utilizan esta herramienta en BiE, siendo pioneros en Atención Primaria a nivel del Estado.

Contacto: Mikel Mujika-Orellana – mikel.mujikaorellana@osakidetza.net

C-287 IMPLANTACIÓN DEL PROCESO "EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN" EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

Autores: Martín-Rodríguez MD, Iglesias-Vázquez JA, Munín-Sánchez MA, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD, Cegarra-García M.

OBJETIVO

La formación es un proceso clave en nuestra organización. La misión del proceso de evaluación de la formación es: sistematizar la evaluación de las actividades formativas, para conocer el grado en que la formación ha dado respuesta a las necesidades de la organización, y su traducción en términos de impacto, es decir, los sistemas de información han de orientar a la toma de decisiones que conduzcan a la introducción de mejoras en la formación. Los objetivos cubren tres vertientes: Una función pedagógica, consistente en verificar el proceso de consecución de los objetivos para mejorar la propia formación. Una función social, de certificar la adquisición de unos aprendizajes por parte de los participantes. Una función económica, centrada en identificar beneficios y la rentabilidad que la formación genera en la organización.

MÉTODO

Medición de la asistencia mediante registro diario de participación. Medición del nivel de satisfacción de alumnos, profesores y coordinadores docentes. Evaluación del nivel de aprendizaje de conocimientos. Evaluación del nivel de aprendizaje de destrezas y habilidades. Evaluación del nivel de aplicación de lo aprendido. Elaboración de informe de evaluación de la actividad o programa formativo. Propuestas de acciones de mejora.

RESULTADOS

Año 2006: cursos impartidos: 41. Cursos con formularios de asistencia documentados: 95,12%. Encuestas de satisfacción explotadas: 98,24%. Acciones formativas con incidencias no conformidades: 0. Índice de realización de encuestas de aplicación de conocimientos/habilidades: enviados el 100%, recibidos con respuesta: 0. Acciones formativas con informe general de evaluación: 61,76%. Se alcanzaron todos los objetivos excepto el de evaluación del nivel de aplicación de lo aprendido ya que los superiores jerárquicos de las personas evaluadas no han devuelto las encuestas cumplimentadas. Este incumplimiento y la disponibilidad de un administrativo menos en docencia son las causas de que no se hayan podido completar los informes generales de evaluación de casi el 40% de las acciones formativas.

CONCLUSIONES

Normalizar un proceso de evaluación de la formación en una organización sanitaria permite detectar los defectos de las acciones formativas llevadas a cabo, evaluar el rendimiento de la inversión efectuada y tomar decisiones para optimizar la calidad de la formación futura. Es necesario implicar a los mandos para que participen en la evaluación del impacto como herramienta para analizar la rentabilidad del plan de formación y su alineación con la estrategia.

Contacto: M Dolores Martín-Rodríguez – lola.martin.rodriguez@sergas.es

C-288 IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL: 2005-2006

Autores: Pérez García B, Domínguez Tristanco D, Puerto Barrio A, Muñoz Godoy E, Gómez de Tejada Moreno E, González Manero A.

OBJETIVOS

Calcular el total de procesos y días consumidos durante el periodo 2005-2006 y comparar por periodo diferenciando por entidad aseguradora INSS (Instituto nacional de la Seguridad Social) y MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajos y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social). Medir el peso que tienen los procesos de incapacidad temporal, por trastornos mentales, sobre el total de procesos, diferenciando por periodo de estudio y entidad aseguradora (INSS y MATEPSS).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo. Ámbito: una comunidad autónoma, en la que se estudiaron, el total de partes de incapacidad temporal emitidos por los médicos de AP de todos los procesos, previamente codificados, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2005 y en el mismo periodo de 2006. Variables: fecha de alta, fecha de baja, días consumidos, CIE9 –diagnóstico, CIAS– facultativo emisor del parte, aseguradora emisora del parte.

RESULTADOS

Durante el año 2005, se formularon en el ámbito de estudio un total de 81.447 procesos, con un consumo en días de 4.213.372, de los cuales 45.078 (55%) han sido emitidos por el INSS y 36.369 (45%) por MATEPSS. Se emitieron 4.959 (6%) procesos relacionados con salud mental, que supusieron un total de 556.433 (13,2%) días de incapacidad laboral en el ámbito de estudio, de los cuales 3.028 (61%) fueron emitidos por el INSS y 1931 (39%) por MATEPSS. Durante el año 2006, se formularon en el ámbito de estudio un total de 79.125 procesos, con un consumo en días de 3.770.844, de los cuales 45.457 (57%) han sido emitidos por el INSS y 33.668 (43%) por MATEPSS. Se emitieron 5.294 (7%) procesos relacionados con salud mental que supusieron un total de 484.385 (12,8%) días de incapacidad laboral en el ámbito de estudio, de los cuales 3.378 (64%) fueron emitidos por el INSS y 1.916 (36%) por MATEPSS.

CONCLUSIONES

En la totalidad del ámbito de estudio han disminuido el número de procesos y días consumidos, de 2006 con respecto al 2005, en 2.322 (2,85%) y 442.528 (10,50%), respectivamente. Por el contrario, los procesos relacionados con la salud mental se han incremento en 335 (6,76%) durante el periodo 2006 y, sin embargo, se ha disminuido 72.048 (12,95%) los días de incapacidad por dichos procesos, lo que se traduce en una disminución de la duración media de esos procesos con respecto al año anterior. Se observa escasa variación en el comportamiento de las entidades aseguradoras (INSS y MATEPSS) a lo largo del periodo de estudio.

Contacto: Blanca Pérez-García – blanca.perez@ses.juntaex.es

Mesa 34

VOZ DEL PACIENTE 3

C-289 – C-298

C-289 CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR PACIENTES INTERVENIDOS DE CATARATAS

Autores: Duro-Ruiz A, Franco-Guerrero AB.

INTRODUCCIÓN

La calidad debe ser entendida como una dualidad, la prestada y la percibida. Ambas se ven en constante enfrentamiento que ha de ser valorado como un indicativo del servicio prestado. La comparación de las expectativas del paciente al entrar en quirófano frente a su satisfacción final y la calidad real que ofrece el servicio puede tomarse como referencia de calidad asistencial.

OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de cataratas, identificar los factores determinantes de dicha satisfacción y valorar si la información que aporta enfermería actúa como determinante de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en pacientes sometidos a cirugía de cataratas en un hospital del área 8, durante el mes de mayo de 2007. Se utilizó en el posoperatorio inmediato el cuestionario SERVQHOS modificado, formado por tres partes: una primera parte con ítem con escala tipo Likert (de 1 a 5) según el grado de satisfacción, la segunda parte es una encuesta con respuestas dicotómicas (Si/No) y la tercera con datos demográficos y de opinión del paciente. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

De los 160 pacientes incluidos en el estudio, respondieron 121 (75,63%). La edad media de los pacientes fue 73,58 ± 8,2 años, el 44,6% eran hombres y el 50,4% mujeres. La satisfacción global percibida por el paciente es "mejor" y "mucho mejor de lo que esperaban" en un 69,6%, con una media de 4,13. El 98,3% recomendaría nuestra unidad quirúrgica, y los atributos más satisfactorios son "la amabilidad con la que ha sido tratado" (4,43), "el trato y la atención recibidos" (4,27) y "la información proporcionada por la enfermera" (4,24). El Alpha de Cronbach es de 0,962. Para el análisis de la información que aporta la enfermera de quirófano frente a la satisfacción percibida por el paciente se empleó el estadístico descriptivo chi cuadrado para tablas de contingencia y se obtuvo una p = 0,142.

CONCLUSIONES

La calidad final percibida por los pacientes intervenidos de cataratas supera las expectativas iniciales antes de entrar en quirófano, por lo que se puede concluir que el nivel asistencial prestado por el bloque quirúrgico es mejor de lo esperado. Por otro lado, la cantidad de información aportada al paciente no es determinante de mayor satisfacción.

Contacto: Almudena Duro-Ruiz – almuduro@hotmail.com

C-290 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Autores: Lorenzo S, García Sánchez J, Galbán C, Hernández P, Ortigueira JA, González-Álvarez JM.

ANTECEDENTES

Cada vez más las intervenciones quirúrgicas en nuestro medio se realizan mediante técnicas que permiten al paciente regresar a su domicilio el mismo día de la intervención, lo que supone una alternativa a la cirugía tradicional con hospitalización. Por lo tanto, es imperativo determinar 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 intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid con un área de referencia de 255.000 habitantes en el área quirúrgica general. Periodo de estudio: 2 semanas de marzo de 2007. Sujetos: Todas los pacientes intervenidos mediante CMA. Tipo de estudio: Estudio transversal que utiliza encuesta anónima. Análisis: descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se enviaron 471 encuestas y se recibieron 147 (31,2%). Análisis de fiabilidad y validez: Alpha de Cronbach (0,948). Edad media: 55,47 años; 44,4% varones. 55,6 % mujeres. La media de la satisfacción global fue de 3,84 (desviación típica: 0,940). Las medias de los atributos valorados por los pacientes fueron las siguientes: trato (4,20), amabilidad (4,13), resultado (3,99), enfermería (3,89), preparación (3,86), aspecto (3,84), información de médicos (3,82), información a familiares (3,75), disposición (3,75), apoyo posoperatorio (3,52) y consultas posoperatorias (3,49). Se realizó análisis factorial en donde se agruparon en tres factores las variables que determinan la satisfacción de los pacientes con el servicio de cirugía mayor ambulatoria. Factor 1: apoyo posoperatorio, consultas posoperatorias e información a familiares; Factor 2: amabilidad, trato, resultado, aspecto, información de médicos; Factor 3: enfermería, disposición y preparación.

CONCLUSIONES

Mediante análisis de regresión determinamos que en la actualidad los tres factores son significativos en la satisfacción global de los pacientes; los factores 2 (39%) y 3 (33%) son los que más influyen.

Contacto: Susana Lorenzo Martínez – slorenzo@fhalcorcon.es

C-291 ATRIBUTOS ASOCIADOS A LA CALIDAD PERCIBIDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN CENTROS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN FREMAP

Autores: Del Baño-Aledo ME, Medina-Mirapeix F, Meseguer-Henarejos AB, Montilla-Herrador J, Valera-Garrido JF, Escolar-Reina P.

OBJETIVO

Explorar la percepción de los usuarios de los centros de Prevención y Rehabilitación de FREMAP con relación a atributos relevantes en la calidad percibida durante la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizan 9 grupos focales con usuarios mayores de 18 años que han pasado por un periodo de hospitalización tras intervención quirúrgica en los hospitales FREMAP de Majadahonda, Sevilla y Barcelona y que reciben fisioterapia ambulatoria en el mismo hospital en el momento del grupo focal. Los grupos se estratificaron de acuerdo a criterios de homogeneidad y heterogeneidad. De estos 9 grupos, 4 son de mujeres y 5 de hombres. Se registran y transcriben las entrevistas grupales y se analizan con el programa de análisis cualitativo MAXqda v.2.

RESULTADOS

Se identifican 14 dimensiones agrupadas en 5 grandes temas o áreas: comportamiento de los profesionales, entorno físico, organización, nutrición y resultados. Dentro del área de comportamiento de los profesionales se contemplan las siguientes dimensiones: competencia técnica, información, tiempo de respuesta, trato y trato discriminatorio. En el área de entorno físico preocupan las condiciones ambientales y el estado de las instalaciones y equipos, en la organización, el cumplimiento de las normas y que exista un número de profesionales adecuado al número de usuarios. Sobre la alimentación, interesa la adecuación del horario de comida, que exista una alimentación equilibrada y se ofrezca una dieta individualizada en casos especiales. En el área de los resultados, interesa la ausencia de efectos adversos y la percepción de resultados clínicos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la percepción de los pacientes, la calidad percibida durante la fase de hospitalización depende de múltiples atributos relacionados con el comportamiento de los profesionales, entorno físico, organización, nutrición y resultados.

Comunicación posible gracias al proyecto PI060836 financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Contacto: María Elena del Baño Aledo – mbano@pdi.ucam.edu

C-292 EXPERIENCIA DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA ÚNICA DE PUERTOLLANO

Autores: Ruiz C, Prado MG, Carrasco A, García-Moreno I, Almodóvar S, Germán E.

INTRODUCCIÓN

Con el inicio de la Gerencia de Área, se produce una profunda reforma en el Servicio de Atención al Usuario (SAU), donde se sitúa la unidad de Trabajo Social. El SAU es único para toda el Área de Salud (Primaria y Hospital) y en un 85% su actividad es programada (proactiva), además de la individualizada o a demanda. En este Servicio se incluye la Unidad de Trabajo Social.

OBJETIVOS

1) Establecer vías de comunicación entre los distintos trabajadores sociales del Área de modo sistematizado para garantizar la continuidad del proceso. 2) Definir la actividad de visitas programadas: pacientes hospitalizados: mayores de 65 años, pacientes de riesgo social menores de 65 años, infancia de riesgo social. 3) Integrar la actividad de Trabajo Social a las Unidades de Paliativos y Salud Mental en el Área.

METODOLOGÍA

Para ello trabajamos con metodología EFQM, aplicando lógica REDER para la gestión del SAU dentro de un modelo de calidad total.

RESULTADOS

Se visitó al 74,87% de los ingresados, al 83,04% de los mayores de 65 años, al 61,92% de las cirugías programadas, al 100% de los pacientes de la UCI y al 100% de partos y cesáreas. Se hizo la valoración de menores con riesgo social en 20 casos; para su detección se visitaron al 100% de los ingresos de Pediatría. Se valoró la conducta de riesgo social en adultos menores de 65 años, en 26 casos detectados a partir de las visitas.

CONCLUSIONES

La actitud proactiva de un Servicio de Atención al Usuario permite la detección de problemas que de otra forma pasarían desapercibidos, de manera que permite una actuación precoz en coordinación con otras instituciones. La metodología EFQM nos permite detectar las acciones de mejora necesaria para mantener nuestro servicio dentro de un ciclo de mejora continua de la calidad. Se detectan precozmente situaciones de riesgo social, de forma que se puede actuar para que al alta de estos pacientes se hayan puesto en marcha los mecanismos oportunos para solucionar estas situaciones.

Contacto: Juan Sanz Cortés – jsanzc@sescam.jccm.es

C-293 EVOLUCIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA EN EL AÑO 2006

Autores: Prado MG, García-Moreno I, Almodovar S, Ruiz C, Germán E, Sanz-Cortés J.

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción de los usuarios de nuestro hospital y comprobar si los cambios organizativos llevados a cabo recientemente han tenido influencia en la percepción que nuestros clientes tienen de la organización.

MÉTODOS

Encuesta entregada a los pacientes al alta y que podían enviar por correo o depositar en los buzones del Servicio de Atención al Usuario. Los datos corresponden a las encuestas recogidas en el año 2006, para la explotación de la encuesta se tabulan y comparan los datos de los dos semestres del año. Se diseñó una base de datos Access para tabular la parte cuantitativa de la encuesta. Los datos se exportaron a Excel y se analizaron con Stata 9.0. Se definió una variable de satisfacción total como la suma de todas las puntuaciones (la variable sobre el informe de alta se añadió a esta nueva variable de forma inversa (1/x) para mantener el orden creciente), que puede alcanzar un valor máximo de 98 y se aplicó una regla de tres para conseguir una escala entre 1 y 10. Nos planteamos si existen diferencias en la satisfacción de los usuarios en los diferentes servicios del hospital, esta diferencia se comprobará por medio de ANOVA de una vía. La diferencia de la satisfacción entre trimestres se calcula por medio de t de Student.

RESULTADOS

Responden en el primer trimestre 346 encuestas y 430 en el segundo. Similar distribución en ambos trimestres de las variables demográficas. La satisfacción de los usuarios en el primer trimestre es de 5,86 (d.e. 0,87) en el segundo trimestre es de 7,46 (d.e. 0,97), $p < 0,00001$. Por medio de ANOVA se detectan diferencias en la satisfacción en los diferentes servicios.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los usuarios ha aumentado en el curso del año 2006. Igualmente ha aumentado el número de encuestas que se recogen, lo que puede indicar una mayor colaboración de los usuarios con el centro. La satisfacción de los usuarios no es homogénea en todo el hospital, hay servicios que proporcionan mayor satisfacción a sus usuarios.

Contacto: Juan Sanz Cortés – jsanzc@sescam.jccm.es

C-294 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL FINAL DE LA VIDA POR LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES FALLECIDOS

Autores: Osés I, Díaz A, Martínez K, Esparza L, Artesero N, Benito S.

OBJETIVOS
El estudio pretende evaluar la calidad de la información dada por los profesionales sanitarios mediante una entrevista telefónica al ser más querido de los pacientes fallecidos a lo largo de un año en un hospital.

MÉTODOS
Se entrevistó telefónicamente al ser más querido de los pacientes fallecidos a lo largo de un año en el hospital. Para ello se utilizó la encuesta TOOLKIT, para lo que previamente fue validada. Se hicieron en todos los casos un máximo de tres llamadas hasta conseguir contactar con la persona a entrevistar. Las llamadas se realizaron entre tres y seis meses después del fallecimiento del enfermo. Fueron precedidas de una carta en la que se explicaba el objeto del estudio y se indicaba el nombre y teléfono del investigador principal. La primera parte de la entrevista iba dirigida a informar del objeto del estudio y se solicitaba consentimiento informado.

RESULTADOS
El número de personas entrevistadas fue 327. De los 712 fallecidos en el hospital que cumplían los requisitos, no pudieron ser localizados 320 y otros 65 se negaron a ser entrevistados. El porcentaje de cuestionarios completado fue de 46% y el de respuesta de 83%. El 97% de los familiares afirma haber hablado con el médico durante la última semana de ingreso del fallecido. De las respuestas obtenidas puede deducirse que la calidad de la información no fue la adecuada, habiéndose dado dificultad para comprender la información en el 20% de los casos. Y esto cuando el 87% de los entrevistados afirma haber sido informado siempre. Cabe resaltar al mismo tiempo que un 13% refiere no haber sido informado nunca (2%), a veces (5%) o a menudo (6%). Un 83% dice haberse sentido escuchado por el médico pero un 14% contesta que no. Del mismo modo, un 14% afirma haber recibido menos información de la necesaria o más de la necesaria, un 5%. Además, un 18% de los entrevistados dice que la información fue contradictoria siempre (4%), habitualmente (1%) o a veces (12%). Por otro lado, un 11% de los entrevistados afirma haber detectado algún problema en relación con cierto desconocimiento del historial del paciente por parte del personal sanitario. Y aunque el 80% sabía que el paciente tenía un médico responsable, el 20% desconocía su nombre. A pesar de todo ello la puntuación que los familiares dan a la información recibida es de un 7,61 ± 2,25 sobre 10.

CONCLUSIONES
A pesar de ser valorada con un notable, los resultados obtenidos apuntan a necesidades de mejora en la comprensibilidad de la información, su cantidad y frecuencia.

Contacto: Inés Osés Munárriz – inesoses@hotmail.com

C-295 GRADO DE SATISFACCIÓN DE NUESTROS PACIENTES TRAS LA ANESTESIA

Autores: Calderón M, Fernández A, Gómez-Arnau JI, Lorenzo S, Noria M, Paz JA.

ANTECEDENTES
La satisfacción percibida por los pacientes es uno de los determinantes del resultado de la asistencia que el clínico no suele valorar.

OBJETIVO
Determinar el grado de satisfacción de los pacientes tras intervención quirúrgica y en particular con el servicio de anestesia.

MÉTODOS
Estudio transversal que utiliza encuesta anónima remitida por correo postal, consta de 22 preguntas con respuesta de 1 (mínimo) a 5 (máximo) y 6 preguntas con respuesta dicotómica. Ámbito: hospital de tercer nivel, referencia para 255.000 habitantes. Periodo de estudio: junio de 2006. Sujetos: altas ocurridas en el periodo de estudio > 16 años operados de forma programada. Instrumento de evaluación: encuesta de opinión del paciente sobre asistencia sanitaria para cirugía de la Comunidad Valenciana. Análisis de fiabilidad y validez: Alpha de Cronbach. Análisis descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS 13.0.

RESULTADOS
Se obtuvieron 168 contestaciones (28,19%). Alfa de Cronbach 0,965. Satisfacción global media 3,85 ± 1,028. El análisis factorial y regresión definió satisfacción = 0,757 x Factor 1 + 0,143 x Factor 2 + 0,195 x Factor 3, donde Factor 1 = resultado de IQ, trato, amabilidad, preparación del personal y atención en reanimación). Las variables mejor valoradas fueron: trato (4,10), amabilidad (4,09), resultado de la intervención (3,99) y atención de enfermería (3,99). Por otra parte, el análisis estadístico referente a anestesia reveló que la satisfacción dependía de: 0,569 x (formación del anestesista) + 0,293 x (prevención de problemas leves) + 0,124 x (prevención de dolor) + 0,05 x (posibilidad de elegir tipo de anestesia) + 0,153 x (prevención de errores), donde solo eran significativas (t > 2) las variables "formación adecuada del médico anestesista" y "prevención de problemas leves".

CONCLUSIONES
La satisfacción varía en función del contexto clínico, y aspectos como el trato o la amabilidad del personal influyen en la satisfacción tras cirugía tanto como el resultado clínico. La información que facilitan las encuestas de satisfacción permite identificar puntos fuertes y potenciales áreas de mejora. De acuerdo a nuestros resultados los pacientes valoran sobretodo dos factores en nuestra área: formación del anestesista y evitar efectos secundarios menores. Estos aspectos son más determinantes para su satisfacción incluso que la prevención del dolor o de errores. No pudimos determinar por escasa potencia estadística la influencia del tipo de anestesia.

Contacto: Marta Calderón Pantoja – mcalderon@fhalcorcon.es

C-296 APROXIMACIÓN A LA CALIDAD PERCIBIDA RELACIONADA CON ASPECTOS ORGANIZACIONALES, MEDIANTE UNA MATRIZ IMPACTO-SATISFACCIÓN

Autores: Sangrador-Arenas LA, Revilla-Ramos F, Del Caño-Jiménez G, Gómez-Palmero A, Sahuquillo-Bartolomé S, Carrero-Rujas AB.

OBJETIVO
Valorar la utilidad de la construcción de una matriz impacto-satisfacción (MIS) utilizando sólo las dimensiones no relacionales de todas las que se exploran en las encuestas a usuarios del Sistema Regional de Salud de Castilla y León.

MÉTODO
El material utilizado para la obtención de los datos ha sido una batería de encuestas que se utilizan para estudios de evaluación de la satisfacción de los usuarios del Sistema Regional de Salud. La fuente de datos ha sido elaborada a partir de encuestas telefónicas asistidas por ordenador. Se han segregado los datos incluyendo en un caso todas las dimensiones, y en el otro sólo las organizacionales. Se han utilizado dos técnicas estadísticas de análisis multivariantes diferenciadas en dos pasos consecutivos: 1) Análisis de componentes principales de variables categóricas con el fin de reducir el número de variables de estudio, obteniendo unas nuevas variables artificiales llamadas dimensiones. 2) Regresión lineal múltiple para obtener los coeficientes de importancia o impacto de cada variable sobre la variable dependiente. El cálculo de los índices de satisfacción (IS) global y no relacional se realiza a partir de las puntuaciones de satisfacción obtenidas para cada dimensión, ponderadas por la importancia o impacto de cada dimensión.

RESULTADOS
Las dimensiones relacionales (trato, amabilidad, información) de los estudios realizados aportan más del 75% del peso de la satisfacción global total. A partir de ese resultado inicial, se han analizado 9 pares de MIS, comparando las globales con las calculadas únicamente con las dimensiones organizacionales (no relacionales). La elaboración de la MIS global y la MIS organizacional nos permite visualizar cómo se reordenan las dimensiones no relacionales y obtener información más precisa sobre la importancia de aspectos relacionados con la organización de los centros sanitarios que influyen notablemente en la calidad percibida por los usuarios.

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 de IS, como son: análisis de componentes principales de variables categóricas y análisis de regresión lineal múltiple. La elaboración de MIS utilizando dimensiones de forma selectiva permite explorar oportunidades de mejora, a partir de las variables que soportan los estudios de opinión de los usuarios del Sistema Regional de Salud, que pasan desapercibidas en la MIS Global.

Contacto: Luis Alberto Sangrador-Arenas – sanarelu@jcyl.es

C-297 EVALUACIÓN DE INSTALACIONES SANITARIAS: "CON LAS GAFAS DEL USUARIO PUESTAS"

Autores: Fraile-Castelao R, Sangrador-Arenas LA, Revilla-Ramos F, Miranda-García M, Del Caño-Jiménez G, Sahuquillo-Bartolomé S.

OBJETIVO
Realizar un diagnóstico multidimensional de la calidad de las instalaciones sanitarias de los centros de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El estudio pretende obtener información empírica y objetiva de aspectos físicos, geográficos y funcionales de los centros de salud y hospitales del Servicio Regional de Salud, y estructurarla en dimensiones (accesibilidad, confortabilidad, limpieza y seguridad) directamente vinculadas con la calidad percibida por los usuarios. La finalidad última del estudio pretende la identificación de los principales puntos fuertes y áreas de mejora en las dimensiones definidas.

MÉTODO
Técnica de investigación: observación transversal directa de las instalaciones en centros de salud y en los complejos asistenciales del Servicio Regional de Salud. Alcance poblacional: 100% de los centros de salud y complejos asistenciales de la comunidad. Herramienta: ficha de evaluación diseñada al efecto, que incluye datos identificativos de la observación y datos generales, estructurales, físicos y funcionales del centro (140 variables clasificadas en 7 apartados). Observación directa por parte de agentes de campo debidamente formados en la evaluación planificada. Diseño de una herramienta informática de visualización y gestión de la información. Explotación de la información: análisis descriptivo de los resultados y del comportamiento de las variables agrupadas en las dimensiones definidas de la calidad de las instalaciones. Segmentación de este análisis en virtud de variables asistenciales y geográficas.

RESULTADOS
En la actualidad, ya se ha realizado la observación directa de 120 centros de salud y 7 complejos hospitalarios (el 50% del total de los existentes en la comunidad). Se cuenta con un informe pormenorizado de cada uno de ellos, a modo de inventario. Así mismo, ha sido desarrollada una herramienta informática que permite tanto la visualización inmediata de los datos estructurales y funcionales de cada centro, como la gestión de la información, aportando datos estructurados por dimensiones y agrupados por área de salud, provincia y ámbito territorial. Se han identificado múltiples áreas de mejora.

CONCLUSIONES
La observación directa de aspectos estructurales y funcionales de los centros sanitarios, "con las gafas del usuario puestas", resulta ser un instrumento de evaluación muy útil para conocer la realidad y la calidad de las instalaciones, identificando muchas pequeñas cosas que se pueden mejorar, y que tan importantes son en la calidad percibida.

Contacto: Rosa Fraile-Castelao – bec-sahbarse@jcyl.es

C-298 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA. ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?

Autores: Fernández E, Acebal M, Álvarez M, Dueñas B, Alonso E, Hernández MA.

INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desarrolla iniciativas para la mejora de la comunicación e información al ciudadano, buscando implicarle y hacerle partícipe en la toma de decisiones que afectan a su salud. Se abordan en primer lugar los tratamientos oncológicos, en los que el éxito de las terapias puede depender de la comprensión y valoración que el paciente haga de las diferentes opciones posibles. Se presenta el instrumento para la ayuda a la toma de decisiones: Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama. ¿Qué opción prefiero?

METODOLOGÍA

1) Revisión de instrumentos de ayuda a la toma de decisiones (IATD) de otros países y selección de una IATD. 2) Adaptar transculturalmente dicho IATD al entorno del SSPA. 3) Validación y pilotaje del instrumento en el SSPA. 4) Evaluación del IATD: idoneidad y contenidos del IATD y el efecto de su uso en el proceso de toma de decisiones.

RESULTADOS

Buena acogida y agradecimiento de las pacientes ante el IATD. El IATD ofrece información relevante que prepara a la paciente para la toma de decisiones y facilita la labor en consulta. Tanto el test de conocimiento como el cuestionario-balanza se consideran mecanismos óptimos para ayudar a la paciente a autoevaluar su conocimiento y visualizar las preferencias de las pacientes. La ausencia de conflicto decisional en las pacientes es del 85,31%. Pacientes y profesionales coinciden en recomendar la utilización del IATD y fomentar la participación en la toma de decisiones. El factor tiempo es el principal obstáculo para incorporar el uso del IATD en el SSPA (segunda consulta programada). Atractivo diseño del IATD para la paciente, idoneidad del tamaño y calidad de la información que contiene. Calidad de la información clínica según los profesionales: 4,71. Es necesaria la inclusión de fotografías que muestren los resultados esperados después de las diferentes intervenciones. La necesidad de información prevalece al impacto sobre su sensibilidad. Pacientes: lenguaje sencillo y asequible (90%), no se abusa de términos médicos (60%) y no es autoritario (75%), y les produce sensación de tranquilidad (70%). Profesionales: sencillez y claridad del lenguaje (86%), impersonal (43%), y la tranquilidad que transmite es media. Pacientes: El documento resuelve sus dudas (95%), resume la información esencial para tomar la decisión (90%) y esta es suficiente (80%). Todos los profesionales valoran al máximo estas cualidades en el IATD.

Contacto: Elvira Fernández de la Mota - elvira.fernandez.mota@juntadeandalucia.es

Mesa 35

SISTEMAS DE INFORMACIÓN 2

C-299 – C-307

C-299 ¿QUÉ INDICADORES UTILIZAMOS PARA UNA RED DE *BENCHMARKING* HOSPITALARIA?

Autores: Red 7.

OBJETIVO

Identificar los indicadores para realizar *benchmarking* cuantitativo entre centros hospitalarios de agudos siguiendo los criterios de resultados del modelo EFQM de excelencia.

MATERIAL Y MÉTODO

En noviembre de 2006, se constituyó una red de *benchmarking* entre 7 hospitales de características similares (entre 200 y 450 camas) pertenecientes a comunidades autónomas diferentes. Los hospitales que componen la red son: [Alcorcón (Madrid); Bierzo (Castilla-León); Morales Meseguer (Murcia), San Jorge (Aragón), Sierrallana (Cantabria), Son Llatzer (Baleares), Valle del Nalón (Asturias)]. Se formó en *benchmarking* a los responsables del proyecto en cada hospital, se identificaron los indicadores disponibles en cada centro, atendiendo a criterios de relevancia, disponibilidad y comparabilidad. Se ordenaron siguiendo el modelo EFQM a efectos de organización.

RESULTADOS

Se celebraron 2 reuniones de consenso. El número de indicadores incluidos en la primera fase y la distribución fue la siguiente: Criterio 6) 6a: encuesta poshospitalización; 6b: 4 (núm. de reclamaciones / núm. altas; núm. de reclamaciones / núm. de consultas externas, suspensiones quirúrgicas por causas ajenas al paciente, % suspensiones / total de intervenciones programadas). Criterio 7) 7b: 3 (tasas de absentismo y de sustitución del personal en IT, % de accidentes laborales). Criterio 8) 8a: 1 (percepción de corporaciones locales, de asociaciones de pacientes y de vecinos, de los medios de comunicación, etc.); 8b: 18 (actividad científica, actividades divulgativas, intervenciones sociales, preservación del medio ambiente, etc.). Criterio 9) 9a: 8 (complejidad, mortalidad, demoras, etc.); 9b: 21 (complicaciones clínicas, índices de rendimiento, estancias evitables, actividad de hospitales de día y consultas de alta resolución, presión urgencias, prevalencia de infección nosocomial, prevalencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital, % camas con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria, etc.).

CONCLUSIONES

Se obtuvo un total de 56 indicadores que facilitaran la comparación de los centros. Se depuró la selección de los indicadores con criterios de factibilidad en la obtención, efectividad en la medición y adecuación al contexto de gestión actual. Consideramos que la propuesta podría llegar a facilitar la comparación entre hospitales de tamaño medio e impulsar la homotecia entre ellos.

Contacto: Susana Lorenzo Martínez – slorenzo@fhalcorcon.es – Red 7

C-300 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Autores: Navalón R, Ortiz MM, Rivas FJ, Gómez A, Serrano P, Cobos MT.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Fuenlabrada es un hospital totalmente informatizado donde los registros de enfermería se anotan siguiendo dos formatos diferentes: formularios no codificados y texto libre. La explotación de la información aportada por enfermería mediante estos registros resulta dificultosa por no estar codificada, así como por la calidad de dichos registros.

OBJETIVOS

1) Lograr concienciar al personal de enfermería sobre la importancia de los registros enfermeros así como de su utilidad. 2) Conseguir mejorar la calidad de los registros de enfermería mediante la formación correspondiente. 3) Codificar las intervenciones de enfermería para facilitar su explotación.

MATERIAL Y MÉTODO

1) Se han analizado en el histórico del Hospital los diferentes registros y formularios existentes durante todo el año 2006, valorando la pertinencia y contenido de los mismos. 2) Se evalúa el grado de conocimiento que tiene enfermería sobre la repercusión de sus registros que contribuyen al sistema de información del Hospital de Fuenlabrada medido mediante la aportación al peso de los procesos asistenciales (GRD y UCH). 3) Con esta información se han establecido las acciones correctivas y formativas, incluyendo sistema de codificación de las actuaciones de enfermería, analizando el cambio experimentado por parte del personal de enfermería, así como la utilidad de los nuevos registros.

RESULTADOS

1) Se ha detectado un número importante de anotaciones repetidas, tales como reseña en texto libre de las constantes vitales que figuran en las gráficas. 2) El adecuado registro de las actuaciones enfermeras supone incrementar el peso de los procedimientos al recoger variables como complicaciones, comorbilidades, etc. 3) Se ha logrado una mayor implicación de los profesionales de enfermería en la calidad de sus registros al encuadrarlos en el marco global de cada proceso.

CONCLUSIONES

El Hospital de Fuenlabrada con la aplicación de este modelo ha logrado mejorar la eficacia en los registros de enfermería, adecuando de manera correcta el proceso asistencial en su totalidad con la información enfermera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. New documentation software cuts nurses' workload in trials, may improve pain assessment. Clinical Resource Management. 2000;1(11):170-3.
2. Software. MNA members develop computer application to track nursing outcomes. Michigan Nurse. 2002;75(10):8, 27.
3. Abbott PA, Lee SM. Informatics a new dimension in nursing. Imprint 1951. 2001. Apr-May;48(3):33.

Contacto: Rafael Navalón – rnavalon.hflr@salud.madrid.org

C-301 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Autores: Abad JM, Lou ML, Enríquez N, Laguna C, Coria M, Arribas F.

OBJETIVOS
Dentro del Plan de Salud Mental 2002-2010, en la Comunidad Autónoma de Aragón se ha regulado la creación de una Comisión para ingresos y seguimiento de los pacientes en centros sanitarios de rehabilitación en salud mental, para garantizar la coordinación y derivación de los pacientes entre los diferentes dispositivos asistenciales. Esta Comisión se ha dotado de un sistema de información para evaluar el funcionamiento de los mismos y valorar su adecuación a los criterios técnicos y procedimientos de actuación.

MÉTODOS
La Comisión para ingresos y seguimiento de pacientes y su sistema de información se crearon por Orden del Departamento de Salud y Consumo de abril de 2005. Las fuentes del sistema son: –Las solicitudes de ingreso en dispositivos rehabilitadores recibidas en la Comisión tanto de Unidades de Salud Mental como de hospitales; –Los diferentes centros (Unidades de Internamiento de Media Estancia, de Larga Estancia, Centros de Día, y otros dispositivos complementarios) que tratan a estos pacientes. El sistema recoge datos de identificación de los pacientes, datos sobre el episodio asistencial, datos clínicos, datos de situación al alta y las diferentes valoraciones efectuadas. Las valoraciones de la gravedad de los pacientes se realizan mediante la escala HoNOS, y la de cronicidad mediante los criterios de cronicidad. Se incluye también una valoración cognitiva mediante el MEC de Lobo. La información de las diferentes fuentes se consolida a nivel central para configurar un censo de pacientes, identificar el itinerario asistencial de los mismos y evaluar los resultados de la atención.

RESULTADOS
En el primer año de implantación del nuevo sistema de información se han obtenido los siguientes resultados: 1) Se han revisado 244 solicitudes de tratamiento, con una demora media de 19 días. El nivel de cumplimentación de las diferentes escalas de valoración ha variado entre el 37% y el 42%. 2) En el año 2006 se atendieron 443 pacientes distintos en Centros de Día. 3) En Unidades de Media y Larga Estancia se atendieron 647 pacientes distintos.

CONCLUSIONES
La implantación de un sistema de información común, con unas herramientas de valoración clínica comunes, en dispositivos asistenciales de Salud Mental de características muy diferentes (en cuanto a dependencia funcional, recursos, organización asistencial,…) es factible. Hay diferencias importantes en los indicadores de funcionamiento de los diferentes dispositivos.

Contacto: Natalia Enríquez Martín – nenriquez@aragon.es

C-302 WEB DE LA UNIDAD DE CALIDAD, HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PROMOCIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD

Autores: Barrera A, Vivas M.

OBJETIVOS
Presentar la Web de la Unidad de Calidad, herramienta desarrollada por la Unidad de Calidad y la Biblioteca del Área de Salud, con la vocación de contribuir a la mejora contínua de la calidad y a la gestión del conocimiento en nuestra organización.

MÉTODOS
La Web de la Unidad de Calidad se estructura en los siguientes apartados: Unidad de Calidad, Comisiones Clínicas, Plan de Calidad, Protocolos y Guías Clínicas, Documentos de Calidad, Legislación, Bibliografía y Enlaces.

RESULTADOS
La Web de la Unidad de Calidad permite dar a conocer los objetivos y funciones de la Unidad de Calidad; transmitir las noticias, acontecimientos y actividades relacionadas con la Calidad Asistencial; facilitar la coordinación y la comunicación de las Comisiones Clínicas, ayudando a dinamizar su funcionamiento, fomentando la participación y dando información y documentación de sus actividades, recomendaciones y logros; presentar los Planes de Calidad del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Público de Salud de la comunidad autónoma; presentar los Objetivos de Calidad incluidos en el Contrato de Gestión del Área de Salud, así como la metodología para su evaluación; presentar el Plan de Calidad del Hospital, sus objetivos, sus indicadores y sus resultados; presentar el Sistema de Gestión de la Calidad Documentado formado por la recopilación de todos los documentos relacionados con la calidad producidos por los profesionales del área de salud; proporcionar bibliografía y documentos relevantes en calidad asistencial y seguridad del paciente y, por último, proporcionar enlaces a las páginas Web más interesantes sobre Calidad Asistencial.

CONCLUSIONES
La Web de la Unidad de Calidad se crea como un soporte de información y de documentación para promover la cultura de la mejora continua de la calidad, para coordinar y mejorar las actividades relacionadas con la Calidad Asistencial, para promover la formación en Calidad Asistencial, para promover la Información y la Comunicación como herramientas básicas de la calidad y para contribuir a la gestión del conocimiento de la organización demostrando que los profesionales están implicados en la mejora continua de los procesos, ayudando a generar, capturar y aplicar ideas que impulsarán la innovación y la creatividad entre los profesionales del área.

Contacto: Antonio Barrera Martín-Merás – antonio.barrera@ses.juntaex.es

C-303 DESPLIEGUE DEL PLAN ESTRATÉGICO A LOS SERVICIOS Y PROCESOS DEL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO MEDIANTE EL PROGRAMA DE PLAN DE GESTIÓN

Autores: Rodríguez-González L, Gallego-Camiña I, Chueca-Ajuria A, Aspillaga-Bonilla U, Villa-Valle R, Solozabal-Orbegozo K.

OBJETIVO
Desplegar el Plan Estratégico (PE) del Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) a los servicios y procesos mediante la elaboración de Planes de Gestión (PG) anual, siguiendo un criterio homogéneo aplicable a toda la organización.

MÉTODO
Utilización de técnicas cualitativas de consenso, a través de un grupo de trabajo compuesto por la Dirección, Informática, Contabilidad Analítica, Personal y la Unidad de Metodología de Calidad.

RESULTADOS
1) Comunicación del PE a través de sesiones generales al personal del HGU y específicas a los líderes de la organización. 2) Revisión del PG anual del año anterior para marcar la estructura común del PG; desplegándose a través de líneas estratégicas, objetivos estratégicos, objetivos operativos, acciones, indicadores, estándares, recursos, plazos y responsables de las mismas. 3) Envío de la estructura del PG anual para su autocumplimentación a los Jefes de Servicio y Sección, con un índice de participación entre el 70-90%. 4) Desarrollo de una herramienta informática que sirva para la elaboración de los PG de todos los procesos y servicios con la estructura y formato establecidos.

CONCLUSIONES
1) Es necesario crear cultura para realizar el despliegue de la política y estrategia a través de los Planes de Gestión anuales. 2) Destacar la relevancia del Plan de Comunicación de la política y estrategia. 3) Importancia de establecer una herramienta de gestión útil, que nos permita hablar un lenguaje común, y que sirva para la elaboración de los Planes de Gestión anuales y su seguimiento. 4) Esta herramienta facilita la realización del Plan de Gestión de cada proceso y ayuda a cuantificar los recursos necesarios. 5) Integración del Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión de la Organización. 6) Realización de un Plan de Gestión del Hospital Galdakao-Usansolo alimentado por todos los Planes de Gestión de los servicios y procesos.

Contacto: Inés Gallego Camiña – ines.gallegocamina@osakidetza.net

C-304 URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD: ¿PORQUÉ ALGUNAS SE VAN SIN SER VISITADAS?

Autores: Balañà Ll, Tomàs RM, Pardo PA, Rius MA, Besora JA.

OBJETIVOS
Tras el proceso de triaje, algunas urgencias (Urg.) se registran como no visitadas. Nuestro objetivo es cuantificar e identificar los motivos de la no visita en aquellos pacientes de alta complejidad.

MÉTODOS
1) Urg. 2005 (86.850) y 2006 (84.839), de un hospital universitario. Las visitas de Urg. anuladas antes de entrar al box se consideran no visitadas. 2) Análisis descriptivo. Distribución de visitas y anulaciones por nivel de triaje (escala canadiense adaptada). 3) Urg. no visitadas con triaje previo 1 y 2, revisión de características clínicas y motivos de anulación. 4) Presentación y discusión de los resultados con los responsables del Servicio de Urgencias (SU). 5) En base a resultados, proponer las acciones de mejora.

RESULTADOS
Año 2005: Urg. 86.850, no visitadas 8,0%, no visitadas con triaje 4,5%. Año 2006: Urg. 84.839, no visitadas 9,5%, no visitadas con triaje 5,3%. Análisis descriptivo: –Nivel 1 i 2: 2005: 2.082 Urg. (con triaje); 1,6% no visitadas; 2006: 2.443 Urg. (con triaje); 1,3% no visitadas. –De 2005 a 2006: decremento (- 2,3%) de demanda e incremento (16,5%) del número de no visitadas. Visitas anuladas de alta complejidad en número similar: 34 (2005) y 31 (2006). –Motivos de anulación: errores administrativos: 2005: 59%; 2006: 65%. A petición del facultativo: 2005: 3%; 2006: 13%. Error de triaje 2005: 18%; 2006: 6%. El paciente no responde al ser llamado (fuga): 2005: 20%; 2006: 16%. –Perfil de los pacientes fugados: oncológicos terminales, trastornos psiquiátricos, sociopatías (drogadicción, enolismo, agresiones, visita posterior inmediata al SU por *shock* anafiláctico) y cardiopatías. Junto con los responsables del SU se valoran estos pacientes fugados como casos centinela. Se propone un sistema de monitorización para detectarlos y revisarlos de manera concurrente. El sistema es triple. 1) los administrativos del servicio especifican en el sistema el motivo de la no visita; 2) el coordinador del SU revisa diariamente si hay casos y registra los motivos clínicos; 3) la Unidad de Información Asistencial envía periódicamente un listado de los casos para contrastar con dicho registro diario.

CONCLUSIONES
Los errores de triaje disminuyen con el tiempo. El volumen real de visitas no realizadas en pacientes de alta complejidad es notablemente más bajo del inicial, 5 casos en 2006 (15% del inicial) y 7 casos en 2005 (20% del inicial). Se propone instaurar un sistema de seguimiento y monitorización para estudiar estos casos, considerados como centinela.

Contacto: Llorenç Balañà Fort – llbalana@grupsagessa.com

C-305 MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS. "JUGANDO CON LOS BOTONES DE UN VISUALIZADOR"

Autores: Fraile-Castelao R, Gómez-Palmero A, Revilla-Ramos F, Oto-Terrer JM, Sangrador-Arenas LA, Miranda-García M.

OBJETIVOS

General: Diseño e implementación de una herramienta informática que permita la monitorización de los resultados de los diversos estudios que componen el proyecto global de evaluación de la calidad y la satisfacción de los usuarios con el Sistema Regional de Salud de Castilla y León. Específicos: Visualización ágil de resultados. Gestión de la información. Generación de gráficos y tablas resumen. Comparativa de resultados por oleadas, áreas de estudio, áreas de salud y centros sanitarios. Detección y priorización de líneas de actuación.

MÉTODO

Análisis del sistema considerando los principales resultados obtenidos en cada estudio de los que componen el proyecto global de evaluación de la calidad y la satisfacción de los ciudadanos y usuarios del Sistema Regional de Salud, seleccionando criterios, definiendo indicadores de cada uno de los estudios y delimitando los resultados que se pretenden obtener, tanto de visualización directa de resultados como de gestión de la información contenida. Aplicación informática desarrollada *ad hoc* (en Excel). Diseño de tablas, gráficos e interfaz de usuario. Implementación. Implantación y mantenimiento de la herramienta. Identificación de problemas y puntos fuertes por medio del análisis de tendencias, comparativa de resultados por centro sanitario, áreas de salud y campo específico de estudio.

RESULTADOS

De un total de más de 500 preguntas anuales realizadas en los diversos estudios de evaluación (encuesta poblacional, emergencias sanitarias, transporte sanitario programado, consultas externas, hospitalización general, pediátrica y obstétrica, urgencias hospitalarias, atención primaria y atención a domicilio programada) han sido definidos 188 indicadores. La aplicación informática desarrollada es de sencilla navegación y permite la gestión del almacén, la visualización de indicadores y su expresión matemática, la agrupación de indicadores, la generación de resúmenes, gráficos e informes (de áreas, provincias, agrupación temática, comparativas anuales) y la exportación de información al cuadro de mando general de la Consejería.

CONCLUSIONES

El visualizador está resultando ser una herramienta de gran utilidad para acceder de forma ágil a los resultados y gestionar la amplia información contenida en el proyecto global de evaluación de la calidad y la satisfacción que la comunidad tiene en marcha. La integración del visualizador en el cuadro de mando general permite además la detección y priorización de líneas de actuación.

Contacto: Rosa Fraile-Castelao – fracasro@jcyl.es

C-306 ISIS READER. ACCESO AL 100% DE INFORMACIÓN PROCESADA Y CERTIFICADA SIN ESFUERZO

Autores: Giménez-Guerrero C, Ruiz-Téllez A, Cassá-Parra D, Zuzuarregui M, González-González A, González-Posadas JA.

OBJETIVOS

Crear un Sistema de Información Sanitaria de medida de la efectividad y eficiencia, para la Atención Primaria (AP), certificado en fiabilidad y validado, sobre el 100% de la información registrada, en base epidemiológica y poblacional, versátil y accesible al completo (web) para que cada profesional y gestor pregunte a voluntad, instantáneo en resultados y sin costo de intervención para los Servicios Informáticos de las Gerencia (SIG) de AP.

MÉTODOS

Versión web del Proyecto ISIS, de CYMAP, de medición integral del producto sanitario en AP, planteado como servicio *Just it Time* (JIT), a la carta, llave en mano y sin intervención de los SIG. Instalado en el Área 10 del SERMAS. Una pequeña descarga mensual, por centro, permite la equiparación, la validación, la certificación, la modulación, la estandarización y el calculado de toda la información, fuera del servicio de salud, de los 17 centros, los 210 cupos, los 300.000 pacientes, con información del 100% de la actividad, 100% anonimizada y disociada. 15 días después toda la información está visible y accesible en la web, por el profesional y el gestor, con información por niveles profesionales, centro y gerencia.

RESULTADOS

La AP ni se ha caracteriza por su gran estructura de soporte informático, ni por el tiempo para la reflexión, en horas de actividad; dos problemas encadenados. El proyecto ISIS *Reader*, se creó para salvar ambos escollos. Elimina la carga sobre los muy saturados SIG y pone la información al profesional, en tiempo y forma, accesible a cualquier hora y en cualquier lugar. El alivio de los SIG y la política de informes automáticos por el profesional y el gestor y la libertad de cualquiera de ellos para realizar cualquier tipo de pregunta abierta o recuperar las más de 5.000 opciones precalculadas, convirtiéndolas de manera inmediata y automática en informes pdf a la carta, cambió la percepción del interés por la información. El gestor y el profesional sin tiempo, han agradecido el poder mirar desde su PC, en casa, en el parque o en el campo, la evolución de sus pacientes afectos de algo, estudiar los fármacos indicados para la problemática x, revisar los problemas que menos domina y más deriva, etc.

CONCLUSIONES

La información cada vez es más una disciplina especializada. El profesional y el gestor desean, cada vez más, dedicar menos tiempo a su logística y más a la reflexión. ISIS *Reader* es la primera experiencia de servicio JIT y llave en mano de sistemas de información certificada y validada de efectividad y eficiencia

Contacto: Carlos Gimenez-Guerrero – carlos@cymap.es

C-307 IMPACTO DEL MANUAL DE CUIDADOS INTERACTIVO A TRAVÉS DE INTRANET

Autores: Rodríguez Diez M, García Rodríguez P, Freile García S, Diez Medina F, Lara Sánchez H, Pendás Álvarez C.

OBJETIVOS

General: Dotar a los profesionales de enfermería de una herramienta que facilite la homogeneización de los cuidados que aplican a los usuarios del Complejo asistencial de León. Específicos: Divulgar entre los profesionales de enfermería los protocolos de cuidados del hospital a través de Intranet accediendo a ellos de forma rápida y sencilla. Proporcionar una guía de actuaciones para profesionales de nueva incorporación al trabajo. Desarrollar sistemas estandarizados de lenguaje enfermero. Mejorar la calidad de los cuidados y la competencia de las enfermeras en los sistemas de gestión clínica, facilitando la evaluación de los mismos.

METODOLOGÍA

El Manual de Cuidados de Enfermería Interactivo se introduce en la red una vez revisados e incluidos los nuevos protocolos elaborados en 2006. Esta actividad es realizada por los miembros de los grupos de mejora distribuidos en áreas asistenciales: Médicas, Quirúrgicas, Urgencias, Servicios especiales, UCI, Coronarias del Complejo asistencial de León.

RESULTADOS

Resultados de los profesionales: el 87% de los profesionales de enfermería han consultado el Manual de Cuidados. El 90% de estos profesionales considera que el manual de cuidados es una herramienta facilitadora del trabajo. Resultados de los ciudadanos: El índice de satisfacción de los ciudadanos es superior al 89%.

Contacto: Mercedes Rodríguez Diez – mrodriguezd@hleo.sacyl.es

Mesa 36

SEGURIDAD DEL PACIENTE 5

C-308 – C-315

C-308 REVISIÓN DE *EXITUS* EN URGENCIAS: UNA FUENTE POTENCIAL DE DATOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS

Autores: García-López M, Sierra-Prefasi F, García-Caravaca JC, Ortiz-González O, Moreno-Pastor AD, Alcaraz-Martínez J.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es revisar los casos de *exitus* ocurridos en nuestro Servicio de Urgencias y buscar posibles problemas en la seguridad del paciente.

MÉTODO

De los pacientes que han sido *exitus* en el Servicio de Urgencias, se han revisado las historias clínicas de los ocurridos en los meses de julio de 2006 a abril de 2007. Como fuente de datos se ha tomado el archivo de historias clínicas y se han revisado por adjuntos del Servicio de Urgencias. Se han evaluado los datos disponibles sobre ubicación, tratamiento, pruebas diagnósticas, tiempos de demora y motivo del *exitus*, así como también se ha valorado, con la información disponible, si el resultado de la atención podría haberse evitado.

RESULTADOS

Se ha obtenido una muestra de 35 historias clínicas, pertenecientes en un 60% a varones y un 40% a mujeres. La edad media fue de 76,1 años. El 80% fueron atendidos por adjuntos y el 20% por residentes. En la clasificación inicial, 21 casos (47,7%) se remitieron al área de observación, 12 (28,6%) casos a hemodinámica y 1 caso a boxes. El 48,3% de casos tenía una mala situación basal previa. En 26 (74,3%) casos constaba un informe de alta en la historia de archivo. Se han analizado las causas de *exitus*, la más frecuente ha sido la evolución natural de la enfermedad (39,4%), seguida de "tratamiento adecuado, pero ineficaz" (21,2%). En un 27,2% de casos no había datos suficientes en la historia para valorarlo. En cuanto a tiempos de demora, sólo constaban en 5 casos los tiempos de radiología, la media ha sido de 82 minutos. El tiempo medio de analítica fue de 32 minutos. El tiempo medio de hidratación, 23 minutos. La medicación inicial se aplicó a los 14 minutos de media después de la llegada. Sólo se detectaron 2 casos (5,7%) en los que podría haber problemas de seguridad: en uno por retraso en pruebas diagnósticas y en otro por fallo en la valoración inicial.

CONCLUSIONES

Se han evaluado los casos de *exitus* en nuestro servicio y se han detectado dos problemas de seguridad.

Contacto: Julián Alcaraz-Martínez – julian.alcaraz2@carm.es

C-309 ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DADOS DE ALTA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: Alcaraz-Martínez J, González-Soler MA, López-Picazo T, Lorenzo-Zapata MD, Martínez-Bienvenido E, Blanco-Linares ML.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es estudiar los efectos adversos que se producen en pacientes dados de alta desde Urgencias a través del estudio de las reconsultas.

MÉTODO

Para detectar posibles eventos adversos derivados de problemas en la actuación en Urgencias se han estudiado los pacientes que vuelven a consultar en este servicio en los siguientes 7 días. Se ha escogido una muestra de pacientes vistos durante el mes de octubre de 2006. Se han estudiado todos los pacientes que, si habían acudido por primera vez en algún día de las tres primeras semanas, volvían a consultar de nuevo antes de los siete días. Tras 3 muestreos para valorar la fiabilidad interobservador, se confeccionó la hoja de recogida de datos definitiva y se decidió hacer la valoración por pares por facultativos del Servicio de Urgencias de todos los informes de alta tanto de la visita inicial como de la reconsulta. Se tomaron datos sobre motivo de consulta, turno, evolución, destino, consecuencias de la primera consulta, y si se podían haber evitado o no en el caso de que las hubiera.

RESULTADOS

De los 5.103 episodios asistidos, 415 casos (8,1%) fueron reconsultas en la semana siguiente. Del total de casos detectados, un 62% (259 casos) reconsultó sólo 1 vez, pero se detectaron casos de hasta 19 reconsultas en este periodo. No se pudo obtener información completa del 25,1% al faltar datos en alguna de las dos consultas. Quedaron así 311 válidas (74,9%). De las historias estudiadas, acudieron por un motivo diferente al de la primera visita 56 casos (18%). De los que acudieron por el mismo motivo, lo fueron de forma citada para pruebas programadas o revisión de evolución en 52 casos (20,4%). De los restantes, la evolución de su proceso fue buena en 25 casos (12,3%), se califico como mala evolución en 168 (82,7%) y en 10 casos (5%) no se pudo valorar la evolución. Se valoraron también si hubo consecuencias negativas para el paciente, encontrando una respuesta positiva en 37 casos (14,5%). De ellas se calificaron como evitables 12 (32%). Sólo se encontraron claros fallos de actuación en 3 casos.

CONCLUSIONES

Sólo algo más de la mitad de casos que reconsultan en la primera semana lo hacen por mala evolución Se han evaluado cuantitativamente los eventos adversos que se han producido en Urgencias.

Contacto: Julián Alcaraz-Martínez – julian.alcaraz2@carm.es

C-310 APORTACIÓN DE LA INSPECCIÓN DE FARMACIA AL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS. GESTIÓN DE ERRORES CON METOTREXATO JERINGA

Autores: Aparicio-Marijuán E, González-Martín I, Garrido-López S, Isusi-Lomas L, Iglesias-Gómez MA, Sanz-Moreno C.

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de errores de medicación producidos en la cadena prescripción-dispensación por receta médica de distintas presentaciones de Metotrexato jeringas en 2 GSA y la contribución de la inspección de farmacia (IF) a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

MÉTODOS

Mediante revisión de recetas a través de SIAPF, se detectó la dispensación de recetas de Metotrexato jeringa con dosis que no se correspondían con lo prescrito. Dado que existen 4 presentaciones de Metotrexato jeringa que comparten la concentración (10 mg/ml) pero no el volumen y por tanto la dosis, se pensó que este error podía haberse repetido por lo que se hizo un estudio retrospectivo de 6 meses (de octubre de 2006 a marzo de 2007). A través de SIAPF realizamos una búsqueda de las prescripciones/dispensaciones de ese medicamento por paciente, para poder comprobar si utilizan una dosis o varias y determinar un posible error de medicación y/o de dispensación. Nos centramos en los pacientes en tratamiento con dosis de 10 mg, junto con 15, 20 o 25 mg.

RESULTADOS

De un total de 2.508 recetas, se observa que 151 pacientes son tratados con este medicamento. De ellos, 31 son tratados en el periodo de estudio con dosis diferentes de Metotrexato jeringa, y de estos últimos 24 han sido tratados con dosis de 10 mg, junto con 15 mg o 20 mg ó 25 mg. Se localizan 19 pacientes con errores de medicación, 5 con error en la prescripción, 12 en la dispensación y 2 en la prescripción y dispensación. En total se produjeron 89 errores, de los cuales 19 fueron por sobredosificación y 70 por infradosificación Dada la toxicidad del medicamento estudiado, la IF gestionó la comunicación de los errores a los profesionales sanitarios implicados, con el fin de tomar decisiones clínicas al respecto; y comunicó el riesgo de error en la dispensación de estas presentaciones a la Consejería de Sanidad.

CONCLUSIONES

1) Entre las funciones de las IF está el seguimiento y control de la prestación farmacéutica, aportando al sistema una valiosa herramienta para la detección y minimización de ciertos tipos de errores de medicación y contribuir al uso seguro de los medicamentos. En este caso la IF ha detectado una serie de errores de medicación potencialmente graves, que se habían escapado al resto de controles, posibilitando su resolución y aportando un valor añadido de carácter sanitario a su actividad profesional. 2) La detección de esta serie de errores propició que el laboratorio cambiara el cartonaje externo y alas de sujeción de la jeringa de cada presentación, para obtener una mejora en la seguridad del medicamento.

Contacto: Estefania Aparicio-Marijuán – insfar@gsaso.sacyl.es

C-311 EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, CAMINANDO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Farré C, Oller C, Mulas D, Gallart A, Lorente L, León MA.

INTRODUCCIÓN
Los profesionales sanitarios valoran muy cercana a su trabajo la Gestión de la Seguridad del Paciente (GSP) lo que permite vitalizar aún más el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) que engloba todos los servicios y aspectos que se desarrollan en el centro.

OBJETIVO
Incorporar en el SGC la GSP proporciona una herramienta útil y eficaz para conseguir una progresiva, objetiva y aparente mejora global de la calidad al repercutir en la eficiencia, confort y seguridad de los pacientes, así como en la imagen, prestigio y satisfacción de sus clientes externos, internos y sus proveedores.

METODOLOGÍA
Identificar los elementos de seguridad del paciente desde el modelo europeo de gestión de la calidad (EFQM), la *Joint Commission International* (JCI) y la ISO (UNE 9001:2000) para incorporarlos en el SGC distribuyéndolos en procesos estratégicos, clave, de soporte asistencial y no asistencial. Cada proceso, teniendo en cuenta los estándares de los modelos de calidad y la seguridad del paciente, desarrolla procedimientos, planes de calidad (objetivos) e indicadores que normalizan, identifican, priorizan y evalúan los resultados. Para su despliegue, el hospital ha nombrado dos responsables de la seguridad al paciente integrados en el SGC y aprovecha las estructuras de soporte a la mejoras existentes, ampliadas y complementadas por el Comité de Dirección, el Núcleo Promotor de Calidad, las Comisiones Clínicas Técnicas, las Comisiones Técnicas Generales, los Grupos de Mejora Continua, los Grupos Problema/Solución y todas las personas de la organización.

RESULTADOS
La Gestión de la Seguridad del Paciente está integrada en el 77% de los procesos y se ha incorporado en el Sistema de Gestión de Calidad en el 78% de los casos. Asimismo, la Gestión de la Seguridad del Paciente está integrada en el 76% de los subprocesos y se ha incorporado en el Sistema de Gestión de Calidad en el 82% de los casos. Hay que resaltar que, en los procesos y subprocesos más importantes de seguridad en el paciente, como son infección, complicaciones en el tratamiento, uso de la medicación, preventivo de instrumentos sanitarios y empleo de la sangre, se ha incorporado en el 100% de los casos. El grado de cumplimiento de los objetivos en el 2006 fue del 68%.

CONCLUSIONES
La Gestión de la Seguridad al Paciente se integra en alta proporción al Sistema de Gestión de Calidad, lo que asegura una visión global de la calidad y seguridad del paciente.

Contacto: Albert Gallart Fernández-Puebla – agallart@hgc.es
lac@capiosanidad.es

C-312 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS

Autores: Lamiquiz E, Garitano B, Bustamante R, Lopetegui P, Del Hierro T.

INTRODUCCIÓN
Durante el año 2006 el Servicio de Urgencias y la Unidad de Calidad participaron en el Proyecto Multicéntrico de Investigación Comisionada OSTEBA 2005/01 *Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales*. En el desarrollo del proyecto se utilizó la herramienta AMFE en el análisis del proceso de dispensación de medicamentos en Urgencias.

OBJETIVOS
Pilotar el uso del AMFE como herramienta de análisis prospectivo. Establecer las principales causas de errores de medicación en el Servicio de Urgencias, y establecer medidas correctoras.

MATERIAL Y MÉTODOS
Identificación de las fases del proceso en el hospital. Identificación de los principales modos de fallo en cada actividad del proceso, analizar sus causas. Cálculo del Índice Priorizado de Riesgo (IPR) (según frecuencia de aparición del efecto adverso, la posibilidad de detectarlo y la gravedad de los efectos sobre el paciente). Identificación de eventos con IPR mayor. Priorización. Identificación e implantación de acciones de mejora.

RESULTADOS
Los fallos más frecuentes fueron: administración de pauta errónea o no efectiva por: confusión de principios activos: por similitud en las presentaciones, (IPR = 567), por ilegibilidad de las etiquetas (IPR = 504), por ilegibilidad de la prescripción (IPR = 106). Acciones correctoras implantadas: reetiquetado de principios activos cuyas presentaciones son similares; separación física de dichas presentaciones en el carro de medicación. Colocación de lupa con luz para facilitar lectura de etiqueta del envase. Incremento de utilización de prescripción a través del programa informático. Se identificaron otras causas y tipos de fallo, cuya solución no puede ser asumida por la organización, y son aceptados. Tiempo total utilizado para el análisis: 100 horas (20 h. por 5 profesionales).

CONCLUSIONES
El AMFE es una herramienta útil para el análisis prospectivo de procesos en relación con la seguridad del paciente, permite la participación multidisciplinar, aunque resulta costosa en tiempo para el análisis de procesos complejos.

Contacto: Eva Lamiquiz Linares – eva.lamiquizlinares@osakidetza.net

C-313 ANÁLISIS DE RIESGOS DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Martín-Rodríguez MD, Fernández-García A, Burgos-Hernández M, Domínguez-Arias B.

OBJETIVOS
Revisión del proceso de identificación de pacientes en el Servicio de Urgencias de Adultos de nuestro centro. Identificación de factores de riesgo (FR) que pueden contribuir o producir errores en la identificación de pacientes. Análisis de gravedad de FR. Análisis de modos de fallo-efecto. Identificación de barreras y de áreas de mejora del proceso.

MÉTODOS
Constitución del grupo de trabajo. Formación en Gestión de Riesgos. Revisión de documentación y registros del proceso. Herramientas utilizadas: QFD, análisis DAFO, Análisis causa-efecto (Ishikawa), AMFE. Matriz de Riesgos. Análisis de barreras.

RESULTADOS
Ausencia de proceso normalizado, documentado y de información sobre notificación de errores en la identificación del paciente. El proceso no satisfacía las necesidades y expectativas de los clientes. La estructura obsoleta de nuestro centro limitaba el proceso. El sistema de identificación utilizado en el pilotaje no fue el adecuado. El análisis DAFO nos sitúa entre el área de riesgo y la de terreno de juego. La mayoría de los FR identificados fueron factores del sistema y susceptibles de ser evitados o controlados. Nuestro trabajo puso de manifiesto la urgente necesidad de normalizar el proceso de identificación inequívoca de pacientes, establecer un punto de triage de enfermería en el Servicio de Urgencias para la reidentificación del paciente, utilizar un sistema de identificación con pulseras con código de barras que permita la integración con los sistemas de información del centro y garantice la trazabilidad en el proceso asistencial. Evidenciamos una total ausencia de cultura de calidad en la dimensión gestión de riesgos y seguridad del paciente.

CONCLUSIONES
Nuestro centro puede pasar a la zona de ventaja competitiva: mejorando la cultura en calidad y seguridad del paciente, estableciendo un sistema de notificación y análisis de efectos adversos que nos permita disponer de información sobre la realidad en nuestro centro; normalizando el proceso de identificación de pacientes, con un sistema de evaluación y seguimiento; motivando y formando al personal; creando un área de triage de enfermería en urgencias para la reidentificación de pacientes con pulseras con código de barras; mejorando la comunicación y dando participación a trabajadores, usuarios y proveedores en el sistema de gestión de riesgos. Todo ello contribuirá a mejorar la asistencia a nuestros pacientes, facilitar el trabajo de los profesionales y disminuir el número de errores.

Contacto: M Dolores Martín-Rodríguez – lola.martin.rodriguez@sergas.es

C-314 SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA FRENTE A PRESCRIPCION MANUAL EN UNA UNIDAD DE CITOSTÁTICOS

Autores: Menchen B, Folguera C, Robledillo P, Sánchez A, Santiago A, Torralba A.

INTRODUCCIÓN
La prescripción electrónica (PE) es un método que viene a sustituir a la prescripción manual (PM) con objeto de obtener una mayor seguridad y calidad del proceso asistencial.

OBJETIVO
Analizar y comparar la seguridad, eficacia y calidad de ambos métodos.

MÉTODO
Para comparar ambos métodos se analiza: 1) Prescripción (P) con todo lo necesario para la correcta validación: Identificación del paciente; Superficie corporal; Diagnóstico. Se analizan 36 PM y 36 PE. 2) Tiempo ahorrado desde prescripción tratamiento (tto) hasta preparación. Analizamos: a) Tiempo en llegar la P a Farmacia (en la PE es cero). b) Tiempo en transcribir y validar una P (en PE tiempo transcripción es cero). c) Resto del tiempo es semejante para ambas P (tiempo elaboración). 3) Intervenciones realizadas: ver si con disponer de más información con la PE se evitan más errores o se adecuan más los tratamientos a la necesidad del paciente. 4) Incidencias informáticas que dificulten el trabajo diario. 5) Información a enfermería para uso óptimo del citostático: con la PE, al introducir fármacos, directamente da información útil para enfermería.

RESULTADOS
1) Correcta cumplimentación: Nombre legible: En PE 100% órdenes de tratamiento (OT) revisadas. PM 72%. Superficie corporal: PE 78% de las OT. En PM 0%. Diagnóstico: PE 39% de las OT revisadas. En PM 0%. 2) Tiempo ahorrado desde la prescripción a la preparación del tratamiento: Tiempo medio en PM 85 min. (gran parte, llamadas del farmacéutico para aclarar algún punto de la P para poder validarla). En PE son 26 min. 3) Intervenciones realizadas: PM 11,1% (mayoría por uso inapropiado de disolvente). En PE 27,78% (mayoría ajuste de dosis según superficie corporal). 4) Problemas informáticos: En 1 mes se dieron 2 incidencias (supusieron un retraso de 11 minutos durante ese mes). 5) Información a enfermería para uso óptimo del citostático (en PM esta información no es posible de forma automática), con PE se dieron notas de aviso en el 55,56% de las P.

CONCLUSIONES
1) Mayor número de intervenciones con la PE por disponer de más información que en la PM. (la mayoría son ajustes de dosis, lo que ha permitido un uso más seguro y coste-efectivo de los tratamientos). 2) Con la PE se estima un ahorro de 59 min. con respecto a PM. Esto lleva a una mejora en la calidad asistencial. 3) Los problemas informáticos no son impedimento en el trabajo diario. 4) Con las notas informativas y de aviso automáticas, se consigue un uso más seguro de la quimioterapia. Por tanto, vemos que la PE es un método más seguro y eficaz que la PM.

Contacto: Carlos Folguera Olias – cfolguera.hpth@salud.madrid.org

C-315 ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Autores: Sánchez-Gómez B, Suárez-González T, Fernández-Orviz F, Rodríguez-Fernández J, Duarte-Climents G.

INTRODUCCIÓN

En enero de 2006 se puso en marcha en el Centro Sanitario el Plan de Calidad en los Cuidados. Este plan responde a las necesidades de actualizar la enfermería en el hospital e incluso colocarla en la vanguardia de la enfermería de la comunidad autónoma, identificar los circuitos de enfermería, incorporar recursos y producir, en definitiva, un cambio institucional, estructural, relacional interno y externo. Para el desarrollo del Plan de Calidad en los Cuidados se diseñaron 5 líneas estratégicas. Una de las líneas estratégicas de este Plan es el desarrollo de un sistema de información básico de los cuidados. Para el desarrollo de esta línea estratégica se diseñaron diferentes objetivos y líneas de acción. Una de las líneas de acción es el desarrollo de indicadores centinela de cuidados.

OBJETIVOS

1) Disponer de herramientas para prever los riesgos en los cuidados aplicados en las unidades. 2) Aumentar la seguridad de los cuidados en los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la colaboración de una consultora externa se diseño un Sistema de Entrenamiento Virtual de Enfermería (SEVEN) que sirve de base para el entrenamiento en el método enfermero y de soporte para la planificación de cuidados en tanto no se disponga de una aplicación institucional a nivel del Servicio de Salud de la comunidad autónoma. SEVEN, dispone de una valoración estandarizada, organizada por patrones funcionales de M. Gordon, las taxonomías NANDA, NIC y NOC y una agenda de trabajo que se genera con los datos que introduce la enfermera responsable. En la elaboración de SEVEN participaron tanto la empresa consultora como profesionales enfermeros e informáticos del Hospital. En SEVEN se identificaron los diagnósticos enfermeros clave para la seguridad del paciente. Estos diagnósticos se utilizan como indicadores centinela para advertir a la enfermera del riesgo que supone para el cuidado del paciente.

RESULTADOS

El resultado fundamental es la visibilidad de esta línea de acción en el trabajo enfermero en el Hospital, ya que, tras la valoración del paciente, la enfermera puede comprobar cuáles son los diagnósticos prioritarios.

CONCLUSIONES

SEVEN está funcionando en la actualidad y está prevista la explotación de datos en próximas fechas con el fin de conocer la incidencia de los diagnósticos enfermeros centinela y la efectividad de la inclusión de esta medida en el proceso de cuidados.

Contacto: Begoña Sánchez Gómez – gerencia.gae6@sespa.princast.es

COMUNICACIONES PÓSTERES

Mesa 1

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 1

P-001 - P-016

P-001 IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN UN HOSPITAL DE ÁREA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EXTREMEÑO

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Del Mazo-Martínez CL, Vizcaíno Jaén FM, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS
Facilitar al usuario el ejercicio de este derecho, regulado por la Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura, en los términos definidos por el Decreto 16/2004, de 26 de febrero. El fundamento de la segunda opinión consiste en contrastar un diagnóstico y/o tratamiento con otro profesional sanitario del sistema sanitario público de Extremadura, no con el fin de completar un estudio o alternativa terapéutica sino para afianzar la seguridad del paciente en la información inicialmente recibida. Desplegar la metodología y exportarla a otras áreas del Servicio Extremeño de Salud (SES).

MÉTODOS
Ámbito de aplicación. Pilotaje: Hospital Ciudad de Coria. Podrá ejercitarse el derecho en el ámbito del sistema sanitario público de Extremadura. Por especiales circunstancias que imposibiliten este derecho, se podrá ejercer en otra comunidad autónoma. Sujetos de derecho: podrán solicitar una segunda opinión médica todos los usuarios del sistema sanitario público de Extremadura legalmente capacitados e individualmente considerados, así como su representante legal o persona autorizada por el interesado expresamente al efecto, siempre que reúnan los criterios que se establecen en la presente norma. Criterios de valoración. Se requiere la concurrencia de los tres criterios siguientes: alta relación riesgo/beneficio, elevado riesgo para la vida o para la calidad de la misma y existencia de alternativas al diagnóstico y/o tratamiento. Solicitud de segunda opinión: reunir todos los criterios de valoración anteriormente definidos, formalizar la solicitud en el modelo establecido en el Decreto, y dirigirla al director médico del centro donde se recibe asistencia. Una vez admitida y registrada, el SAU la tramitará. Resolución de la solicitud y presentación de recursos: el plazo de resolución es de 20 días desde el registro de la solicitud.

RESULTADOS
Elaboración, aplicación y difusión del documento: protocolo de segunda opinión. Puesta en marcha desde comienzos de 2006. Se han registrado 18 solicitudes en el primer año. Tiempo de respuesta de las solicitudes: 11,83 días, inferior en un 41% al periodo protocolizado (20 días). Exportación a otras áreas de salud desde comienzos de 2007.

CONCLUSIONES
Se ha definido quién, dónde, cómo, cuándo y con qué criterios puede solicitar el ejercicio del derecho. Acercamiento del derecho al ciudadano. La metodología es realizable y, por consiguiente, aplicable en las demás áreas sanitarias.

Contacto: José Antonio Sánchez García - joseantonio.sanchez@ses.juntaex.es

P-002 ¿QUÉ SIGNIFICA ESPERAR POCO O MUY POCO PARA SER ATENDIDO EN CONSULTA MÉDICA?

Autores: López-Lacoma JC, Santiago-García C, Muñoz-Ureña A, Barragán-Pérez A, Moreno-Valero MA, Martínez-García JF.

INTRODUCCIÓN
La encuesta de satisfacción de clientes es la voz del paciente. La percepción del paciente debe servirnos para mejorar e instaurar medidas correctoras, pero cabe preguntarse: ¿se ajusta a la realidad de los indicadores asistenciales?

OBJETIVOS
1) Analizar la percepción manifestada en la encuesta de satisfacción respecto al tiempo que esperan para ser atendidos en consulta médica. 2) Evaluar indicadores de tiempos de espera. 3) Analizar la correlación entre los minutos que espera realmente el paciente para ser atendido por su médico y la percepción que tiene.

METODOLOGÍA
Estudio de correlación entre datos de la encuesta de satisfacción y datos de actividad asistencial. Ámbito: atención primaria. Emplazamiento: centros de salud de un área de atención primaria, con 336.682 tarjetas sanitarias individuales (TSI) a 31 de diciembre de 2005 y distribuidos en 19 zonas de salud. Encuesta de satisfacción validada con cuestionario de valoración de calidad percibida y satisfacción en atención primaria. Muestreo aleatorio sistemático de los usuarios atendidos en consulta en 2005 en todos los centros de salud de nuestra área, con preguntas relativas a accesibilidad y tiempos de espera. Datos de actividad asistencial obtenidos a través de OMI-AP relativos a los minutos de espera para acceder a consulta médica de 18 EAP (90% del área) durante 2005. Se realiza análisis descriptivo y se obtienen medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.

RESULTADOS
El 44,9% de los usuarios de nuestra área de salud esperaron un tiempo inferior a 15 minutos para ser atendidos en consulta, frente a una percepción de esperar "poco o muy poco" del 25% de los pacientes. El 33,5% de los usuarios de nuestra área esperan más de 30 minutos para ser atendidos en nuestras consultas, y la percepción de esperar "regular, mucho o muchísimo" se sitúa en un 74,6%. Se observan diferencias significativas entre los diferentes EAP, y destaca que en uno de los EAP la diferencia entre demora percibida y demora real supera el 60%. Tan solo en 4 EAP, la demora percibida es similar a la real.

CONCLUSIONES
1) La mitad de los pacientes esperan poco (menos de 15 minutos) pero solo lo perciben el 25%. 2) Existen otras variables que influyen en la percepción del tiempo. 3) Los pacientes de las diferentes zonas de salud perciben de manera diferente esperar el mismo tiempo. 4) La organización debe reforzar la parcela de atención percibida, en busca de convergencia, respecto a la asistencia ofertada.

Contacto: Carmen Santiago García - carmen.santiago@carm.es

P-003 GESTIÓN DEL ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA CON FINES NO ASISTENCIALES

Autores: Puerto Barrio AM, Pérez García B, Domínguez Tristancho D, Cebrián Ordiales C, García Gomariz A, Muñoz Godoy E.

OBJETIVOS
Definir los conceptos básicos de información clínica, documentación clínica e historia clínica. Revisar el marco jurídico vigente de acceso a la documentación clínica, paso indispensable para proceder al análisis de las situaciones más usuales que se nos presentan en los servicios de admisión y documentación clínica (SADOC). Proponer un modelo de protocolización y ordenación de las actividades que, dentro de la estructura de cada SADOC (con la necesaria adaptación a la realidad de cada uno dentro de la heterogeneidad de este servicio en las distintas áreas de salud), están implicadas en la adecuada gestión de estas situaciones.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio descriptivo, en la recogida de información y documentación clínica. En segundo lugar, análisis de las solicitudes de esta documentación clínica realizadas por parte del paciente, sus representantes o allegados. En tercer lugar, estudio de documentación clínica en relación con procesos de incapacidad solicitados por la inspección de servicios sanitarios y prestaciones y por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y los CADEX, y, por ultimo, análisis de las solicitudes de documentación clínica efectuadas por juzgados y tribunales. Los protocolos de flujo han sido consensuados con las entidades implicadas. Ámbito de aplicación: todos los SADOC de una comunidad autónoma.

RESULTADOS
Se han definido los conceptos básicos de información clínica, documentación clínica e historia clínica con la idea de tener un "diccionario común". Hemos detectado las situaciones más usuales que se presentan en el servicio de admisión y, en función de la realidad detectada, se han propuesto, observando siempre escrupulosamente la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, los siguientes protocolos: protocolo de solicitudes de documentación clínica por parte del paciente, sus representantes o allegados, protocolos de solicitudes de documentación clínica relacionada con procesos de incapacidad solicitados por la Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones, el INSS y los CADEX, y solicitudes de documentación clínica efectuadas por juzgados y tribunales.

CONCLUSIONES
Una vez puestos en marcha los protocolos definidos, esperamos que faciliten y disminuyan los tiempos de los procesos, sobre todo en los relacionados con la incapacidad temporal y permanente, campo en el que se ha incidido de manera particular definiendo cuatro protocolos especialmente enfocados a este problema.

Contacto: Blanca Pérez García - blanca.perez@ses.juntaex.es

P-004 METODOLOGÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA CARTA DE SERVICIOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Del Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote J, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS

Acrecentar la satisfacción del usuario mediante la mejora de la información. Elaborar, implantar y difundir la carta de servicios (CS) como compromiso de calidad de la Administración Sanitaria en los servicios que esta ofrece a los ciudadanos, en los términos definidos por el Decreto 149/2004, de 14 de octubre. Dar a la CS carácter de "contrato básico de calidad", articulado formalmente entre la Administración Sanitaria, los usuarios y los servicios. Cumplimiento efectivo de los compromisos de calidad asumidos tras su emisión. Desplegar la metodología y exportarla a otras áreas del Servicio Extremeño de Salud (SES).

MÉTODOS

Es preciso reflexionar sobre los aspectos siguientes: consideración y asimilación de la legislación y normativa aplicables a las CS; elaboración del documento base que contenga el espíritu de la CS, y elaboración de trípticos que resuman el documento base para los usuarios. En la documentación es necesario incluir fundamentadamente los siguientes elementos: descripción del centro; misión, visión y valores; recorrido geográfico-histórico; accesos horarios; descripción física del centro; enumeración ordenada de los principales servicios; descripción de los servicios asistenciales y no asistenciales; enumeración de los compromisos de calidad (contenidos en el plan de calidad asistencial); objetivos de plazos, comunicación e información; horarios; indicadores de interés para el ciudadano; detalle de la sistemática de quejas, sugerencias y reclamaciones, y comunicación de los derechos y deberes de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario público.

RESULTADOS

Elaboración de un documento base que contenga todos los aspectos reflejados en la normativa de la CS. Elaboración de un plan de aplicación y difusión. Elaboración de un tríptico. Exportación a otras áreas de salud desde comienzos de 2007.

CONCLUSIONES

La CS como objetivo de calidad institucional puede plasmarse en un documento base, en un tríptico y en un plan de difusión. La metodología es realizable y por lo tanto se puede compartir.

Contacto: José Antonio Sánchez García - joseantonio.sanchez@ses.juntaex.es

P-005 REDISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA CREACIÓN DE 2 UNIDADES DE ASISTENCIA BÁSICA

Autores: Tello Pérez A, Sevillano Palma V, Sebastián Mesa C, Baiget Ortega A.

OBJETIVO

Redistribuir los pacientes de un centro de atención primaria (CAP) para la creación de dos nuevas unidades de asistencia básica (UAB) estratificando por grupos de edad y unidad familiar.

MÉTODOS

Debido a la necesidad de crear dos nuevas UAB, se realizó un estudio de la situación previa de las UAB y se determinó el número de usuarios activos y trasladados y el número de defunciones por cada UAB. A los usuarios activos se les estratificó por grupos de edad en 4 categorías: 15-44, 45-64, 65-74 y 74 o más años de edad. Se identificaron las unidades familiares a partir de la dirección del domicilio habitual registrado en el padrón municipal. En primer lugar, se calculó la media de individuos por cada grupo de edad que debía tener cada UAB, se comparó con la existente y se calculó el déficit o exceso de usuarios por grupo de edad, de acuerdo con la unidad familiar. Se eligieron los pacientes al azar, se consultó con el profesional sanitario, se notificó el posible cambio mediante carta certificada y se registró la posterior aceptación del usuario.

RESULTADOS

Se identificó un total de 20.245 usuarios activos. El grupo más numeroso fue el de 15-44 años (57%), seguido del grupo de 45-64 años (27%), el de 75 años en adelante (9%) y, finalmente, el de 65-74 años de edad (7%). En total se tuvo que redistribuir a 2.676 usuarios, principalmente del grupo de 15-44 años. Se pasó de 10 UAB a 12, con un total de 1.687 usuarios por UAB. Tras la redistribución, a cada UAB le correspondieron 947 usuarios del grupo de 15-44 años, 459 del de 45-64 años, 126 del de 65-74 años y 155 del de 75 o más años.

CONCLUSIONES

Este método nos permitió redistribuir a los usuarios de forma homogénea según los grupos de edad, respetar la unidad familiar y la opinión del profesional sanitario y del usuario y buscar la satisfacción de todos los colectivos implicados.

Contacto: Alícia Tello Pérez - csebastian@casap.cat

P-006 ANÁLISIS E INTERVENCIÓN SOBRE LOS RECURSOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: García G, Muñoz JJ, Mora G, Muñoz F, Pérez J, Beamud M.

OBJETIVOS

Identificar las limitaciones estructurales relacionadas con la realización de la espirometría (Esp) para el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), realizada en los centros de salud (CS) de un área de atención primaria (AP). Implementar las medidas correctoras necesarias para facilitar el proceso diagnóstico de esta patología.

MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo longitudinal. Periodo de estudio: de marzo de 2006 a junio de 2007. Evaluación inicial: evaluación de los recursos estructurales disponibles para la realización de Esp en los 35 CS (marzo 2006); un observador evaluó las Esp realizadas de julio a septiembre de 2006, sobre la base de 3 criterios de validez gráfica. Intervenciones: dotación a los CS del instrumental necesario para la correcta realización de la Esp. Formación: curso de actualización en EPOC para médicos de familia (MF) y taller práctico para enfermería sobre la técnica con pacientes del CS.

RESULTADOS

Evaluación estructural inicial: el 62,9% de los CS (22/35) disponían de espirómetro, pero solo el 8,6% tenían condiciones óptimas para la realización de la prueba, el 65,7% necesitaban mejorar algún aspecto estructural y en el 25,7% no existían posibilidades de mejora. Evaluación de las Esp realizadas (julio-septiembre 2006): de las 162 valoradas, el 44,9% cumplían los tres criterios de validez gráfica. Se adquirieron 18 nuevos espirómetros del mismo modelo y las jeringas de calibración y estaciones meteorológicas necesarias. A los cinco cursos impartidos asistieron 49 MF, pertenecientes a 28 de los 35 CS. En siete centros ningún profesional había recibido formación en esta competencia. Se impartió el taller práctico para enfermería en 10 CS. Tras las intervenciones, el 87,5% de los 32 CS reunían en junio de 2007 las condiciones óptimas para la realización de la técnica. El 12,5% restante no podrá disponer de un espacio que lo permita.

CONCLUSIONES

La mayoría de los CS del área no disponía de recursos estructurales adecuados para el manejo de la Esp. Las intervenciones realizadas sobre estos recursos han conseguido una mayor accesibilidad de los pacientes atendidos en AP a la Esp. El déficit de infraestructuras puede ser un factor que contribuya a la baja cobertura del servicio EPOC en AP y a la pérdida en la capacitación técnica. Por ello, el análisis de los resultados en procesos debería tener en cuenta que las condiciones estructurales necesarias son las adecuadas. La Esp en atención primaria requiere trabajo e intervenciones que aseguren su calidad, además de la implicación de sus profesionales.

Contacto: Gabriela García Álvarez - ggarcia.gapm11@salud.madrid.org

P-007 HACIA UN HOSPITAL AMIGO DE LOS INMIGRANTES (PROYECTO)

Autores: Illana-Rodríguez N, López-Ibáñez M, Ferrer-Bas P, Cortés-Angulo J, León-Molina J, Hellín-Monasterio J.

INTRODUCCIÓN

En 1997, un grupo de hospitales de 12 países europeos (Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, España, Suecia y Reino Unido) se presentaron como hospitales piloto para participar en el proyecto Hospital Amigo del Inmigrante (HAI). Este proyecto surge de las consideraciones siguientes: 1) El estado de salud de los inmigrantes y grupos étnicos minoritarios es a menudo peor que el de la media de la población. 2) Estos grupos son más vulnerables, debido a su posición socioeconómica más baja, a experiencias traumáticas durante la migración y a la carencia de un adecuado apoyo social. 3) Los grupos minoritarios presentan riesgo de no recibir el mismo nivel de asistencia sanitaria en el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de prevención que los recibidos por la media de la población. 4) Los servicios de asistencia sanitaria no son lo suficientemente sensibles a las necesidades específicas de las minorías. Nuestro centro pretende adherirse a este proyecto asumiendo los desafíos planteados con el fin de garantizar y aumentar la calidad de nuestros servicios sanitarios.

OBJETIVOS

Mejorar la atención dispensada a la población inmigrante y evitar las disparidades y desigualdades existentes, mediante cambios en la comunicación, la organización y los recursos asignados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y análisis de situación de las necesidades de los usuarios inmigrantes y los profesionales de nuestro centro y entorno. Definición de la misión, visión y declaración de principios, políticas y procedimientos que la dirección y los responsables de calidad pondrán en práctica para la consecución de los objetivos definidos. Evaluación y supervisión de los resultados y también de las estructuras y procesos que influyan en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

1) La práctica clínica diaria debe integrar criterios de competencia cultural y competencia para la diversidad. 2) Fomentar en los profesionales las capacidades relacionadas con las competencias interculturales y la diversidad. 3) Será un requisito tener en cuenta los conocimientos sobre salud de los usuarios para llevar a cabo una buena práctica clínica y una promoción de la salud adaptada a las diversas poblaciones.

CONCLUSIÓN

Con este proyecto pretendemos valorar la diversidad aceptando a personas con diversos orígenes, sobre todo como miembros iguales ante la sociedad, identificando sus necesidades, controlando y desarrollando servicios en relación con estas y compensando las desventajas debidas a sus diferentes orígenes.

Contacto: Nuria Illana Rodríguez - mn.illana@carm.es

P-008 EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE LA VISITA DE ACOGIDA EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Bella X, Vidal E, Hernández N, Lladó A, Marín A, Anglès T.

OBJETIVO

Evaluar el primer año de funcionamiento de la visita de acogida en un centro de salud.

METODOLOGÍA

La población censada de nuestro municipio ha tenido un crecimiento exponencial durante los últimos once años y ha pasado de 7.499 personas censadas en 1995 a 24.394 en 2006. Este crecimiento exponencial tiene como característica un elevado porcentaje de personas procedentes de otros países (el 37,728% de población censada inmigrante). De los 99 países de origen diferentes, destacan los siguientes: Senegal, Pakistán, Colombia, Argentina, Reino Unido, Marruecos, Rumania, República Dominicana, Brasil, Italia, Rusia, India, etc. Dada la multiculturalidad de nuestra población, decidimos elaborar un protocolo de acogida, que se presentó en sesión clínica y se consensuó por parte de todo el Equipo de Atención Primaria (administrativos, enfermería y medicina). Se inició su implantación el 19 de mayo de 2006. La finalidad de dicho protocolo es facilitar el acceso a nuestro centro de salud a todas las personas que acuden por primera vez al centro y dotarles de la mayor información posible sobre el funcionamiento y los recursos que dispone, así como efectuar una propuesta de valoración de enfermería (para detectar problemas de salud prevalentes y derivar la patología al médico) y recoger datos generales, hábitos, antecedentes y actividades preventivas.

RESULTADOS

Definimos indicadores para realizar la evaluación (del 19/5/2006 al 19/5/2007): se han dado de alta 1.728 personas de 60 nacionalidades diferentes, con predominio de España (416), Senegal (255), Rumanía (107), Brasil (91), Argentina (81), Colombia (80), Marruecos (70), India (58), Italia (34). Indicador de proceso: número de usuarios con visita de acogida programada aceptada/número de usuarios nuevos: 1.522/1,728 = 88,4%. Indicador de resultados: número de visitas de acogida completadas en historia clínica/número total de visitas de acogida programada: 1.367/1.522=89,9%.

CONCLUSIONES

La aceptación de la visita de acogida es muy alta. Nos permite dar información adecuada sobre la utilización de nuestros servicios a nuestros nuevos usuarios. Mejora la identificación y el registro de la información clínica relevante sobre su estado de salud. Aumenta la detección de problemas de salud y agiliza su diagnóstico y tratamiento. Facilita la realización de las actividades preventivas propuestas en nuestros protocolos.

Contacto: Xavier Bella Poblet - xavibella27@hotmail.com

P-009 ANÁLISIS DE LA ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA DEL USUARIO EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Muiño-Bové I, Gens-Barberà M, Palau-Vendrell A, Luna-Arce M, Palacios-Llamazares L, Anglés-Segura T.

OBJETIVO

Analizar la accesibilidad telefónica en un centro de salud urbano para identificar la demanda del usuario y optimizar y adecuar los recursos existentes del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se analizan las sugerencias y reclamaciones desde la unidad de atención al usuario en relación con la accesibilidad telefónica. Elaboración de un formulario de registro de llamadas, con los ítems siguientes: hora de la llamada, motivo de la llamada, duración, nacionalidad del usuario y tipo de llamada (externa o interna). Se decide que el personal administrativo que atienda llamadas a lo largo del día lo registre en el formulario descrito. El registro se realizó tres días a la semana durante el mes de julio de 2006, los lunes, miércoles y jueves.

RESULTADOS

Se analizan los datos recogidos, en función de los ítems siguientes: 1) Número de llamadas al día de los tres días (lunes: 295, miércoles: 273 y jueves: 227). 2) Picos de incidencia: 08.00-13.00 h: 32 llamadas/hora de promedio; 13.00-18.00 h: 13 llamadas/hora de promedio; 18.00-20.00 h: 7 llamadas/hora de promedio, y 20.00-23.00 h: 1 llamada/hora de promedio. 3) Motivo de la llamada: el 69% van dirigidas a pedir o cambiar una cita médica; un 15% son para consultar a algún médico del centro, por parte de un paciente o de personal del centro; el 11% son internas; el 4% son llamadas de información, y el 1% son por otros motivos. 4) Duración por motivo: solicitar cita previa: 1,23 minutos; realizar una consulta a médicos del centro: 1,55 minutos; llamadas internas: 0,82 minutos; pedir información: 1,1 minutos; miscelánea: 0,66. 5) Nacionalidad del usuario: llamadas de 14 nacionalidades; el resto de llamadas fueron de usuarios de nacionalidad española; del total de llamadas recibidas, un 4,6% son de usuarios extranjeros, con una duración media de 1,4 minutos.

CONCLUSIONES

Para mejorar la accesibilidad telefónica del usuario, se deberían adecuar los recursos humanos de los que dispone el centro, reforzando los días de más afluencia y las franjas horarias descritas anteriormente. Este análisis nos ha permitido identificar los problemas existentes relacionados con la accesibilidad telefónica e iniciar un plan de mejora.

Contacto: Iria Muiño Bové - iriamuino@yahoo.es

P-010 MEJORA DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. IMPACTO DE LA GESTIÓN CENTRALIZADA

Autores: Torre P, Claret M, Rovira J, López M, Pérez P, Iniesta C.

OBJETIVOS

Mejorar la gestión del proceso del paciente. Incrementar la eficiencia del área quirúrgica. Actualizar la lista de espera quirúrgica adaptándola a la realidad. Disminuir la demora quirúrgica para 16 procedimientos.

MÉTODOS

1) Acciones de comunicación interna orientadas a implicar a los clínicos de los servicios quirúrgicos (enero de 2004). Creación de la mesa de programación, espacio de encuentro de los responsables clínicos y de gestión del área quirúrgica, con reuniones semanales, reuniones mensuales informativas con los jefes de los servicios, y reuniones bimensuales con las secretarias del Servicio. 2) Cambios organizativos en el área quirúrgica: redistribución de quirófanos manteniendo el equilibrio entre patología prevalente (LEQ) y patología compleja (oncológica) y adecuación de la dotación de personal. 3) A partir del año 2005 se acordó con la Administración Sanitaria (CSB) derivar pacientes a otros centros en aquellos procedimientos (10) con mayor demora. Para ejecutar el proceso de derivación se centralizó la gestión de la LEQ de todos los servicios mediante recursos administrativos específicos que dependen de la dirección del centro. La función del personal administrativo centralizado era contactar con los pacientes, ofrecer la posibilidad de derivación y coordinar el proceso con el centro receptor. La llamada telefónica sistemática a los pacientes facilitó la depuración las LE aplicando el protocolo de CatSalut.

RESULTADOS

Entre septiembre de 2005 y abril de 2007 se han dado de baja en los 10 procedimientos un total de 5.858 pacientes. El 50,1% (2.935) han sido intervenidos en el hospital y el 49,9% (2.923) corresponden a gestión. Hay diferencias significativas entre procedimientos. Un 31,7% (928) de las bajas por gestión son derivaciones a otros centros y el 68,3% (1.995) son bajas por otros motivos (voluntaria, otras patologías, paciente no localizado). La demora prequirúrgica para el conjunto de los 16 procedimientos ha disminuido de 7,7 meses a 4,9 meses y el número de pacientes en espera ha pasado de 3.803 a 2.713.

CONCLUSIONES

La actualización de la LEQ requiere el contacto periódico con el paciente y permite aplicar de forma rigurosa la priorización del criterio "fecha de inclusión". La centralización de la LEQ posibilita una gestión eficiente y facilita la actuación asistencial de los servicios clínicos. La actualización continua de la información permite adaptar la organización a las variaciones de la demanda. El resultado es la disminución de la demora y la mejora de la calidad de la asistencia.

Contacto: Pilar Torre Lloveras - ptorre@imas.imim.es

P-011 EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE CITACIONES EN EL ÁREA DE EXTRACCIONES DE UN HOSPITAL GENERAL

Autores: Álvaro-Meseguer A, García-Oltra E, Botia-Martínez R, Carvajal-González MA, García-Díaz N, Sánchez-Picón A.

OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los pacientes que acuden al área de toma de muestras de nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo de todos los pacientes que acuden a la consulta de toma de muestras de un hospital de área. Los criterios/variables de estudio que se han sido diseñado son: 1) La petición de analítica esta programada por el laboratorio; 2) La extracción debe realizarse obligatoriamente en el hospital; 3) El usuario acude en ayunas y no lo precisa. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería de la consulta de extracciones y los pacientes. El periodo de estudio ha sido abril-mayo de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han realizado 4.386 tomas de muestras en la consulta de extracciones. El criterio 1 se ha cumplido en el 75,12% de los casos. La obligatoriedad de que la extracción debe realizarse en hospital (criterio 2) solo la cumplían el 31,56% de las tomas de muestras, y ha sido el criterio más incumplido. De los 1.606 pacientes que han acudido a realizarse una extracción y no necesitaban estar en ayunas, solo cumplían este criterio el 51,38%.

CONCLUSIONES

Tras analizar los datos obtenidos, podemos concluir que encontramos diversas áreas de mejora en el circuito de tomas de muestras de nuestro hospital. Se deben implantar medidas correctoras principalmente en la derivación de pacientes a sus centros de salud y en el fomento de la educación sanitaria para evitar ayunas innecesarias en los pacientes que acuden a realizarse una extracción sanguínea.

Contacto: Amparo Álvaro Meseguer - mariaa.alvaro@carm.es

P-012 TIEMPO DE RESPUESTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE TORREVIEJA

Autores: Jiménez-Molina JL, Ortiz-Muñoz M, Pascual-Clemente F, Tomás-Lizcano A, Díaz-Chicano JF, Barcia-Albacar L.

INTRODUCCIÓN
A pesar de que el número de pacientes asistidos en los servicios de urgencias debería tener una distribución irregular y poco predecible, a excepción de las enfermedades con patrones epidemiológicos concretos, la realidad es que la demanda asistencial suele seguir patrones definidos por días, franjas horarias y periodos del año. En el Servicio de Urgencias del Hospital de Torrevieja, gracias a la historia clínica electrónica, efectuamos un seguimiento de la demanda asistencial por días de la semana y por franja horaria.

OBJETIVOS
Conocer la presión asistencial y el tiempo de respuesta del Servicio de Urgencias, para adecuar el número y la distribución interior de los distintos profesionales del servicio.

METODOLOGÍA
Se ha analizado el tiempo transcurrido desde que un paciente llega al hospital hasta que es asistido por un facultativo. En función del programa de clasificación Manchester, los pacientes se han dividido en dos grupos: leves y de moderados a graves. Los tiempos se analizan separadamente en ambos grupos. La población analizada ha sido la totalidad de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias del hospital, tanto adultos como pediátricos. Se han establecido seis franjas horarias: 00.00-07.59 h; 08.00-10.59 h; 11.00-13.59 h; 14.00-16.59 h; 17.00-19.59; 20.00-23.59 h. Tanto la hora de llegada como la de asistencia médica se registran en la historia clínica electrónica Florence. El tratamiento de datos se realiza mediante la aplicación Florence Gestión. El periodo analizado ha sido del 1 de enero al 30 de abril de 2007.

RESULTADO Y CONCLUSIONES
Para los pacientes "de moderados a graves", los tiempos de respuesta más cortos se dan en la franja nocturna (00.00-07.59 h), con cifras entre 20 minutos (actual) y 26 minutos y un pico de 38 minutos en febrero. Los tiempos más largos se dan en el tramo 14.00-16.59 h, y en la actualidad se ha conseguido una espera máxima de 41 minutos. Para los pacientes leves, los tiempos de respuesta de todos los tramos están entre los 56 minutos de la franja 08.00-10.59 h y los 36 minutos de la franja 20.00-23.59 h. El conocimiento de estos datos nos ha permitido ir adaptando en cada momento los recursos del Servicio de Urgencias y lograr actualmente los tiempos mencionados. Aunque estos tiempos mejoran significativamente los de hospitales similares, son solo un incentivo para seguir mejorando.

Contacto: Juan Luis Jiménez Molina - jljimenez@torrevieja-salud.com

P-013 MODELO PARA VALIDAR LA GESTIÓN DEL TRIAGE TELEFÓNICO

Autores: Martín-Castro C, Uribe-Sarabia JM, Gayubo-Autillo J, Gómez-Jiménez J, Álvarez-Rueda JM, Gil-Piñero E.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS
Los recursos sanitarios de que disponen los centros de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias son limitados, por lo que utilizar un protocolo telefónico validado que permita discriminar aquellos pacientes que poseen una enfermedad de los que no la tienen permite optimizar la asignación de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO
Se ha realizado un estudio transversal utilizando datos procedentes de los centros coordinadores de urgencias y emergencias de dos provincias andaluzas (Granada y Córdoba). La muestra se ha tomado de entre 7.689 solicitudes de asistencia sanitaria a través de las líneas 061 y del servicio especial de urgencias. Se ha elaborado un cuestionario telefónico que contempla los síntomas característicos de cada una de las patologías estudiadas. Con la información adicional ofrecida por los profesionales sanitarios que han atendido a los pacientes ha sido posible identificar aquellos que presentan una patología emergente y, por tanto, construir un modelo de regresión logística.

RESULTADOS
La utilidad de los cuestionarios y/o el triage telefónico para predecir la probabilidad de que un usuario manifieste una patología emergente se ha investigado mediante el test de Hosmer Lemeshow y las curvas ROC. La aplicación de estos cuestionarios halló unas áreas bajo la curva ROC de 0,80 y 0,70, lo que demuestra una excelente capacidad discriminadora entre los pacientes. El test de Hosmer Lemeshow con un valor de $p > 0,05$ calibra adecuadamente.

CONCLUSIONES
Los cuestionarios telefónicos construidos mediante el modelo de regresión logística son útiles para diferenciar telefónicamente entre pacientes que presentan una patología emergente y pacientes que no lo presentan.

Contacto: Carmen Martín Castro - cmartin@gr.epes.es

P-014 OPORTUNIDAD DE MEJORA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Autores: Sevilla EA, Morales F, García A, Giménez MA.

INTRODUCCIÓN

El aumento de superficie de nuestro hospital y la demanda preexistente suponen un incremento de presión asistencial y sobrecarga de las agendas de facultativos, lo que demora la atención en gimnasio y genera el riesgo de inadecuación de las prescripciones a la situación clínica/funcional.

OBJETIVOS

Evaluar la carga asistencial del gimnasio y proponer actividades de control y mejora de gestión que agilicen la atención al enfermo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes tratados en el gimnasio del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Morales Meseguer mediante corte transversal en febrero de 2007.

RESULTADOS

Se obtuvieron 107 mediciones de 345 casos. El 60% de la demanda estaba compuesta por enfermos con raquialgias, hombros dolorosos, cirugía de sustitución articular o déficit por fracturas. La diferencia entre sesiones prescritas y realizadas fue de 2 +/-5 (11-15) y se observó que cada ciclo de tratamiento (tiempo de inicio de la terapia hasta la revisión por parte del facultativo responsable) duraba un promedio de 40 +/-19 (0-120) días. Para mejorar la circulación de pacientes y optimizar los tratamientos se propuso entregar el listado de enfermos tratados a cada facultativo y realizar una sesión conjunta semanal entre facultativos y fisioterapeutas.

CONCLUSIONES

El grupo de patologías atendidas en nuestro servicio es muy heterogéneo. Predominan las algias osteoarticulares y las afecciones traumáticas. La presión asistencial contribuye a la prolongación de los tiempos de revisión de los pacientes tratados. Es necesario establecer un plan de actuación conjunta entre los profesionales implicados para mejorar la calidad de la atención prestada e incrementar el índice de rotación del gimnasio.

Contacto: Encarnación Araceli Sevilla Hernández - easevilla@yahoo.es

P-015 ESTUDIO DE CAUSAS DE INADECUACIÓN EN LA DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA

Autores: Saravia JM, Renedo P, Alcaraz J, Lillo I, Nicolás G, Rivkin J.

Institución: Servicio de Traumatología y Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO
El objetivo de este estudio es evaluar las causas de inadecuación en la derivación a consultas externas de Traumatología desde atención primaria y urgencias.

METODOLOGÍA
Se han evaluado durante el mes de mayo de 2006 los pacientes vistos por primera vez en la consulta de traumatología del centro de especialidades dependiente del hospital. Se han valorado tres criterios en cada caso: 1) Que la derivación sea correcta según la patología (en este punto se tomó como base un acuerdo previo realizado con los servicios de Rehabilitación y Reumatología); 2) Que acudan con las pruebas complementarias realizadas; 3) Que en los casos derivados desde urgencias el tiempo transcurrido para la revisión fuese adecuado respecto al protocolo. Los resultados de los centros de salud se contrastaron con el test chi cuadrado.

RESULTADOS
Se han analizado 431 casos de 13 centros de salud. Los incumplimientos de los tres criterios fueron del 27,15% (± 4,2%) en el primero, del 45,94% (± 4,7%) en el segundo y del 28,57% (± 4,3%) en el tercero. Se han observado diferencias en los cumplimientos entre centros de salud. Así, hay un centro con un 43,6% de incumplimiento en el criterio 1 y con un 58,9% en el criterio 2, si bien la diferencia entre centros no alcanza la significación estadística, posiblemente por las escasas muestras por centro obtenidas.

CONCLUSIONES
El criterio con más incumplimientos es acudir con pruebas complementarias realizadas. Habría que ampliar el estudio para sacar conclusiones por centro de salud.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-016 INGRESO POR SERVICIOS DESDE URGENCIAS. EVALUACIÓN DE UNA GUÍA DE CONSENSO

Autores: García Caravaca JC, García López M, Ortiz González O, Sierra Prefasi F, Izquierdo Ros MT, Alcaraz Martínez J.

Institución: Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer (Murcia).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la adecuación del servicio de destino del ingreso desde el Servicio de Urgencias en Neurología y Cardiología en función de los criterios establecidos por consenso en un grupo de trabajo.

METODOLOGÍA

Con el fin de mejorar la distribución de las patologías en los diferentes servicios del hospital, se estableció un grupo de trabajo en los años 2005 y 2006 en el que, según la causa de ingreso y las características del paciente (edad, comorbilidad, situación basal, etc.), se determinaba cuál debía ser el destino inicial al ingresar. Una vez obtenido un acuerdo entre todos los participantes de la atención del paciente con patología neurológica y cardiovascular, se ha procedido a evaluar la situación actual. Se han revisado las historias de todos los pacientes ingresados en Neurología, Cardiología y Medicina Interna durante enero de 2007, se han recogido datos de su diagnóstico y se ha evaluado si el ingreso en dicho servicio era adecuado y, en su caso, las causas de la inadecuación. Se han contrastado las diferencias con el test chi cuadrado.

RESULTADOS

Se han evaluado 427 casos (45 de Neurología, 112 de Cardiología y 270 de Medicina Interna), de los que 70 lo fueron por causas cardiológicas o neurológicas. En el primer servicio se ha considerado correcto el 80% de los casos (±11%), y en Cardiología el 81,3% (±7,2%). En Medicina Interna estaban ingresados 35 casos por patología cardiológica, de los cuales 9 (25,7%) no reunían los criterios acordados, y 35 tenían patología neurológica, de los que 10 (28,6%) debían estar ingresados en otro servicio. Respecto a las causas de inadecuación, en Neurología la mayor parte de casos (55%) deberían haberse ingresado en Medicina Interna, según lo acordado en el grupo de trabajo. En Cardiología, la causa más frecuente de ingreso fue el dolor atípico (42,8%). En Medicina Interna, las causas más frecuentes fueron también por ingreso en un servicio no acordado.

CONCLUSIONES

Se ha cuantificado en alrededor del 20% la inadecuación en ambos servicios, que prácticamente es complementaria a la de Medicina Interna. Se han identificado las causas de inadecuación de ingreso.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

Mesa 2

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 1

P-017 - P-032

P-017 EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Nuñez-García D, Carabaño-Moral R, Nogueras-Ruiz S, Román-Fuentes M, Palop-del Río A, Arjona-Sánchez A.

OBJETIVO

El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica es una herramienta orientada a garantizar y reconocer los niveles de calidad existentes e impulsar la mejora continua. Nos planteamos: 1) Analizar los resultados del Programa de Acreditación de las UGC de atención especializada (UGC-AE) y de atención primaria (UGC-AP) en su fase de autoevaluación (AE) y evaluación externa (EE). 2) Analizar las similitudes y diferencias entre ambas fases.

MÉTODO

Análisis descriptivo de 32 UGC-AE y 49 UGC-AP durante AE y EE de los procesos de acreditación. Se consideran los registros de la aplicación informática ME_jora C que da soporte al proceso. Se ha utilizado el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica del sistema sanitario de Andalucía, que consta de 112 estándares de calidad.

RESULTADOS

La AE ha tenido una duración media de 10 meses para UGC-AE y de 8 para UGC-AP y se han implicado una media de 11 profesionales como autoevaluadores por proyecto en UGC-AE y 15 en UGC-AP, nueve como responsables de áreas de mejora por proyecto en UGC-AE y 13 en UGC-AP. Se identificaron una media de 237 evidencias positivas (EV) en UGC-AE y 331 en UGC-AP, y se identificaron una media de 65 áreas de mejora (AM) en UGC-AE y 117 en UGC-AP. La consecución de las AM identificadas fue del 52% para UGC-AE y del 54% para UGC-AP. Durante la fase de AE, las unidades autoevaluaron un cumplimiento del 88,37% para UGC-AE y del 85,86% para UGC-AP. La EE mostró un cumplimiento del 62,65% para UGC-AE y del 62,53% para UGC-AP.

CONCLUSIONES

La duración de la fase de AE en las unidades ha sido aproximadamente de 9 meses. Las UGC-AP identifican aproximadamente el doble de AM que las UGC-AE, un comportamiento similar a la consecución de las mismas durante la autoevaluación. La participación de los profesionales como autoevaluadores y como responsables de AM es alta en los dos ámbitos. El comportamiento respecto al cumplimiento de estándares entre AE y EE no muestra diferencias significativas en ambos ámbitos asistenciales.

Contacto: Diego Núñez García - diego.nunez@juntadeandalucia.es

P-018 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LA PLANTA SEGUNDA

Autores: Tafalla C, Fernández-Ramos J, Macia J, Zueras R, Vinuesa M, Muñoz A.

INTRODUCCIÓN

La unidad de hospitalización de la planta segunda (UHP 2ª) está constituida por 4 especialidades: ORL, Urología (URO), Cardiología (CAR) y Oncología (ONCO). Dispone de 36 camas y en 2006 generó un total de 11.024 estancias (excluyendo ONCO).

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en la unidad de hospitalización de la planta segunda (UHP 2ª) con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y gestionar más eficazmente nuestros recursos y mejorarlos basándonos en el cumplimiento legal y reglamentario para cumplir las expectativas de los clientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1) Reunión de presentación con el coordinador de calidad. 2) Introducción a la ISO 9001:2000 y planificación de la implantación: definición del alcance, organigrama y diagrama de flujo de los procesos; coordinación de toda la organización para describir los puestos de trabajo, asumir sus responsabilidades y desarrollar la documentación de sus actividades: compras, producción/servicio, almacenes, mantenimiento, administración y coordinación de todo el personal para implantar el sistema de mejora continua: no conformidades, correcciones y acciones correctivas, objetivos sobre indicadores que midan la eficiencia de los procesos, auditorías, formación, control de la documentación y de los registros y acciones preventivas. 3) Desarrollo documental en papel y en archivos informáticos. 4) Aprobación de toda la documentación, distribución e información a todo el personal. 5) Realización de la auditoría interna. 6) Realización de la revisión por parte de la dirección, con la adopción de decisiones de mejora sobre nuestra organización, el personal y el sistema de trabajo. 7) Cumplimentación de la solicitud de auditoría de certificación por parte de la entidad elegida. 8) Auditoría de certificación. 9) Reunión de despedida con la dirección, recapitulación de las actividades a realizar en adelante y respuestas a todas las cuestiones, dudas, iniciativas o sugerencias.

RESULTADOS

De abril a junio de 2007, generación de la estructura documental base, con implantación y certificación de la UHP 2ª. En la encuesta de satisfacción a los pacientes, obtuvimos la siguiente valoración media: ORL 8,95, URO 7,65, CAR 8. Lo más valorado fue el trato del personal de enfermería (9,08) y el trato del personal médico (9,06) y la peor valoración fue el excesivo número de visitas que hay en el hospital (6,71). En las auditorías de certificación se detectaron 0 NC menores y 0 NC mayores.

Contacto: Carmelo Tafalla Bordonada - mpastier@salud.aragon.es

P-019 LA INTRANET COMO HERRAMIENTA EN LA FORMACIÓN CONTINUADA Y EN LA EVALUACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL MÉDICA

Autores: Ojeda F, Carballal J, Álvarez V, Cano S, Girvent M, Cortés S.

OBJETIVO
Estructurar, dentro de la intranet de un servicio clínico, un registro de actividades de formación continuada y utilizarlo en la evaluación de la carrera profesional de los médicos del servicio.

MATERIAL Y METODOLOGÍA
Disponemos de una intranet de 5,23 GB en red, y dentro de la estructura de la intranet poseemos un depósito de memoria científica. La intranet está organizada jerárquicamente y reúne toda la actividad científica generada en el servicio: cursos de formación continuada, seminarios específicos, proyectos de investigación, publicaciones, comunicaciones, ponencias, organización de cursos y jornadas, estancias de formación, asistencia a cursos, jornadas, simposios y congresos, premios, menciones y galardones. Cualquier actividad realizada por un miembro del servicio se registra al autorizarse y cumplirse en el archivo correspondiente (página web). En el momento de realizar la memoria para la carrera profesional, solo hay que acudir a la página correspondiente para obtener la recopilación de los datos necesarios convenientemente ordenados.

RESULTADOS
Actualmente, la memoria científica ocupa 40,3 MB de la intranet y consta de 16 carpetas y 116 archivos. En el caso de cursos y seminarios internos, se dispone de enlaces que permiten acceder a la presentación o al documento. Hemos presenciado y podemos objetivar un incremento notable en el acceso a la formación continuada de los miembros del servicio, tanto en eventos totales como en horas de formación (se ha pasado de 39 eventos en 2004 a 52 en 2006). También se observa un aumento en el número y la calidad de las comunicaciones y publicaciones respecto a años anteriores.

CONCLUSIONES
El desarrollo de una intranet como depósito de documentos y actividades generados por la actividad científica del servicio permite efectuar un control adecuado de la misma y aplicar criterios de equidad en el acceso a la formación continuada crucial en la carrera profesional de los médicos.

Contacto: Felipe Ojeda Pérez - fojeda@fhag.es

P-020 CONVENIENCIA DE LA ACREDITACIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Autores: Cárcar-Benito J, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez P, Fernández-Campos JA, Andreu-Martínez B.

OBJETIVOS
Analizar los requisitos mínimos que deben contemplarse para la acreditación de los comités de ética asistencial en el ámbito sanitario.

MÉTODOS
Emplazamiento: Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Consejería de Sanidad, Región de Murcia. Departamento Derecho Civil, Facultad de Derecho, Universidad de Murcia. Se estudiaron las normativas reglamentarias que regulan los comités de ética asistencial: normativa del extinto INSALUD (1995) y normativas de las siguientes comunidades autónomas: País Vasco, Castilla y León, Galicia, Navarra, Andalucía, Madrid, Valencia y Región de Murcia.

RESULTADOS
Todas las comunidades analizadas hacen hincapié en los siguientes requisitos: formación previa de sus miembros en materia de ética asistencial, reglamento de funcionamiento y medios humanos y materiales. Se encontró que no había referencias suficientes a las cuestiones de carácter ético que se suscitan en relación con la asistencia, sobre todo cuando un comité de ética asistencial puede abarcar centros de atención primaria y especializada, como ocurre con los comités de área de salud. Sin embargo, es preciso asumir la conveniencia de un impulso permanente y la responsabilidad por parte de las administraciones públicas sanitarias regionales correspondientes, para circunscribir su actividad a ámbitos de actuación concretos, así como prever la necesidad de la adaptación de sus funciones a los avances técnicos que surgen en la práctica clínica cotidiana y de su seguimiento.

CONCLUSIONES
La normativa más completa y conveniente es la dictada por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Decreto 26/2005, de 4 de marzo), que tiene los siguientes requisitos: 1) Copia autentificada del acuerdo de creación del comité o certificación referida al momento en que empezó a funcionar. 2) Relación de miembros del comité, indicación de su titulación académica y del puesto de trabajo que desempeñan y currículo vital con especial referencia a sus conocimientos y/o experiencia en materia de ética asistencial. 3) Memoria de actividades, que incluirá una relación de los medios materiales y recursos humanos con que cuenta el comité. 4) Copia del reglamento de régimen interno del comité. Se persigue con todo ello testimoniar con documentos fehacientes que un comité de ética está facultado y dispone de los medios necesarios para desempeñar su cometido. Se estima que los requisitos previos y las sucesivas renovaciones de los mismos pueden suponer una mejora permanente para su eficaz funcionamiento.

Contacto: Paz Rodríguez Martínez - mpaz.rodriguez@carm.es

P-021 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UN SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS ACREDITADO SEGÚN LA NORMA ISO 15189:2003

Autores: Murcia-Alemán T, Pérez-Ayala M, Noguera-Velasco JA, Visedo-López JA, Martínez-Hernández P, Alcaraz-Quiñonero M.

INTRODUCCIÓN
El trabajo en el laboratorio está altamente especializado y emplea aparatos y tecnología muy específicos, que hacen necesario que el personal que esté a su cargo adquiera unos conocimientos, independientemente de su titulación, que le capaciten para desarrollar perfectamente su trabajo. Por otra parte, la norma ISO 15189:2003 dedica un apartado, el 5.1, a los requisitos técnicos del personal de un laboratorio clínico, y establece que la dirección del laboratorio "debe tener un plan de organización, políticas de personal y descripciones de los puestos de trabajo que definan las cualificaciones y obligaciones de todo el personal".

OBJETIVO
El objetivo de este trabajo es describir el proceso de implantación de la norma ISO 15189:2003 en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia en lo referente a la política de personal, garantizando la capacitación de todo el personal en sus puestos de trabajo.

MÉTODOS
Se elaboró un procedimiento general (PG 07 "Gestión de los recursos") que en su apartado tercero trata de los recursos humanos y hace referencia a los siguientes documentos introducidos en el laboratorio: 1) Descripción de los puestos de trabajo: titulación requerida e indicación de si es necesario un conocimiento especial. 2) Ficha de empleado, en la que se refleja su titulación y toda la formación que va recibiendo en el laboratorio y las autorizaciones para la realización de las diferentes tareas, el manejo de aparatos, etc., refrendada por la firma del facultativo responsable o del supervisor. 3) Plan de formación: documento en el que quedan reflejadas todas las acciones formativas previstas a lo largo del año, para todos los componentes del Servicio de Análisis Clínicos, de forma que se potencie la cualificación y competencia técnica de todo el personal. 4) Formación sobre "política de calidad": el documento sobre política de calidad hace referencia al compromiso de cumplir todos los requisitos científico-técnicos en un entorno de mejora continua, difundir nuestro trabajo y registrar todas las actividades y procesos. El responsable de calidad y los facultativos de cada unidad se encargan de que todo el personal a su cargo lo conozca y lo mantenga al día.

CONCLUSIÓN
El Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Virgen de la Arrixaca dispone de un sistema de gestión de los recursos humanos que le son asignados que cumple la norma ISO 15189:2003, es de gran utilidad y se encuentra a disposición de todo el personal.

Contacto: Tomás Murcia Alemán - tomas.murcia@carm.es

P-022 AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS SANITARIOS

Autores: Lacruz P, Arasa E, Sevillano R, Visconti JV, Rodríguez VJ.

OBJETIVOS
El objetivo de la elaboración de una herramienta para la autoevaluación, según el modelo de acreditación valenciano, es que los profesionales del sector sanitario dispongan de un instrumento eficiente para el estudio de los procesos clave, estratégicos y de apoyo de su organización y para la identificación de sus puntos fuertes y debilidades.

MÉTODO
Las fases que conforman el proceso de acreditación son las siguientes: 1) Solicitud. 2) Autoevaluación. 3) Evaluación: visita y dictamen. La herramienta básica en la que se apoya dicho proceso es el manual que se elabora para cada especialidad sanitaria. Para el desarrollo de la fase de autoevaluación se ha diseñado una plataforma informática cuyas etapas de elaboración han sido las siguientes: 1) Análisis y síntesis de los criterios de calidad. 2) Elaboración de cuestiones que motiven la reflexión participativa de los profesionales. 3) Establecimiento de la forma de evaluación. 4) Identificación de aspectos que supongan un valor añadido para la mejora continua de la calidad.

RESULTADOS
Se ofrece una plataforma informática con acceso restringido desde la red para el análisis de los aspectos valorados en el manual que presta al profesional los siguientes valores añadidos: la indicación de las pruebas documentales asociadas, con especificación de su contenido mínimo, la posibilidad de definición de acciones de mejora, con la asignación de responsables y cronograma para su cumplimiento, y los resultados, tanto el número de aspectos valorados como la puntuación obtenida. Asimismo, permite la obtención de un listado, tanto de la documentación pendiente como de las acciones de mejora pendientes y realizadas, que incluye la descripción de la acción, la fecha de identificación/realización y los criterios y pruebas documentales asociados.

CONCLUSIONES
Se presenta a los profesionales del mundo sanitario una aplicación en línea que les permite la detección de sus puntos fuertes y debilidades, la definición de acciones de mejora y el fomento del trabajo en equipo, así como la participación de los profesionales en la toma de decisiones, todo ello bajo un proyecto común: la mejora continua de la calidad de sus servicios.

Contacto: Patrícia Lacruz Gimeno - lacruz_pat@gva.es

P-023 EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ANDALUCÍA

Autores: Ojeda-Casares M, Carabaño-Moral R, Bueno-López P, Núñez-García D, Gas-Carpio C, Turiño-Gallego JM.

OBJETIVO
Describir las áreas de calidad del manual de estándares para la acreditación de Oficinas de Farmacia elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía junto con el Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y describir las fases del proceso.

MÉTODO
Análisis descriptivo del proceso de acreditación para Oficinas de Farmacia, planteado como una metodología de trabajo destinada a favorecer e impulsar la mejora continua.

RESULTADOS
El manual se estructura en cinco bloques y once criterios: I. El ciudadano centro del sistema sanitario. 1) Usuarios: satisfacción, participación y derechos (objetivo: facilitar una asistencia orientada al usuario). 2) Accesibilidad y continuidad de la prestación farmacéutica (objetivo: descripción de la oferta de servicios y garantizar la continuidad de la asistencia). 3) Documentación farmacoterapéutica (objetivo: gestión eficiente de la información de los usuarios). II. Organización de la actividad centrada en el paciente. 4) Prestación farmacéutica (objetivo: fomento de la dispensación activa, indicación y seguimiento farmacoterapéutico). 5) Actividades de promoción y programas de salud (objetivo: implicación en actuaciones que influyan en las actitudes y los comportamientos de los usuarios). 6) Dirección y planificación estratégica (objetivo: impulsar el cumplimiento de objetivos). III. Profesionales. 7) Desarrollo profesional continuo (objetivo: garantizar la adecuación de los profesionales a los puestos de trabajo). IV. Procesos de soporte. 8) Estructura, equipamiento y proveedores (objetivo: garantizar un entorno seguro y funcional). 9) Sistemas de información y tecnologías de la información (objetivo: desarrollo de sistemas como soporte de la actividad). 10) Seguridad y gestión de riesgos (objetivo: identificación de riesgos, uso seguro de productos y equipos, gestión de residuos y emergencias). V. Resultados. 11) Resultados de la Oficina de Farmacia (objetivo: evaluar la consecución de objetivos). El proceso de acreditación consta de cuatro fases: solicitud, autoevaluación, evaluación externa y seguimiento. Se valoran un total de 67 estándares que toman como referencia la Ley General de Sanidad, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud, recomendaciones sobre buenas prácticas, el código de ética farmacéutica y expectativas de los usuarios.

CONCLUSIONES
El programa de acreditación y las áreas de calidad contempladas permiten reconocer una Oficina de Farmacia de calidad, lo que facilita la disposición y uso de una herramienta de mejora continua.

Contacto: Diego Núñez García - diego.nunez@juntadeandalucia.es

P-024 ¿ESTÁN CALIBRADOS Y REVISADOS LOS EQUIPOS DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores: Caldentey Tous M, Tamborero Cao G, Chavarría A, Miró Viamonte E, Cibrián Sánchez S, Casamartina Bach R.

OBJETIVOS
Revisar todos los equipos de un centro de salud (CS) y establecer un protocolo de actuación para controlarlos.

DESCRIPCIÓN
Ámbito: CS docente, urbano (25.000 habitantes) y con 47 profesionales. CS implicado en el proceso de certificación de la excelencia en la calidad de los servicios. En relación con el control de los equipos, durante el seguimiento y la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad se identificaron 108 equipos en todo el CS, que se pueden agrupar en 21 tipos diferentes. Once de ellos eran personales de los profesionales y el resto pertenecían al CS.

RESULTADOS
No se establecía una sistemática de control e identificación de los equipos. Por ejemplo: pesa-bebés, básculas, tensiómetros digitales, termómetros, termómetros de máxima y mínima, equipos de electromedicina (desfibrilador, electrocardiógrafo), etc. Detectamos lo siguiente: no teníamos codificados todos los equipos, el 70% no estaban calibrados oficialmente, desconocíamos el error permitido para cada equipo, no se habían definido los métodos de control de cada uno de los equipos (se suponía que solo era necesario su ajuste) y en el 90% de los equipos no teníamos manual de instrucciones. Dentro de nuestro sistema de gestión de la calidad, decidimos lo siguiente: definir en el listado de equipos el método de control de cada uno de los equipos según las instrucciones o indicaciones de los representantes, incluyendo el error permitido para cada equipo, y realizar una planificación de calibración y revisión de cada equipo nombrando un responsable para dicho fin.

CONCLUSIÓN
Los Equipos de Atención Primaria deben estar identificados con su fecha de revisión y registrados, poseer su manual de instrucciones según el modelo y marca y ser controlados mediante un registro de calibraciones y revisiones y un responsable del control del mantenimiento de los equipos.

Contacto: Miguel Caldentey Tous - mcaldentey@ibsalut.caib.es

P-025 EXPERIENCIA EN LA ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA BASADO EN LA NORMA ISO 15189

Autores: César-Márquez MA, Egido-Lizán P, Calvo-Ruata ML, García-Castañón S, García de Jalón-Comet A.

OBJETIVOS
En el año 2006, un grupo de laboratorios de Bioquímica, Microbiología y Hematología inicia un proyecto común de implantación de un sistema de mejora de la calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189. El Servicio de Bioquímica Clínica de un hospital de nivel III eligió un alcance para la acreditación en función de una serie de factores, como la experiencia de más de 20 años en la determinación analítica y conocimientos previos de implantación de un sistema de gestión de la calidad.

MÉTODO
Para elaborar el proyecto de implantación de la norma ISO 15189 se contó con la colaboración de una consultora de calidad que estructuró el proceso en 3 fases fundamentales: Fase 1: análisis de requisitos. Fase 2: implantación. Fase 3: evaluación. Se formó un grupo de calidad compuesto por un coordinador de calidad, y en cada laboratorio se nombró a un responsable de calidad y a un responsable técnico. El grupo de calidad ha ido organizando reuniones para la elaboración de los documentos en común y la puesta en marcha de un plan de formación de personal incluido en el alcance de cada laboratorio. Todo ello, sujeto a un calendario fijado por la consultora en el que se establecían unos plazos para la elaboración de documentos, la planificación de la formación y la realización de talleres y tutorías.

RESULTADOS
Inmersos en la fase de implantación y a punto de llegar a su fin para iniciar la de evaluación, se pretende resumir la experiencia del Servicio de Bioquímica Clínica en los siguientes puntos. Puntos débiles: imposibilidad de dedicación exclusiva debido a la alta carga asistencial; recursos materiales y personales limitados; complicaciones que superan en ocasiones al ámbito interno del laboratorio. Puntos fuertes: estrecha colaboración del personal implicado en el laboratorio; importancia del trabajo en equipo con el resto de laboratorios, tanto en la gestión documental como en el apoyo mutuo a lo largo de todo el proyecto; oportunidad de mejora y organización del Servicio.

CONCLUSIONES
La implantación de un sistema de gestión de la calidad requiere un gran esfuerzo por parte de todo el personal involucrado, un cambio en la filosofía de trabajo y mayor control en todo el proceso, incluidas las partes preanalítica, analítica y posanalítica. Para la superación del proyecto son imprescindibles una buena coordinación del grupo de calidad y la colaboración de todas las partes implicadas.

Contacto: M Ángeles César Márquez - macesar@salud.aragon.es

P-026 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO Y ASPECTOS ÉTICOS DEL MANUAL DE ESTÁNDARES DEL MODELO DE CALIDAD DE CSES

Autores: Gómez de Tejada Moreno E, Pérez García B, Domínguez Tristancho D, Bureo Dacal JC, Borrallo Moreno M, Muñoz Godoy E.

OBJETIVOS
Medir los estándares definidos en la categoría 5 del Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de una comunidad autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y retrospectivo entre enero y septiembre de 2005. Ámbito: CHU. Variables: se han estudiado cada uno de los estándares de las tres subcategorías establecidas en el manual que hacen referencia a la gestión de la información relacionada con la atención sanitaria (independientemente del medio de soporte), la gestión del conocimiento y la gestión de todos aquellos aspectos éticos que garantizan el cumplimiento de los derechos fundamentales de los pacientes. En la subcategoría 5.1, "Gestión de la información", se han estudiado 14 estándares. Cada uno de ellos se ha descrito conforme al manual de procedimiento. Posteriormente, se han definido los principios básicos del estándar y, por último, los requisitos mínimos que debe cumplir cada uno de ellos (descritos en el anexo 1). La subcategoría 5.2, "Gestión del conocimiento", cuenta con 12 y, finalmente, en la subcategoría 5.3, "Gestión de aspectos éticos", se describen 9 estándares y se ha seguido el mismo procedimiento anteriormente indicado. Los estándares se establecen con dos niveles de exigencia: obligatorios (O) y recomendables (R), están definidos de manera que su evaluación coincida con la comprobación de su cumplimiento o no y se fija una escala de graduación.

RESULTADOS
Del total de los 35 estándares que comprende la categoría, el nivel de cumplimiento es de un 85,7%. Desglosados por subcategorías, los resultados obtenidos son los siguientes: de los 14 estándares definidos en la subcategoría 5.1 se establecen 10 O y 4 R. El cumplimiento de este apartado es de 8 O (80%) y 3 R (75%), y el resto no se cumplen. En cuanto a la subcategoría 5.2, se especifican 12 estándares: 9 O y 3 R, con un grado de cumplimiento de 9 O (100%) y 2 R (66%). Por último, la subcategoría 5.3 consta de 9 estándares, de los que se cumplen 1 O (100%) y 7 R (80%).

CONCLUSIONES
De los resultados del estudio deducimos que los estándares, tanto obligatorios como recomendables, que no se cumplen deben ser objeto de estudio con el fin de establecer las medidas oportunas para conseguir un cumplimiento total, independientemente de que el cumplimiento de algunos de estos estándares estaba pendiente del desarrollo de la normativa comunitaria al respecto para alcanzar su cumplimiento.

Contacto: Elvira Gómez de Tejada Moreno - elvira.gomez@ses.juntaex.es

P-027 IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Rivera F, Antón F, Carreras M, Galilea I, Rivas G, Martín N.

OBJETIVOS
El objetivo es disponer de un sistema de gestión de la unidad de hospitalización a domicilio que, mantenido y mejorado continuamente en aplicación y eficacia mediante el seguimiento, la medición y el análisis de los procesos, permita la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de esos procesos cumpliendo con su misión. La unidad de hospitalización a domicilio (HAD) se responsabiliza de la atención de aquellos pacientes en los que, por libre elección y tras la solicitud de su médico responsable, se decide que sean controlados médicamente y tratados en su domicilio hasta el alta clínica, para evitar así su ingreso o permanencia en el hospital dentro del área 2 del SRS. Durante el seguimiento domiciliario, la HAD asume la asistencia y proporciona las prestaciones sanitarias como si el paciente estuviese ingresado en el hospital.

MÉTODOS
Descripción del sistema de gestión de calidad: 1) Identificación de los procesos necesarios y su aplicación; 2) Determinación de los criterios y métodos que aseguran la eficacia de la operación y el control de los procesos; 3) Disponibilidad de recursos e información necesarios para llevar a cabo y seguir estos procesos.

RESULTADOS
Implantación del sistema: sistema certificado con la ISO 9001:2000; desarrollo del programa Selene OFF-Line; evaluación mediante encuestas a pacientes; formación de personal: formación en el sistema, auditores internos.

CONCLUSIONES
1) El paciente y su familia disponen de un servicio orientado a sus necesidades que da respuesta a su proceso asistencial en su entorno habitual. 2) La gestión por procesos permite a través del diálogo y el consenso la participación de los profesionales y la incorporación de la evidencia científica y la mejora continua a la continuidad asistencial del paciente. 3) Existe una comunicación entre los profesionales de los diferentes servicios y unidades que permite la continuidad de los cuidados y la homogeneización de criterios. 4) Se potencia la participación y se orienta la gestión a disponer de profesionales altamente competentes, integradas y satisfechas.

Contacto: Félix Rivera Sanz - frivera@riojasalud.es

P-028 AUDITORÍA INTERNA E IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Chueca-Ajuria A, Gallego-Camiña I, Rodríguez-González L, Carrascosa-Vallejo T, Villa-Valle R, Solozábal-Orbegozo K.

OBJETIVO
Identificar aquellos puntos críticos del proceso de hospitalización para definir y establecer el plan de mejora del proceso.

MÉTODO
Utilización de la técnica cualitativa de auditoría interna según la norma ISO 9001:2000.

RESULTADOS
1) Reuniones de equipo: se han realizado ocho reuniones de trabajo del equipo de proceso, en las que se ha estructurado el proceso y se han detectado puntos críticos. 2) Visitas a planta: se han realizado dos. En estas, se han comprobado in situ los puntos críticos identificados previamente. 3) Visitas a las interacciones: la comunicación bidireccional entre los procesos que interactúan con Hospitalización resulta clave para la organización y el resultado del proceso, por lo que se realizaron entrevistas con los gestores de procesos de apoyo clínico y recursos generales. 4) Cuestionario de autocumplimentación: se diseñó un cuestionario sobre la base de los puntos críticos identificados en las reuniones y visitas previas. Desde la dirección médica se requirió la participación de un adjunto de cada especialidad para que asistiera a una sesión de trabajo y colaborara en la contestación del mismo. Este cuestionario recogía preguntas referidas a: distribución de pacientes, disponibilidad de historias clínicas, pase de visita, información a familiares, interconsultas, pase de visita a pacientes ectópicos, etc. 5) Auditoría interna. Se constituyó un equipo de auditores con experiencia en la norma ISO 9001:2000 compuesto por la UMC, el subdirector médico, el jefe de la Sección de Hematología-Hemoterapia y el apoyo de una empresa consultora. Se diseñó una agenda de auditoría de 2 días de duración para las visitas a planta y a los procesos de apoyo. Se confeccionó la lista de contenidos que sirvió como chequeo para la auditoría interna del proceso. 6) Las conclusiones de auditoría se han materializado en un informe de diagnóstico que identifica áreas fuertes y áreas de mejora.

CONCLUSIONES
1) Las visitas a planta han constatado que existe una gran variabilidad entre servicios, que se acentúa entre servicios médicos y quirúrgicos. 2) Los puntos críticos identificados están fundamentalmente relacionados con la comunicación interna entre el proceso de hospitalización y los procesos y servicios de apoyo clínico. 3) La identificación de las áreas de mejora ha conllevado la creación de grupos de mejora para establecer acciones de mejora y priorizarlas. 4) El informe de auditoría ha servido de fuente de información para la elaboración del plan de gestión y mejora del proceso de hospitalización.

Contacto: Ana Chueca Ajuria - anamaria.chuecaajuria@osakidetza.net

P-029 LA CERTIFICACIÓN ISO 9000.2001 COMO HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Autores: Gassó M, Marzal L, Campos O, Galup C, Miró AM.

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 extrahospitalario.

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: facilidad de contacto y de acceso o comunicación; atención telefónica adecuada tanto en trato como en información; proporcionar el consejo médico apropiado; activación del recurso de acuerdo con la patología o situación; tiempo de respuesta según los estándares establecidos (patología/situación); asistencia de calidad del equipo asistencial (trato, actuación y traslado).

RESULTADOS
Se monitorizaron las siguientes variables, que nos permitieron asegurar el control de los procesos fundamentales, y se identificaron como indicadores críticos: tiempo de coordinación (hora alerta / hora activación recurso); tiempo de respuesta asistencial (hora activación / hora asistencia). Se monitorizó el coste de la no calidad (demoras, reclamaciones). Se valoró comparativamente la encuesta de satisfacción del cliente. 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: 1) Tener perfectamente identificados los procesos fundamentales. 2) Asegurar el control de los procesos. 3) Mantener la identificación y la trazabilidad de productos y procesos. 4) Un mejor conocimiento de las relaciones cliente-proveedor. 5) Una optimización de los recursos materiales y humanos de la empresa. 6) Un mayor conocimiento de los objetivos de la empresa por parte de todo el equipo. 7) Control de los costes de no calidad.

Contacto: Montserrat Gassó Ribas - mgasso@sem.es

P-030 DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA AL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA

Autores: Jabalera M, Nadal O, Planas MJ, Puche G.

OBJETIVO
Utilizar la estrategia y los resultados de la implantación del modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña como base para la definición de líneas de mejora que formarán parte del Plan de Calidad del hospital.

MÉTODO
Se diferencian 3 fases: Fase 1, autoevaluación: se realiza la autoevaluación sobre la base del cumplimiento de los estándares propuestos en el modelo (531 estándares agrupados en agentes facilitadores y de resultados). Se siguen varias etapas: (1) creación del grupo de acreditación, (2) revisión y asignación de estándares a los responsables, (3) realización de entrevistas con responsables y personal relacionado, con el fin de revisar los estándares, conocer la situación de partida a nivel documental y de registros, definir grupos de trabajo para la consecución de algunos estándares, elaborar documentos e indicadores, etc., y (4) elaboración y presentación del informe de autoevaluación a la dirección. Fase 2, priorización: los estándares no aprobados se utilizan para la definición de las líneas (oportunidades) de mejora. La priorización de los mismos se realiza en 2 fases: (1) agrupación de los estándares por áreas del centro y (2) puntuación de los estándares, con los responsables del área, según cuatro criterios (alineamiento estratégico, viabilidad, influencia en los clientes e influencia en los profesionales) para su elección. Fase 3, elaboración: los estándares priorizados se formulan como acciones o líneas de mejora (con responsables y calendario) y son utilizadas para la redacción del Plan de Calidad.

RESULTADOS
La autoevaluación según el modelo nos proporciona un 71% de cumplimento de los estándares correspondientes a los agentes facilitadores y un 63% de los correspondientes a los resultados (un global del 67%). Los estándares no cumplidos se agrupan en 29 áreas, con un mínimo de un estándar y un máximo de 18 estándares en algunas de ellas. En la priorización con los responsables se puntuó cada criterio del 1 al 3 y se acordó que la puntuación de 3 en viabilidad implicaba que el estándar pasaría a formar parte las acciones de mejora.

CONCLUSIONES
La implantación del modelo de acreditación ha permitido realizar un análisis de situación de la mayoría de áreas del hospital y detectar oportunidades de mejora que, transformadas en acciones de mejora, han pasado a formar parte del Plan de Calidad del centro.

Contacto: Mercedes Jabalera Contreras - mjabalera@hsjdbcn.org

P-031 LOS PRIMEROS PASOS DE LA CALIDAD

Autores: Palación MP, Egido P, Omeñana O, Yagüe MD, Monforte ML, Revillo MJ.

OBJETIVO
Diseñar un registro de incidencias en la recepción de muestras en el Servicio de Microbiología de un hospital terciario como cumplimiento de la norma UNE-EN ISO 15189. En ocasiones, las muestras que llegan al laboratorio pueden haber sido recogidas o transportadas de manera incorrecta. El procesamiento de estas muestras y la emisión de un informe posterior proporciona al clínico una información errónea, que puede conducir a un diagnóstico incorrecto y un tratamiento inapropiado. El laboratorio debe poseer unos estrictos criterios sobre la aceptación y rechazo de las muestras, registrar las incidencias y documentar las acciones correctoras que se lleven a cabo.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se estudia la norma ISO 15189, focalizando en la parte preanalítica (punto 5.4). Se recogen los criterios de rechazo de las muestras y se definen los términos de incidencia y de no conformidad. 1) Criterios de rechazo de tipo gestión: muestra no rotulada, volante no cumplimentado o discrepancia; determinaciones deseadas sin especificar; muestras duplicadas el mismo día y con la misma solicitud. 2) Criterios de rechazo de tipo técnico: muestra inadecuada para la solicitud; envase defectuoso o roto; muestra en formol; muestra mantenida a temperatura inapropiada.

RESULTADOS
Diseño de una plantilla para el registro de incidencias donde se hace constar el tipo de muestra, el número asignado a la misma por el laboratorio y el servicio solicitante. Se documenta el tipo de incidencia, el responsable de la detección, cómo se soluciona y si la incidencia conduce a la apertura o no de una no conformidad. La comprobación de los criterios de aceptación y rechazo administrativos es realizada por la auxiliar de la unidad de recepción de muestras o de secretaría. Los requisitos técnicos los verifica la ATS/DUE o TEL en la sección. La decisión de procesar o no la muestra corresponde al responsable técnico. Las muestras rechazadas se registran igualmente en el SIL, y el TEL pondrá como resultado de la prueba solicitada "Muestra rechazada" e indicará en el campo 'comentario' el motivo por el que se rechaza. La validación de este rechazo la realizará el responsable técnico. El DUE/TEL anotará la incidencia en el registro de incidencias.

CONCLUSIONES
El registro de incidencias permite: 1) Trazabilidad de las muestras que llegan al laboratorio aunque no se procesen. 2) Cuantificar las incidencias e incidir sobre los servicios solicitantes. 3) Adecuar el control documental a la norma ISO 15189.

Contacto: Pilar Egido Lizán - pegido@salud.aragon.es

P-032 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE UN SERVICIO CLINICOASISTENCIAL

Autores: Álvarez J, García-Gálvez M, Velayos C, Balugo S, Amaro A, Huete O.

INTRODUCCIÓN
En nuestro entorno sanitario, en el que la calidad juega cada vez un papel más importante, entendemos la misión, visión y valores en el marco del conjunto de características que definen nuestro trabajo. Constituido el Grupo de Calidad de la UCI en la que trabajamos, el primer objetivo que se estableció fue definir nuestra misión, visión y valores.

OBJETIVOS
1) Definir por consenso la misión, visión y valores de nuestro Servicio de Medicina Intensiva. 2) Explicar y hacer partícipes a todos los miembros del servicio de las definiciones establecidas. 3) Difundirlo entre el resto del personal del hospital y pacientes y familias que acuden a nuestra unidad. Métodos: se definió por consenso la misión, visión y valores en varias reuniones realizadas a tal efecto. El borrador se difundió entre el resto de los miembros del servicio y se solicitó su opinión, tras lo cual se redactó la versión definitiva. Esta se explicó a todos los miembros en pequeñas reuniones de carácter obligatorio y se diseñó un póster que ha sido colocado en zonas bien visibles de la unidad.

RESULTADOS
1) Misión. El Servicio de Medicina Intensiva tiene como misión la atención sanitaria a los pacientes graves o de alto riesgo, con la máxima calidad humana, científica y técnica. 2) Visión. Ser recordados por los pacientes y sus familiares como un conjunto de profesionales cercanos, que han contribuido a resolver su problema grave de salud de forma personalizada, cordial y respetuosa. Ser un servicio que fomenta la satisfacción de sus trabajadores mediante su desarrollo profesional y personal. Ser considerados dentro del hospital como un servicio accesible, eficaz y que trabaja de forma coordinada con el resto de profesionales. Ser un servicio reconocido dentro de nuestro ámbito profesional por su aportación y compromiso científico. Asumiendo una asistencia basada en los principios de la bioética, queremos que el Servicio de Medicina Intensiva se distinga por los siguientes valores. 3) Valores. Atención personalizada, garantizando respeto, intimidad y trato humano al paciente y su familia. Visión integral del paciente y trabajo en equipo. Comunicación constante y fluida entre los profesionales. Alta cualificación técnica y profesional en permanente actualización. Eficiencia, optimizando la utilización de los recursos a lo largo de todo el proceso asistencial.

CONCLUSIONES
La definición de la misión, visión y valores debe ser el primer paso de cualquier programa de calidad y constituye un compromiso entre los trabajadores y entre estos y la sociedad.

Contacto: Joaquín Álvarez Rodríguez - jalvarez.hflr@salud.madrid.org

Mesa 3

ASISTENCIA BASADA EN LA EVIDENCIA

P-033 - P-049

P-033 ACTUALIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

Autores: Múgica Dorronsoro M, Apestegui Olaizola FJ, Hernando Uzkudun A, Estibariz Malcorra A, Mugabure B, Navarro M.

INTRODUCCIÓN
En nuestro hospital se realizan más de 300 histerectomías al año, por lo que es considerado uno de los procesos más frecuentes en TCG, lo que lo hace un excelente candidato para su manejo a través de una vía clínica.

OBJETIVO
Revisar y actualizar la vía clínica de la histerectomía.

METODOLOGÍA
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar donde participaron ginecólogos, anestesistas y enfermeras asesorados por un profesional de la Unidad de Calidad. Se revisó la literatura publicada en los últimos 10 años en relación a vías clínicas de histerectomía y se acordó elaborar una única vía que contemplara las diferentes vías de abordaje. Se revisaron los resultados obtenidos en las histerectomías realizadas en 2006 y se procedió a la actualización de la vía clínica tomando como base la elaborada en 1997.

RESULTADOS
En la revisión de historias de 2006 se obtuvieron los siguientes resultados: 314 histerectomías, de las cuales el 58% fueron por vía abdominal y el 36% por vía vaginal, de las que 19,5% fueron asistidas por laparoscopia. También hubo un reducido grupo de pacientes cuya intervención se asistió por laparoscopia aunque la vía de abordaje fue abdominal (6%). Todas las pacientes ingresadas para histerectomía en su conjunto supusieron un total de 2.502 estancias. La estancia media de las pacientes fue de 7,94 días, dos días menos que en las pacientes analizadas en 1998 (10,4). Las estancias de las mujeres sometidas a histerectomía abdominal son sensiblemente superiores a las estancias de las sometidas a histerectomía vaginal (6,1) o a histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (5,1). En cuanto a la calidad percibida, medida a través de encuestas, más del 90% de las mujeres hacen una valoración positiva del trato, la información del médico, el tiempo de dedicación, el respeto a la intimidad, la coordinación entre profesionales y otros aspectos. Si embargo valoran negativamente el manejo que se hace del dolor, la información por parte del personal de enfermería y la comodidad de las habitaciones. Teniendo en cuenta estos y otros resultados, en la vía clínica 2007 se ha trabajado sobre todo la educación sanitaria a la paciente, confeccionando una guía de autocuidados más comprensible y atractiva y las pautas analgésicas enfocadas a la vía de abordaje.

CONCLUSIONES
La inclusión de anestesistas en el equipo ha permitido abordar uno de los principales problemas detectados, lo que esperamos supondrá una mejora significativa tanto en la recuperación como en la satisfacción de las pacientes.

Contacto: M Teresa Múgica Dorronsoro
mariateresa.mugicadorronsoro@osakidetza.net

P-034 LA CREACIÓN DE UNA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Pérez-Bartolí J, Permanyer-Miralda G, Serra J, Sobrequés J, Abelló C, De Sancho JL.

OBJETIVOS

Describir la creación y desarrollo de una comisión de evaluación de tecnología (CET) en un hospital de tercer nivel. La CET tendrá como finalidades: 1) evaluar tecnologías sanitarias para conocer su eficacia antes de su implantación; 2) promover la cultura de evaluación; 3) asesorar a clínicos y gestores en la toma de decisiones basada en la evidencia.

MÉTODOS

El Plan de Calidad del hospital creó una Comisión de Evaluación de Tecnologías (CET) que se reunió por primera vez en julio de 2005. La CET acordó evaluar tecnologías diagnósticas y terapéuticas no farmacológicas que comportan una modificación conceptual del conocimiento existente. Otras razones para proponer una evaluación pueden ser el coste elevado, comportar riesgo o un cambio relevante en los resultados de salud. El procedimiento habitual es que los clínicos interesados remitan una solicitud estructurada sobre una técnica para su evaluación. La dirección o la propia comisión también pueden proponer evaluaciones en función de criterios de oportunidad o necesidad del hospital. La evaluación se basa en la revisión de la evidencia científica, especialmente sobre la base de estudios experimentales con resultados de eficacia. La CET encarga esta tarea a la unidad de investigación de resultados en salud. El informe puede contener tres niveles de recomendación: favorable, favorable temporalmente y desfavorable. El informe se debate y aprueba en el plenario de la comisión. Posteriormente, se remite a los interesados y al comité de dirección del hospital. Dichos informes no son vinculantes.

RESULTADOS

La comisión se ha reunido en 20 ocasiones desde su creación y ha realizado cuatro informes de evaluación: 1) stenting carotídeo (favorable); 2) péptido natriurético (favorable para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca y desfavorable para su seguimiento clínico); 3) granulocitoaféresis (favorable temporalmente para enfermedad inflamatoria intestinal y artritis reumatoide y desfavorable para Behçet ocular, LES y glomerulonefritis); 4) alergenos recombinantes (favorable para diagnóstico de enfermedades de base inmunológica).

CONCLUSIONES

La evaluación de tecnologías sanitarias representa un reto desde la perspectiva del hospital. La CET realiza una valoración positiva de esta iniciativa porque ha servido para promocionar la cultura de evaluación entre los profesionales y gestores, al tiempo que ha adquirido experiencia en diferentes metodologías científicas para llevarla a cabo.

Contacto: Jaume Pérez Bartolí - jbartoli@vhebron.net

P-035 PREDICTORES DE MORTALIDAD AL ALTA HOSPITALARIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA

Autores: Gutiérrez J, Márquez MA, Hernández E, Pineda I, Sabartés O, Arellano M.

OBJETIVOS

Analizar la correlación existente entre dos índices pronósticos de mortalidad al año (índice de Charlson e índice de Walter) en pacientes dados de alta en una unidad de geriatría de agudos (UGA).

MÉTODOS

Se incluyen los pacientes dados de alta de la UGA durante el 2006 (edad > 75 años). Se recoge: sexo, edad, grupo diagnóstico, situación funcional medida por el índice de Barthel (IB) e índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Pfeiffer (TP) y puntuación en el índice de Charlson (IC) y en el índice de Walter (IW). La relación entre ambos índices pronósticos de mortalidad se realiza mediante regresión lineal simple. El IW valora 6 factores que se asocian de forma independiente a la mortalidad (sexo masculino, dependencia en actividades de la vida diaria al alta, antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y cáncer y valores de creatinina y albúmina al alta) y da a cada factor una puntuación según su fuerza de asociación a la mortalidad. El IC contempla 17 categorías de comorbilidad a las que se les asocia una puntuación basada en el riesgo de mortalidad al cabo de un año.

RESULTADOS

Se estudiaron 652 pacientes, 443 mujeres y 209 hombres, con una edad media de 84,4 años. El IB previo al ingreso fue de 45,2 y al alta de 28,7; el IL al ingreso fue de 1 y el TP al ingreso fue de 6 errores. Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron: infección urinaria (17%), insuficiencia cardiaca descompensada (17,2%), limitación crónica al flujo aéreo descompensada (12,7%), neumonía (9,7%) e infección bronquial (9,7%). El IC medio fue de 2,42 y el IW medio de 5,4. La correlación (r) entre IC e IW fue de 0,43. El análisis por grupos diagnósticos mostró las siguientes correlaciones entre los 2 índices: infección urinaria: (r: 0,31), insuficiencia cardiaca descompensada (r: 0,39), limitación crónica al flujo aéreo descompensada (r: 0,45), neumonía (r: 0,45) e infección bronquial (r: 0,38).

CONCLUSIONES

Se objetivó una pobre correlación entre los dos índices pronósticos de mortalidad al año en el global de pacientes y al ajustar por grupos diagnósticos. Hemos diseñado un nuevo estudio prospectivo, que compara ambos índices y valora la mortalidad al año, para determinar el mejor de los dos índices pronósticos.

Contacto: Juan Gutiérrez Cebollada - JGutierrez@imas.imim.es

P-036 PROPUESTA PARA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN EL TRATAMIENTO DE CERVICALGIAS MECÁNICAS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Autores: Fernández-De Haro MDM, Saura-Alcaraz I, Hernández-Cascales N.

JUSTIFICACIÓN

Considerando la demanda de tratamiento en cervicalgias mecánicas y ante la diversidad de dichos tratamientos por parte de cada facultativo, con diferentes tiempos de duración, se ha visto necesario elaborar un protocolo para la unificación de los criterios de actuación.

OBJETIVOS

Unificación de criterios ante pacientes con la misma patología tras el proceso de elaboración del protocolo. Disminución del tiempo de tratamiento. Rentabilización del trabajo de los fisioterapeutas, unificando su trabajo de actuación, y optimación de los recursos empleados, tanto humanos como materiales.

MATERIAL Y MÉTODO

Facultativos y fisioterapeutas que trabajan en el servicio de rehabilitación de nuestro hospital, así como bibliografía y documentación de otros trabajos. Definida la población diana a la que iba dirigido el protocolo, se reunió la información y bibliografía que abarcaba los tratamientos y recomendaciones de estos diagnósticos. Con todo esto se realizaron reuniones periódicas de puesta en común, elaboración de consenso, determinación de criterios de exclusión y realización de trabajos con herramientas multimedia. El tiempo empleado en ello han sido cinco meses, de los cuales tres han sido de elaboración de ejercicios con concreción de actividad.

RESULTADOS

Desde la unidad del grupo, se ha elaborado un protocolo de actuación de procedimiento que incluye varias partes: una encaminada al enfoque de ejercicios de tonificación (isométricos) de la musculatura cervical, flexibilización del caquis dorsal y estiramiento (músculos pectorales y trapecio superior), que el paciente debe realizar con las directrices de ejecución, y otra de higiene postural enfocada que diferencie la vida laboral y doméstica del paciente.

CONCLUSIONES

Con la elaboración de dicho protocolo de cervicalgias mecánicas, se consigue unificar criterios por parte de los facultativos ante un mismo diagnóstico con estas características y sin patología asociada. Unificación de criterio y actuación por parte de los fisioterapeutas que emplean los mismos procedimientos en los pacientes incluidos en este protocolo y dan unas instrucciones y consejos de ejecución que personalizan con los distintos tipos de vida laboral y doméstica.

Contacto: Francisca Morales Jiménez - francisca.morales@carm.es

P-037 ESCENARIO CONCEPTUAL DE PROTOCOLOS, GUÍAS, VÍAS Y PROCESOS

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote J, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS

Protocolos, guías, vías y procesos definen los pasos correctos que se deben dar para la prestación de servicios adecuados a determinados pacientes. Su objetivo es disminuir la variabilidad al mínimo, de manera que las actuaciones se realicen siempre de la misma manera y se obtengan unos resultados parecidos. El problema es que existe una gran discusión semántica y de contenidos sobre qué es un protocolo, una guía, una vía o un proceso. Se trata de avanzar en la clarificación de estos conceptos.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica. Cuatro tipos de análisis conceptual y semántico de cada término. Historiográfico. De representación gráfica. De aplicabilidad.

RESULTADOS

Protocolo: Forma común de hacer las cosas ad hoc, es decir, para una ocasión concreta en la que ha demostrado tener eficacia. Sigue una sistemática sencilla, clara y de sentido común, que es fruto de la experiencia. Sus diferentes pasos se representan por un diagrama de flujo que refleja el origen, los pasos intermedios y el final del protocolo. Es estático pero modificable. Guía: instrumento con el que asesorarse para tomar una decisión (clínica: incorpora calidad científico-técnica, es decir, MBE, o de gestión: se aplican técnicas de mejora continua de la calidad). Tienen su mejor representación en los árboles de decisión. Es dinámica y modificable. Vía: Conduce al usuario desde una necesidad u objetivo a un cumplimiento de expectativas o resultado. Se utiliza en situaciones de alto riesgo (seguridad), de coste muy elevado (recursos) o de demanda muy alta (elevado número de personas). Se representa por un diagrama secuencial que incluye viñetas para el usuario. Es estática y modificable. Proceso: Secuencias de acciones susceptibles de descomponerse en los elementos oportunos para mejorar cada uno de ellos. Se representa mediante un diagrama cerrado y compartimentado. Es estático y modificable.

CONCLUSIONES

Se establece un escenario de calidad científico-técnica donde estos cuatro conceptos se interrelacionan y encuentran su significación. Se avanza en la posibilidad de aplicar el concepto de actuación compartimentada (actuar sobre cada componente o sobre cada elemento sin dañar al resto). Se aporta un nuevo enfoque que hace posible adoptar estos conceptos a las necesidades actuales y avanzar en la clarificación e identificación de cada uno de ellos, lo que hace posible una mejor aplicabilidad.

Contacto: Gabriel Martín Clemente
gabriel.martin@ses.juntaex.es

P-038 IMPLANTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO "EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO"

Autores: De la Torre González AJ, Álvarez Benito M, Velasco Sánchez E, Espinosa Valverde R, Berenguer García MJ.

OBJETIVOS

Analizar la evolución en los resultados de los criterios de calidad del proceso asistencial integrado (PAI) Embarazo, Parto y Puerperio en los últimos 5 años.

MÉTODO

En el año 2000, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía define en su Plan de Calidad la definición de los procesos asistenciales integrados de más prevalencia en el SSPA, entre los que se encuentra el Embarazo, Parto y Puerperio. Esta "gestión por procesos" nos permite abordar los problemas de salud de una forma sencilla, ágil, con una visión centrada en la gestante, que cuente con la implicación de las personas que prestan los servicios y que se realice de forma coordinada garantizando la continuidad asistencial a la gestante. La metodología para implantar el PAI de Embarazo, Parto y Puerperio fue la siguiente: 1) constituir un grupo multidisciplinar e interniveles, 2) realizar un análisis de situación, 3) definir el mapa de actividades, 4) desarrollar un plan de comunicación, 5) definir un cuadro de mando, 6) desarrollar un programa formativo en aquellos aspectos detectados como mejorables, y 7) implantar mejoras.

RESULTADOS

Se dispone de un cuadro de mando que incluye: mujeres con visita puerperal antes de la semana 12 de embarazo; ecografía en la semana 20; cribado de diabetes; cribado de estreptococo; porcentaje de partos vaginales en gestantes con una cesárea anterior; tasa de cesáreas; bajo peso al nacimiento; partos atendidos con anestesia epidural; informe de continuidad de cuidados al alta; visita puerperal. El cuadro de mando que refleja los resultados obtenidos de 2003 a 2007 y contiene los datos de todos los indicadores expuestos es conocido y sirve para la mejora de los aspectos que se desvían del estándar establecido. Se expondrán en el congreso las mejoras realizadas a lo largo de estos cinco años de implantación.

CONCLUSIONES

Los buenos resultados obtenidos en muchos de los indicadores recogidos durante todo este tiempo indican una buena aceptación y coordinación entre los profesionales que trabajan en este proceso.

Contacto: Antonio de la Torre González - pilaruno@supercable.es

P-039 DISEÑO Y REALIZACIÓN DE UN ANÁLISIS DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Cornejo I, Otero C, González A, Pérez J, Hernández A, Fernández R.

OBJETIVOS

El desempeño profesional en atención primaria determina unas exigencias psicológicas y sociales que pueden suponer riesgos para la salud de las personas de la organización. El objetivo de este trabajo es diseñar y llevar a cabo el análisis de los riesgos psicosociales en atención primaria mediante un método adecuado, con el consenso de los grupos de interés y con la máxima participación de los profesionales.

MÉTODO

El trabajo ha sido diseñado y realizado por el Comité de Seguridad y Salud. Para la elección del método de análisis más adecuado, se invitó a expertos en los métodos más utilizados, y se eligió el ISTAS 21 CoPsoQ. Para lograr el consenso de los grupos de interés se suscribió un acuerdo entre la Dirección, los delegados de Prevención y el Servicio de Prevención y se presentó el proyecto al Consejo de Gestión, a la Junta de Personal y al Comité de Empresa. Para conseguir la máxima participación se definió un plan de comunicación que comenzó 20 días antes de la cumplimentación de los cuestionarios e incluyó la remisión de 2 cartas del gerente a los profesionales por correo ordinario y correo electrónico, la exposición en los centros de carteles informativos de los delegados de Prevención y sesiones explicativas de los delegados y el Servicio de Prevención. Los cuestionarios se cumplimentaron de modo presencial y fueron administrados por un miembro del Comité en cada centro. El cuestionario está validado, tiene 113 preguntas para medir 21 dimensiones psicosociales y usa como base para la comparación la situación de la población general. Tras el análisis de resultados, se abordará la planificación de acciones preventivas. Tras su implantación, se evaluará la efectividad de estas acciones.

RESULTADOS

Se alcanzó un grado de participación del 63,68%, que fue del 65,84% en mujeres y del 53,78% en hombres. Por grupos profesionales: 59,18% en facultativos, 60,42% en enfermería y 67,08% en no sanitarios. Principales áreas de mejora identificadas: esconder emociones, exigencias psicológicas sensoriales y cognitivas, doble presencia, conflicto de rol y estima. Aspectos mejor valorados: sentido del trabajo, posibilidades de desarrollo, influencia, apoyo social y sentimiento de grupo.

CONCLUSIONES

El análisis de riesgos psicosociales en una organización permite identificar las áreas de mejora y los puntos fuertes y llevar a cabo la oportuna actuación preventiva. La alta participación se ha conseguido incorporando al proyecto a los grupos de interés mediante una actuación transparente y un plan de comunicación.

Contacto: Isidoro Cornejo García - icornejo.gapm08@salud.madrid.org

P-040 DESPLIEGUE DEL PLAN DE CALIDAD. DETECCIÓN DE PROBLEMAS Y PROPUESTA DE MEJORAS EN CONSULTAS EXTERNAS

Autores: Solà Miravete E, Jové Edo N, Castellà Castellà M, Junyent Bisbal R, Martí Brull P, Ortells Museros L.

OBJETIVOS

Describir las actuaciones realizadas por un grupo de mejora en el área de consultas externas de nuestro hospital, la participación de los profesionales, la metodología utilizada y las acciones de mejora implantadas.

METODOLOGÍA

El plan de calidad se estructuró en dos líneas estratégicas: 1) mejora del grado de satisfacción del paciente; 2) mejora continua de la práctica asistencial. Para su despliegue, se crearon 7 grupos de mejora, entre ellos el de consultas externas (2 médicos, 1 médico responsable de admisión, 3 enfermeras, 2 administrativos, 2 personas de la unidad de calidad). Se desarrolló la siguiente metodología en 5 sesiones: 1) identificación de problemas (método *brain-storming*); 2) priorización y redefinición de estos (parrilla de priorización); 3) análisis causal de los problemas priorizados (Ishikawa); 4) identificación de las oportunidades de mejora y establecimiento de los criterios de buena praxis; 5) monitorización de los juicios de buena práctica (indicadores, responsable, temporalización), y 6) reevaluación: comprobar la efectividad de las acciones. Las sesiones se realizaron durante los meses de marzo y abril.

RESULTADOS

Se identificaron 13 problemas, que se agruparon en 6, de los cuales se priorizaron los siguientes: 1) demora excesiva en ser atendidos, puntualidad (98 puntos) y 2) elevado número de reprogramaciones (97 puntos). Del primer problema se detectaron 17 posibles causas, que generaron 7 oportunidades de mejora (confección de un nuevo plan funcional de consultas externas por servicio, rediseño de agendas médicas, creación de una normativa de funcionamiento, etc.). Del segundo problema se identificaron 14 causas, que generaron 5 oportunidades de mejora (creación de la comisión de CE, identificación del responsable de las agendas, retroalimentación del problema ocasionado a los profesionales, rediseño de agendas, etc.). Indicadores de seguimiento: se definieron un porcentaje de reprogramaciones (dos cortes anuales), encuestas de satisfacción en CE (demora en la atención) y el número de reuniones de la comisión de CE.

CONCLUSIONES

El grupo de mejora con los profesionales implicados ha aportado un enriquecimiento bidireccional al grupo, se ha conocido la problemática actual del ámbito estudiado y las personas se han formado en la metodología de la calidad. La metodología utilizada ha permitido la resolución de problemas que están al alcance de los profesionales implicados.

Contacto: Elena Solà Miravete - njove.htvc.ics@gencat.net

P-041 ESTRATEGIA DE CONTROL Y ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Autores: Garrido Siles M, Tortajada Goitia B, Serrano Cabello A, Mora Banderas A, Faus Felipe V, Pérez Trueba E.

OBJETIVOS

Utilizar un sistema que permita el registro, comunicación, control y análisis de los errores de medicación con el fin de poder desarrollar medidas preventivas.

MÉTODOS

Registro informatizado de errores de medicación anónimo, confidencial, no punitivo, de fácil cumplimentación y que se puede registrar en cualquier momento. Farmacia analiza todos los registros, verifica la existencia o no del error y tabula en una base de datos siguiendo la taxonomía establecida por el ISMP España. Si el error llega al paciente y se ha requerido monitorización o tratamiento, se analizan de modo particular y se estudia el caso en sesión interna y en la Comisión de Farmacia para determinar las medidas preventivas. Tres veces al año, Farmacia informa a todos los profesionales en la intranet del centro.

RESULTADOS

En 2006 se han detectado 34 casos de administración errónea que han llegado al paciente. En 17 casos no causó daño pero requirió monitorización, en 6 casos se desconoce la consecuencia y en 11 casos provocó daño y fue necesario realizar tratamiento e intervención. Las causas fueron las siguientes: sobredosis de medicación en uno de los casos, con consecuencia grave e ingreso en UCI; omisión de tratamiento y posterior crisis asmática; medicamento erróneo e ingreso en UCI; duplicidad terapéutica y mal control del tratamiento domiciliario; medicamento contraindicado por error que produjo insuficiencia renal e ingreso en UCI. Las medidas preventivas implantadas han sido las siguientes: retirada de ClK concentrado de las unidades, que se dispensó diluido desde Farmacia; revisión de todos los tratamientos por farmacéuticos e inclusión en dosis unitarias en todo el hospital; control del tratamiento domiciliario; cobertura de Farmacia de 24 h; acuerdo con Farmacia Externa para suministro inmediato de medicamentos no disponibles en la GFT; modificación de presentaciones que podía llevar a error (*look alike*); inclusión del registro de errores de medicación como un indicador de calidad.

CONCLUSIONES

Esto permite conocer los errores detectados, analizar las causas y aplicar mecanismos preventivos basándonos en el conocimiento de los puntos débiles. Para los profesionales, supone un cambio de cultura hacia la seguridad de los pacientes. La información proporcionada a los profesionales les ayuda a tomar consciencia de la importancia del problema. La organización es responsable de conocer el impacto de su actuación y poner en marcha medidas preventivas que aumenten las barreras y mejoren la seguridad de los procesos de atención a los pacientes.

Contacto: Ana Mora Banderas - anamb@hcs.es

P-042 IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES

Autores: Díaz M, Villazala R, Aparicio T, Alonso G, Montes M, Muñoz MJ.

OBJETIVOS
La implantación y evaluación de vías clínicas es un objetivo del plan de calidad de nuestro Servicio de Salud. La alta prevalencia en el tratamiento quirúrgico de las varices y su curso predecible nos hicieron seleccionar este proceso. El objetivo es comprometer a los profesionales en la aplicación de la vía clínica, dar calidad en la atención a los pacientes y promover la mejora continua de la calidad. Se realiza una evaluación de la vía clínica tras un periodo de prueba de dos meses.

MÉTODOS
Se han realizado diferentes sesiones con los servicios implicados: angiología y cirugía vascular, anestesiología y reanimación, consultas externas de cirugía vascular, unidad de enfermería de cirugía mayor ambulatoria, unidad de enfermería de la planta de cirugía vascular y unidad de enfermería de quirófano de nuestro hospital. Los estándares de calidad de la atención a los pacientes que van a ser intervenidos de varices se integran en la matriz temporal científico-técnica. Para facilitar la aplicación adecuada y segura de las actividades asistenciales y dejar constancia de lo realizado, se protocolizan las órdenes de tratamiento y cuidados asistenciales y se indican las variaciones de la vía clínica. Para respetar la autonomía del paciente y de los familiares y capacitar en los cuidados y actividades de la vida diaria, se implanta la hoja de información gráfica para el paciente y los familiares y la hoja de recomendaciones al alta. El grado de satisfacción del paciente se valora con la encuesta de evaluación de la atención. Tras el periodo de prueba de dos meses, se evalúa la vía clínica con una serie de indicadores y la encuesta de satisfacción, y se crea un informe con las propuestas y modificaciones para la implantación definitiva.

RESULTADOS
En el momento actual se está implantando la vía clínica de varices, que está en el periodo de prueba. Se analizan la tasa de cumplimentación de la vía (pacientes que siguen la vía y son dados de alta según lo establecido), los sucesos adversos, las variaciones en la vía (debidas al paciente, al personal sanitario y/o a la institución) y el grado de satisfacción del paciente (en relación con la atención e información recibida, el trato humano, la percepción de los problemas percibidos y los aspectos de hostelería).

CONCLUSIONES
Consideramos que esta vía clínica es una correcta forma de mejorar la atención del paciente (salud, bienestar y satisfacción) y la calidad de la asistencia, con un mayor compromiso ético y una mayor seguridad para el trabajador y un aumento en la eficiencia de la institución.

Contacto: María Díaz López - mariad@sescam.jccm.es

P-043 LA ESCALA FINE COMO ELEMENTO DE AYUDA A LA DECISIÓN EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: Mozota J, Pérez-Aradros C, Rivas M, Vicente A.

INTRODUCCIÓN
Nuestro servicio de urgencias pertenece a un hospital de tercer nivel cuya población de referencia es de 275.000 personas, con una media de 400 urgencias/día. La neumonía adquirida en la comunidad es la sexta entidad diagnóstica en urgencias y una de las principales causas de ingreso hospitalario. Los criterios FINE ayudan a la toma de decisiones sobre la necesidad o no de ingreso.

OBJETIVO
Valorar la adecuación o inadecuación de ingreso de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, antes y después de sesiones clínicas formativas sobre los criterios FINE al personal médico.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio de intervención. Se realizaron dos sesiones clínicas, dirigidas tanto a los adjuntos como a los residentes, para explicar los criterios FINE y su posible utilidad para determinar la indicación de tratamiento hospitalario o ambulatorio. Así mismo, se colocaron fichas de los criterios FINE en la sala de trabajo de Urgencias. Muestras: se tomaron dos, una previa a la intervención en 47 pacientes elegidos al azar del total de 67 ingresados por ese motivo, y otra posterior a la intervención, en 68 pacientes elegidos al azar entre el total de 70 ingresados por ese motivo. A esos pacientes se les aplicaron los criterios FINE.

RESULTADOS
Las muestras estaban formadas por 30 varones y 17 mujeres con una edad media de 71 años y por 52 varones y 16 mujeres con una media de edad de 69 años, respectivamente. Siguiendo los criterios FINE, en la muestra preintervención fueron ingresados 4 pacientes del grupo I y 4 del grupo II, los cuales deberían haber recibido tratamiento ambulatorio, así como 1 del grupo I y 10 del grupo II en la muestra posintervención. Dentro del grupo III encontramos 11 pacientes en marzo y 14 en diciembre que fueron ingresados, cuyo tratamiento habría que individualizar. El número de pacientes que cumplen los criterios de ingreso son los que pertenecen al grupo IV, que en nuestra muestra son 18 en marzo y 32 en diciembre, y los que pertenecen al grupo V, que son 10 y 11, respectivamente.

CONCLUSIONES
En marzo fueron ingresados el 18% de los pacientes que podrían haber recibido tratamiento ambulatorio, y en diciembre el 16,17%. El porcentaje de pacientes ingresados que cumplían los criterios FINE fue del 59% y del 63,2%. Tras la intervención educativa, ha mejorado la adecuación del manejo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, con un aumento de las altas a domicilio en un 1,83% y de los ingresos adecuados en un 4,22%.

Contacto: Ángel Vicente Molinero - feliya@terra.es

P-044 DISEÑO Y EDICIÓN DE UN MANUAL DE MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Autores: Caballero-Mesa A, Pérez-García MC, Peñalver-Hernández F, Soto-Bernal JA, Aguilera-Rodríguez F, Sánchez-Nieto JM.

OBJETIVOS
1) Diseñar un manual de bolsillo de ayuda para todos los profesionales, facultativos y enfermeros implicados en la asistencia hospitalaria de los pacientes ingresados con ventilación mecánica no invasiva (VNI). 2) Incorporar recomendaciones basadas en la evidencia.

MÉTODO
De noviembre de 2006 a mayo 2007, se realizan las actividades de preparación y diseño del manual de uso de la VNI (MU-VNI). 1) Análisis de situación: medición de 6 criterios de calidad asistencial en pacientes con VNI. 2) Formación de grupo y cronograma. 3) Recopilación y selección de información (otros manuales). 4) Análisis de la experiencia externa: búsqueda de evidencias científicas y síntesis (extracción de recomendaciones). 5) Elaboración del MU-VNI.

RESULTADOS
1) Análisis de situación: la mayoría de criterios evaluados alcanzan un incumplimiento del 50%. Diseño: 2) Formación de grupo: grupo multidisciplinar con 6 profesionales (4 enfermeros y 2 facultativos) de la UCI y Neumología. Seis reuniones de grupo (técnicas de consenso formal). 3) y 4) Recopilación, selección de información y análisis de experiencia externa: revisión de 14 manuales sobre ventilación no invasiva. Revisión de seis guías de práctica clínica (GOLD 2005; ATS 2003; NICE 2004, CJR 2003, BTS: Thorax 2002; AHRQ 2005) y síntesis de la evidencia con extracción de 26 recomendaciones. 5) Elaboración del MU-VNI: 200 unidades de 76 páginas cada una en formato de 13x17 cm, anillado; contenido: descripción de modelo GOODKNIGHT ® 425 ST, descripción de modelo VISION ® y BIPAP S/T-D®. Apartados: material accesorio, montaje, mantenimiento e higiene, aplicación de la técnica y efectos indeseables. Apartado de 26 fichas de recomendaciones basadas en la evidencia. Inclusión de 48 fotos y dibujos en color. Solicitud de ISBN y depósito legal.

CONCLUSIONES
El manual de uso de la ventilación no invasiva representa una herramienta de apoyo necesaria para los profesionales hospitalarios, debido a los problemas asistenciales existentes en una tecnología emergente como la VNI.

Contacto: Juan Miguel Sánchez Nieto - juanm.sanchez3@carm.es

P-045 VACUNA ANTITETÁNICA. ¿VACUNAMOS ADECUADAMENTE?

Autores: Puente-Palacios I, García-Alfonso M, Skaf-Peters E, Puiggalí-Ballart M, Aranda-Cárdenas D, Clemente-Rodríguez C.

INTRODUCCIÓN
La actualización de la vacuna antitetánica (VAT) en adultos que consultan por heridas o quemaduras en los servicios de urgencias es deficiente. La gente no se acuerda de la revacunación cada 10 años y aprovecha estas incidencias para hacerlo. Esto favorece una vacunación inadecuada, con el consiguiente gasto sanitario innecesario y el riesgo para la población.

OBJETIVOS
Valorar el estado vacunal y el motivo de administración de la última VAT de los pacientes atendidos en un servicio de atención continuada. Valorar el número y la adecuación de las VAT administradas. Analizar variaciones por edad, nacionalidad y sexo.

MÉTODOS
Se incluyeron los pacientes que acudieron a nuestro servicio por heridas o quemaduras entre el 13/3/2007 y el 14/5/2007, y se hicieron constar la edad, el sexo, la nacionalidad, si se administraba VAT o no, la última VAT administrada y el porqué.

RESULTADOS
De 170 pacientes incluidos, 55,9% fueron hombres y 85,9% españoles. Con respecto al estado vacunal, 122 casos estaban bien vacunados (VAT en los últimos 10 años), 25 no y 23 no se acordaban. No se observaron diferencias por edad ni procedencia, aunque se observó una tendencia a una mejor vacunación en hombres. En cuanto al motivo de la revacunación, 80 pacientes (47,1%) lo había hecho por programación, 66 (38,8%) por herida, 15 (8,8%) por cirugía y 9 (5,3%) por otros motivos. No se hallaron diferencias por sexo, edad o procedencia. Se administró VAT a 59 pacientes (34,7%). Hubo 14 casos (8,3%) de vacunación inadecuada, con vacunación a un menor 25 años (edad en que acaba la protección de la última dosis del calendario vacunal obligatorio) o transcurridos menos de 10 años de la última dosis, así como no vacunación después de 10 años de la última dosis. Por edades, se halló que el mayor porcentaje de VAT programada estaba en edades inferiores a 25 años (VAT obligatoria). No hubo diferencias significativas a partir de los 25 años.

CONCLUSIONES
El 71,8% de los pacientes estaba bien vacunado. El 52,9% se revacunó aprovechando una incidencia. La administración de la VAT en Urgencias fue adecuada en el 91,8% de casos. La revacunación por exceso (71,48%) fue la principal causa de inadecuación.

Contacto: María Isabel Puente Palacios - 86838@imas.imim.es

P-046 MEJORA DE LOS CUIDADOS TRAS LA PROTOCOLIZACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DEL DVE

Autores: Pinilla-López A, Pintado-Juez Y, Sánchez-Sánchez M, Celada-Cajal FJ, Grill-Díaz F.

OBJETIVOS
1) Identificar el manejo y cuidado del drenaje ventricular externo y/o catéter de monitorización de PIC. 2) Informar y protocolizar los cuidados de enfermería respecto a dichos catéteres. 3) Ofrecer cuidados de calidad en pacientes portadores de DVE. 4) Disminución del riesgo de infección en DVE.

MÉTODO Y RESULTADOS
En el periodo del 1 de enero de 2006 al 30 de septiembre de 2006, se registraron en nuestra unidad 33 pacientes con DVE. De las muestras enviadas al laboratorio, 8 salieron infectadas. Debido al aumento de las infecciones de los DVE, implantamos un protocolo de cuidados del DVE. En el periodo del 1 de octubre de 2006 al 30 de abril de 2007, se registraron en nuestra unidad 17 pacientes con DVE; de las muestras enviadas al laboratorio, solamente salió una infectada, de la cual es importante destacar que el paciente portador de este dispositivo llegó a nuestra unidad con diagnóstico de ventriculitis y tanto la implantación como la manipulación previa del DVE se realizó fuera de nuestra unidad.

CONCLUSIONES
1) Conocimiento de las técnicas de manejo y cuidado del DVE. 2) Protocolización de dichos cuidados. 3) Mejora de los cuidados de los pacientes con DVE. 4) Disminución de infecciones en pacientes con DVE.

Contacto: Adriana Pinilla López - apldue@hotmail.com

P-047 PAPEL DE LAS REVISIONES DE RUTINA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ. UNA APORTACIÓN A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Carrasco Prieto AL, Castellanos Asenjo A, Martín Lozano ML.

OBJETIVOS
El estudio presenta una propuesta del papel relevante de las revisiones médicas rutinarias en el diagnóstico precoz de patologías prevalentes y su potencial aplicación en la mejora de la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO
Los autores analizan los factores clave que inciden en la sistemática clínica de las revisiones médicas de rutina como determinantes de la detección precoz de enfermedades, con el beneficio potencial derivado de su diagnóstico precoz. La metodología utilizada se basa en la gestión por procesos y se fundamentan los hallazgos en el soporte documental de la medicina basada en la evidencia.

RESULTADOS
Los factores identificados como relevantes en las revisiones médicas rutinarias realizadas en la práctica clínica, tanto en atención primaria como en atención especializada, representan un elemento de importancia con un alto impacto en cuanto a la detección precoz de patologías prevalentes en la población general. Se presentan los resultados en forma de sistemática clínica de las revisiones, datos clínicos y epidemiológicos a obtener y metodología de investigación clínica a aplicar en estas situaciones. Los resultados presentados permiten considerar que la información clínica que dichas revisiones aportan ofrece una oportunidad de primera magnitud para la mejora de la calidad asistencial desde el punto de vista de la medicina clínica preventiva.

CONCLUSIONES
Una protocolización apropiada de la sistemática clínica a seguir en las revisiones médicas de rutina realizadas por motivos en ocasiones banales puede proporcionar un importante beneficio para el paciente al representar una oportunidad excelente para el diagnóstico de precoz de patologías de alta prevalencia como el cáncer, la cardiopatía isquémica o la enfermedad vascular cerebral, con repercusiones relevantes en términos de mejora del pronóstico de las patologías detectadas.

Contacto: Ángel Luis Carrasco Prieto - alcarrascop@hotmail.com

P-048 NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA. UN PASO PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA

Autores: Solís-Muñoz M (ponente), Serrano-Gallardo P, Escudero-Gómez C, Subirana-Casacuberta M, De Andrés-Gimeno B, Revuelta-Zamorano M.

OBJETIVO
Analizar el nivel de evidencia científica de las técnicas y procedimientos de enfermería en lengua española.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal multicéntrico (6 centros: 4 en Madrid, 1 en Barcelona y 1 en Sevilla). Se seleccionaron 14 técnicas de enfermería atendiendo a la frecuencia de su uso diario, el aumento en la producción científica en los últimos años y la variabilidad en la práctica. Fuentes y estrategias de búsqueda de los documentos (unidades de análisis): 1) libros y manuales en bibliotecas especializadas y usando los OPAC (Online Point Access Catalog); 2) guías de práctica clínica y protocolos de los hospitales que forman parte de la Red de Medicina Basada en la Evidencia; 3) manuales, guías de práctica clínica y protocolos en línea, y mediante lenguaje controlado en PubMed, Cochrane Library, Cinahl e IBECS, entre otras. Se estandarizó el método de revisión de los documentos evaluando el nivel de evidencia de los estudios referenciados en ellos y abocando finalmente al grado de recomendación de cada técnica o procedimiento en función de la evidencia científica que lo respaldaba. Antes de iniciar la investigación se desarrollará un pilotaje con 20 documentos (10 en soporte de papel y 10 en línea), así como un entrenamiento de los investigadores para la revisión de los documentos. Para el análisis y tratamiento de los datos se utilizará un gestor bibliográfico (Reference Manager). Utilidad práctica de los resultados: el movimiento de Enfermería Basada en la Evidencia es de reciente incorporación en nuestro entorno sanitario, pero ha despertado la expectación y el interés de múltiples profesionales. Poder establecer y dar a conocer el nivel de evidencia científica de las técnicas y procedimientos de enfermería es una propuesta novedosa y promoverá la reflexión crítica de los profesionales de enfermería en su práctica diaria. Ese cuestionamiento puede originar un cambio en la elección de la técnica o procedimiento enfermero a partir del que haya sido evaluado con la mayor evidencia científica y mejor recomendación, por lo que podría conllevar una disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

CONCLUSIONES
Todas las iniciativas orientadas a la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la aplicación de técnicas y procedimientos de enfermería basados en evidencias conllevan dos grandes metas: la mejora de la calidad asistencial y la mejora de los resultados en salud.

Contacto: Montserrat Solís Muñoz - montsolis28@enfermundi.com

P-049 INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: Busca P, Argaia J, Huarte I, Aramburu F, Aguillo A, Lertxundi H.

INTRODUCCIÓN
Teniendo en cuenta la complejidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (pac.) con IAM (edad avanzada, pluripatología, presentación clínica atípica, sobrecarga de los servicios de urgencias, derivaciones a otros centros para la realización de angioplastia primera, etc.), además del indicador de tiempo puerta-aguja en la atención de los pac. con IAM, deben establecerse otros indicadores que nos permitan valorar la atención a estos pacientes. Con este fin, a partir del 1 de junio de 2006 y dentro de los indicadores de calidad relacionados con el proceso de atención urgente de nuestro servicio fijados por el sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000, se establecieron como indicadores: antiagregación en Urgencias, atenciones previas en Urgencias en los 15 días previos, prioridad asignada en el triage, tiempo de demora en la atención y la mortalidad en Urgencias.

OBJETIVO
Analizar los indicadores de calidad establecidos para los pac. diagnosticados de IAM en Urgencias. Se excluyen los pac. trasladados desde otros centros directamente a Medicina Intensiva sin la participación de Urgencias. Periodo de estudio: del 1 de junio de 2006 al 30 de abril de 2007.

RESULTADOS
Del total de 87.669 urgencias (urg.) atendidas en dicho periodo (media de urg./día: 262; media de urg. ingresadas/día: 59; porcentaje de urg. ingresadas: 22,61), fueron diagnosticados de IAM en Urgencias 159 pacientes (0,2%), con una edad media de 66 años. Recibieron antiagregación en Urgencias 149 pac. (93,7%). Habían sido atendidos en los 15 días previos 2 pac. (1,2%). Desde el triage se clasificaron como prioridad 1 (P-1: atención inmediata) el 73,5%, con una edad media (EM) de 67 años; como P-2 (atención en < 30 min.) el 11%, con una demora media en la atención de 12 min. y una EM de 72 años; como P-3 (atención en < 60 min.) el 11% (demora: 27 min., EM: 73 años), y como P-4 (atención en < 120 min.) el 4,5% (demora: 52 min., EM: 68 años). Un paciente falleció en Urgencias.

CONCLUSIONES
El seguimiento de estos indicadores en la atención de los pacientes con IAM permite analizar la calidad y las áreas de mejora en la atención que prestamos. El 37,5% de los pacientes expresan una sintomatología no típica, y son generalmente pacientes de edad más avanzada y con pluripatología, lo que retrasa el inicio de su atención inmediata.

Contacto: Pablo Busca Ostolaza - pablo.buscaostolaza@osakidetza.net

Mesa 4

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 1

P-050 - P-065

P-050 ANÁLISIS DE DROGAS ILEGALES EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BASURTO ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2006

Autores: Martínez I, Mendoza C, Tejada A, Sanz de Icaza L, Varela B, Eguileor M.

INTRODUCCIÓN
El cannabis, la cocaína y las anfetaminas son las drogas ilegales más consumidas en la Comunidad Autónoma Vasca. Es un hecho relativamente frecuente que estos consumidores, bajo determinadas condiciones clínicas, acudan al hospital. El patrón de consumo y las variables sociodemográficas de estos pacientes han sido, sin embargo, poco estudiados.

OBJETIVOS
Describir la tendencia del consumo y las principales características sociodemográficas de los consumidores de cannabis, cocaína y anfetaminas que han sido atendidos en el Hospital de Basurto entre los años 2004 y 2006.

MÉTODOS
1) Muestra: estudio descriptivo retrospectivo de los resultados de las peticiones de cribado de drogas de abuso solicitadas al laboratorio de Urgencias entre los años 2004 y 2006. 2) Prueba diagnóstica: se utilizó el INSTANT-VIEW® Multi-Drug Screen Urine Test (inmunoanálisis cromatográfico) para determinar los valores de corte en orina de 9 analitos (anfetamina: 1.000 ng/mL, cocaína: 300 ng/mL y cannabis 50 ng/mL). 3) Variables de análisis: se analiza la tendencia lineal de los resultados positivos para los tres años. La edad y el sexo de los consumidores se describen para el año 2006.

RESULTADOS
1) Descripción: se han realizado 6.228 solicitudes de análisis de drogas en los tres años (1.588 en 2004, 2.221 en 2005 y 2.419 en 2006), de las que 2.069 (33%) fueron positivas a alguna de las tres drogas (cannabis en 1.432 (69%), cocaína en 1.082 (52%) y anfetaminas en 161 (8%)). 2) Tendencias: la tendencia es negativa para cannabis y cocaína y positiva para anfetaminas. 3) Edad y sexo: 560 pacientes dieron positivo para una o más de las tres drogas: 408 (73%) hombres y 152 (27%) mujeres, y la edad media fue de 32 ± DE: 9,4 en los varones y de 31 ± DE: 9,9 en las mujeres.

CONCLUSIONES
1) En la atención hospitalaria a consumidores de drogas ilegales, la droga más frecuente es el cannabis, seguida de la cocaína y las anfetaminas, 2) A pesar del aumento anual de las solicitudes de análisis en el periodo estudiado, los resultados positivos a cannabis y cocaína disminuyen; sin embargo, aumentan para las anfetaminas. 3) Los consumidores son hombres y la edad entre los sexos no varía.

Contacto: Inmaculada Martínez - baular@terra.es

P-051 PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN EL MAPA SANITARIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Autores: Amorín MJ, Bayarte T, Corvobilla JL, Marcuello MT, González B, Otín P.

INTRODUCCIÓN
El mapa sanitario de Aragón, aprobado por el Decreto 130/1986, representa la organización territorial de los centros y establecimientos que conforman el Servicio de Salud de la comunidad autónoma. En él se establece la ordenación territorial y funcional en zonas de salud, sectores y áreas de salud, cuya revisión se realiza anualmente en función de las alegaciones recibidas.

OBJETIVOS
Establecer un proceso de mejora continua en el desarrollo y actualización del mapa sanitario.

MÉTODOS
Se han identificado los clientes que intervienen en el proceso de desarrollo, actualización y uso del mapa sanitario. Se diferenció entre clientes internos (del departamento de Salud y Consumo) y clientes externos. Se ha establecido contacto con ellos para, de manera específica, tratar necesidades y expectativas en relación con el mapa sanitario.

RESULTADOS
Se han identificado como clientes internos: los profesionales asistenciales y los profesionales de salud pública del Servicio Aragonés de Salud y de la Dirección General de Planificación Sanitaria. Los clientes externos señalados han sido los siguientes: el Instituto Aragonés de Estadística y las gerencias de urbanismo y los servicios de estadística de los Ayuntamientos de Zaragoza y Huesca. Las necesidades identificadas han sido las siguientes: disponibilidad de una base de datos que recoja la composición territorial del mapa sanitario, información de la población y su evolución en cada zona de salud, recopilación de la legislación que afecta al mapa sanitario, y disponer de cartografía de cada zona de salud, así como del callejero normalizado. Además, se ha manifestado la necesidad de disponer de una o varias personas de contacto a las que dirigir las consultas relacionadas con el mapa sanitario.

CONCLUSIONES
El mapa sanitario es un elemento clave en la planificación de los recursos estructurales de cualquier sistema de salud. Son múltiples los profesionales del campo de la salud como de otras áreas que se ven implicados en su desarrollo y actualización, bien porque necesitan del mismo para desarrollar su trabajo o realizar proyectos de investigación, bien por ser fuente de información para el propio mapa sanitario, como en el caso de la cartografía o de los datos de población de Padrón.

Contacto: María José Amorín Calzada - mjamorin@aragon.es

P-052 COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE LA LIMPIEZA DEL HOSPITAL. SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

Autores: Gómez M, Valverde J.

OBJETIVO
Evaluar el nivel de limpieza del hospital utilizando una nueva herramienta de control, como es la Comisión de Seguimiento.

METODOLOGÍA
Se constituye la Comisión el 19 de octubre de 2006. Participan en la misma el subdirector de Gestión, el director de Enfermería, la coordinadora de Calidad, la enfermera epidemióloga, el encargado de limpieza, un representante del Servicio de Prevención y un representante del Comité de Seguridad y Salud. Desde su constitución, se realiza una ruta mensual de observaciones conjuntamente entre los respectivos responsables de la empresa adjudicataria y uno o varios miembros de la Comisión de Seguimiento. Se observa los procedimientos de limpieza establecidos para cada una de las zonas: zona A: zona altamente protegida; zona B: zona protegida; zona C: zonas administrativas y de no realización de procedimientos a pacientes; zona D: zonas de hostelería; zona E: vestuarios, aseos y cuartos de baño de todo el centro, que no están incluidos en las zonas A y B; zona F: talleres, almacenes y locales técnicos; zona G: exteriores y viales para la evaluación. Se utilizan indicadores de estructura (17 puntos), proceso (23 puntos) y resultado (60 puntos). La calificación conceptual es la siguiente: muy mala: 0-49 puntos; mala: 50-79; aceptable: 80-90 puntos; buena: 90-100 puntos. Si la puntuación no alcanza el nivel de 80, se podrán establecer las penalizaciones económicas en función de cada una de las zonas de riesgo.

RESULTADOS
Se han realizado 6 inspecciones y se han llevado a cabo 2 informes de evaluación. La valoración global para el último trimestre del 2006 ha sido de aceptable (88,3%) y para el primer trimestre del 2007 de buena (95,54%).

CONCLUSIONES
La Comisión de Seguimiento ha resultado un instrumento válido a la hora de medir la calidad de la limpieza, pero también nos ayuda a encontrar oportunidades de mejora en relación con la limpieza del hospital.

Contacto: Mar Gómez Santillana - marg@sescam.org

P-053 INDICADORES DE CALIDAD EN EL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores: Lafuente-González M, Velaz-Suárez A, Díez del Pino A.

OBJETIVOS

Un área de especial interés dentro de la actividad asistencial del farmacéutico de hospital es el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), que basa su actividad en la dispensación de medicamentos, previa validación farmacéutica de las prescripciones de los mismos. El SDMDU permite garantizar que en todo momento el medicamento llegue al paciente de forma rápida, eficaz y segura. Para evaluar que este sistema funciona correctamente, es necesario un sistema de garantía de calidad (SGC), con unos estándares e indicadores de calidad (IC) previamente definidos. El objetivo es revisar los actuales IC en el SDMDU y determinar un valor óptimo, adecuándolos a las características del Servicio de Farmacia (SF) y del hospital, que permita comprobar periódicamente el desarrollo del proceso, detectar desviaciones y establecer sistemas de corrección encaminados a la mejora de los procesos implicados en el circuito.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de estudios y publicaciones relacionados con el SGC, el SDMDU y los IC con objeto de establecer los IC del área y que permita además determinar puntos críticos y una mejora continua del proceso. Para cada indicador se especificó la fuente de información, la frecuencia de medida y el valor óptimo. Una vez definido el indicador, se analiza la concordancia con los estándares deseados, se implantan y se reevalúa el proceso con los indicadores propuestos.

RESULTADOS

Se han establecido una serie de IC de medida mensual y anual, coherentes con la política y objetivos de nuestro SF y del hospital, que nos proporcionan información relevante en el SDMDU. Indicador de trascripción: número total de errores de trascripción de medicamentos/número total de medicamentos trascritos (valor óptimo < 6%). Se revisan las órdenes de tratamiento de 40 pacientes (4 unidades de hospitalización con SDMDU y 10 pacientes por unidad de hospitalización). Indicador de llenado de carros de medicación: número total medicamentos incorrectos en el carro/número total de medicamentos en el carro de una unidad de hospitalización (valor óptimo < 1%).

CONCLUSIONES

El análisis de la evolución de los IC y su continua revisión ayuda a identificar puntos críticos que evidencien oportunidades de mejora optimizando los recursos disponibles. Mantener un SGC y mejorar continuamente su eficacia, con una orientación enfocada a la satisfacción de los pacientes, constituye un objetivo permanente para nuestro SF.

Contacto: Marta Lafuente González - marta_lafuente@hotmail.com

P-054 NADA ES FRUTO DE LA CASUALIDAD. EVOLUCIÓN DE LAS JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN DE CALIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS-PASQAL

Autores: Franco Vidal A, Berros Reinoso MA, Herranz V, Fernández León A, Gómez Suárez E, Fernández Muñiz P.

OBJETIVO

En el año 2004, la Junta Directiva de PASQAL llevó a cabo un replanteamiento de las jornadas que venía realizando con objeto de fomentar la participación de los profesionales, establecer alianzas con las gerencias de las áreas sanitarias y dar a conocer las experiencias y proyectos relacionados con la calidad asistencial desarrollados en Asturias.

MÉTODO

Celebración rotatoria de las jornadas en las distintas áreas sanitarias, estableciendo facilidades de participación y acuerdos con las gerencias para la organización de las jornadas. Incluir y fomentar la presentación de comunicaciones, tanto orales como pósters, y no solo la presentación de ponencias, así como la diversidad (niveles, áreas temáticas, etc.).

RESULTADOS

Las jornadas se han venido celebrando tanto en las áreas periféricas como en las centrales (Cangas de Onís, Puerto de Vega, Sama de Langreo, Avilés). Se han establecidos precios reducidos para socios y personal de las áreas organizadoras y para los comités organizadores conjuntos y se han establecido premios y distinciones. El número de asistentes ha aumentado progresivamente en los últimos años, desde 46 en 2005 a 170 en 2007. También han aumentado el número de comunicaciones presentadas, de 5 (2005) a 54 (2007). El aumento se ha producido en casi todas las áreas sanitarias, especialmente en aquellas que organizan las jornadas. El aumento se ha producido principalmente por las comunicaciones presentadas desde Atención Especializada. Las mayoría de las comunicaciones (48%) corresponden a proyectos de mejora implantados sin evaluación posterior, mientras que un 20% corresponden a ciclos completos de PDCA (con evaluación pre y pos).

CONCLUSIONES

Ha mejorado la participación en las jornadas, tanto en presentación de comunicaciones como en participantes. Las alianzas con las gerencias fomentan la participación del área. Las jornadas constituyen un foro de intercambio de experiencias de proyectos de calidad, especialmente en AE. Sin embargo, nos planteamos los siguientes retos: fomentar la participación de determinadas áreas sanitarias, así como de otros ámbitos asistenciales (Salud Mental) y no asistenciales o sociosanitarios, y promover la puesta en marcha de proyectos en un mayor número de áreas temáticas, así como desarrollar ciclos completos de PDCA.

Contacto: Amalia Franco Vidal - amalia.franco@sespa.princast.es

P-055 VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE DOLOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Latorre-Marco I, Serrano-Ruiz A, Solís-Muñoz M, Rubio-Correal AI, Várez-Hernández MI, Merlo-López M.

OBJETIVOS

Primario: validación de una escala para la valoración del dolor en pacientes críticos como herramienta de mejora de la calidad asistencial. Secundario: implementación de la escala en la práctica clínica.

MÉTODOS

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) del HU Puerta de Hierro se está desarrollando un proyecto de investigación, financiado con fondos públicos, que propone la validación de la escala de Campbell modificada para la valoración del dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica (VM), así como la valoración de su aplicabilidad en la práctica clínica. Se recogerán datos de indicadores fisiológicos y conductuales de los pacientes ante procedimientos dolorosos. El proyecto ha supuesto la realización de sesiones clínicas, de trabajo de grupo y de consenso. Evaluación: una vez validada la escala, se medirá su grado de implementación: 1) conocimiento de la escala de dolor en su contenido y forma de utilización, mediante entrevista con los profesionales; 2) aplicación en la práctica mediante la cumplimentación de los registros y el uso en el 100% de los casos en el plazo máximo de seis meses.

RESULTADOS

El estudio multidisciplinar está en fase de pilotaje y cuenta con una participación del 30% de las enfermeras de la UCI. Ha habido un 90% de asistencia en las sesiones de trabajo y consenso, orientadas a la formación sobre la herramienta, la unificación de criterios para valorar el dolor y el diseño del registro. Una vez validada la escala, el equipo investigador será el responsable de organizar sesiones de difusión que permitan una implementación de la escala en la UCI en un periodo máximo de 6 meses.

DISCUSIÓN

La evaluación periódica del grado de dolor de los pacientes y su tratamiento precoz disminuye sus complicaciones asociadas, la morbilidad y la mortalidad. Por tanto, el uso de una herramienta estandarizada, sencilla y eficaz influirá de manera importante en el éxito del control del dolor y del tratamiento de los pacientes críticos. Además, fomenta la disminución en la variabilidad de la práctica clínica respecto a la valoración y el registro del dolor.

Contacto: Ignacio Latorre Marco - ilatorre.hpth@salud.madrid.org

P-056 ¿QUÉ ES QUÉ? GRIPE O RESFRIADO

Autores: Félez E, Barbero A, García D, Mimoso S, Pons M, Solana R.

OBJETIVOS

Presentar la formación realizada para capacitar a la población mayor de 60 años para poder afrontar el contagio de la gripe y el resfriado, diferenciar los síntomas y signos de ambas, conocer los recursos para prevenir el contagio, saber cómo actuar en caso de enfermedad y decidir cuándo recurrir a los servicios sanitarios de urgencias.

MÉTODOS

Exposición teórica con representación teatral que se concreta en la actuación de tres enfermeras: oradora, enfermera de gripe con camiseta roja y enfermera de resfriado con camiseta amarilla, que iban escenificando signos y síntomas en coordinación con la exposición oral. Se realizó en una residencia con centro de día y un casal en octubre de 2006, quince días antes de iniciar la vacunación. Para evaluar la comprensión de las diferencias que existen entre ambas, utilizamos preguntas orales cerradas y se repartieron servilletas rojas y amarillas para las respuestas a mano alzada. Las preguntas relacionadas con cómo prevenir el contagio y cómo tratar la enfermedad fueron abiertas y se iban anotando en una pizarra según las intervenciones espontáneas.

RESULTADOS

El total de asistentes fue de 80 personas. En las preguntas en relación con las diferencias entre gripe y resfriado participaron activamente el 95% y respondieron correctamente el 97%. Respecto a las preguntas de cómo prevenir el contagio y cómo tratar la enfermedad, las repuestas correctas fueron del 100%, resultados que presentaremos más ampliamente.

CONCLUSIONES

La participación y el interés han sido altos y han estado influidos en gran parte por el hecho de trabajar en un ambiente relajado y con un método que ha servido para pasar un tiempo divertido, aprendiendo e intercambiando ideas. Con las respuestas obtenidas deducimos que un porcentaje elevado demuestran conocer las diferencias entre la gripe y el resfriado, saben actuar para prevenir estas patologías y saben cómo tratar el contagio. Un dato a destacar es que un porcentaje alto no tenga termómetro y que los que lo tienen no lo utilicen. Por esta intervención, es difícil medir la influencia de la misma en la autonomía del autocuidado, el incremento en la administración de la vacuna antigripal y la mejor utilización de los servicios sanitarios, pero estamos convencidas de que actuaciones de este tipo dirigidas a la población de riesgo mejoran el hecho de afrontar de forma más efectiva estas situaciones. Por último, esta experiencia ha hecho que nos planteáramos elaborar un programa de intervención anual en la comunidad y hacerlo extensivo a toda la población adscrita a nuestra área.

Contacto: Estel Félez Carrobé - estelfelez@hotmail.com

P-057 PRIORIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACÉUTICAS AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Autores: Jiménez-Puente A, García-Alegría J, Martín-Escalante MD, Martos-Pérez F, Faus-Felipe V, Perea-Milla E.

OBJETIVOS
Las prescripciones al alta hospitalaria en pacientes ancianos y pluripatológicos pueden ser extremadamente complejas. Nos planteamos conocer qué proporción de tratamientos son considerados imprescindibles por los médicos prescriptores.

METODOLOGÍA
Estudio observacional transversal realizado en el Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga). Revisión independiente por parte de dos internistas de los fármacos prescritos en una muestra aleatoria de 60 altas por insuficiencia cardíaca de 2004 a 2006 y calificación de cada uno de los fármacos prescritos como imprescindible, conveniente o no indicado. Cálculo de la proporción de prescripciones según prioridad, globalmente y por grupos terapéuticos.

RESULTADOS
Se prescribieron al alta un promedio de 9 fármacos y 13,5 tomas diarias por paciente. Los revisores consideraron imprescindibles un 68,4% de las prescripciones (IC del 95%, 65,5-71,2), convenientes un 25% (IC del 95%, 22,4-27,6) y no indicadas un 6,6% (IC del 95%, 5,1-8,1). De los 15 grupos terapéuticos más prescritos, solo 6 (insulinas, antitrombóticos, IECA, hipolipemiantes, alfa y beta bloqueantes y antiagregantes plaquetarios) superaron el 90% de prescripciones consideradas imprescindibles. En el otro extremo, los fármacos de 5 grupos no alcanzaron el 50% de calificaciones de imprescindibles: vasodilatadores, anticolinérgicos, corticoides sistémicos, hierro y antigotosos. El 41% de las indicaciones de este último grupo fueron consideradas inadecuadas.

CONCLUSIONES
Una proporción considerable de las prescripciones al alta hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca no se consideran imprescindibles. Una posibilidad de simplificación de los tratamientos complejos pasaría por la división en el informe de alta entre los fármacos que se consideran imprescindibles y los que son convenientes, con el fin de evitar que sean los propios pacientes quienes realicen esta priorización.

Contacto: Alberto Jiménez Puente - ajpuente@hcs.es

P-058 INDICADORES AMBIENTALES DIRECTOS E INDIRECTOS HOSPITALARIOS: IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA CON METODOLOGÍA 6-SIGMA

Autores: Dewisme M, Arrechea R, González R, Ascaso J, Aldea A, Emparan C.

INTRODUCCIÓN
En todo sistema de gestión ambiental existen dos tipos de indicadores: directos e indirectos. Los indicadores directos son resultado del seguimiento de los aspectos directos, que son aquellos generados por las actividades o servicios de FHC en condiciones normales y anormales de operación. Los indicadores indirectos son el resultado del seguimiento de los aspectos ambientales indirectos, que son aquellos consecuencia de las actividades, productos y servicios sobre los que la organización no tiene pleno control de gestión y que pueden producir impactos ambientales.

OBJETIVO
Valorar los indicadores ambientales utilizando metodología 6-sigma y describir las medidas de mejora en el impacto ambiental de la Fundación Hospital Calahorra.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se empleó metodología "lean 6-sigma" para valorar los indicadores ambientales incluidos en el proceso ISO 14001:2004 ambiental. Los indicadores se definieron empleando los criterios de misión y visión de la declaración ambiental, se midieron tras identificar las necesidades y clientes del proceso y se analizaron empleando diagramas de control, diagramas de Pareto y niveles de error en 3-4 sigma, para posteriormente indicar en la Comisión Ambiental las medidas de mejora y control de los mismos. Se analizó la experiencia desarrollada durante el año 2006.

RESULTADOS
En el aspecto de gestión de residuos hospitalarios o gestión de elementos contaminantes, se identificaron dos indicadores clave por cada objetivo ambiental, se analizaron con indicadores trimestrales, comparando con el histórico de 3 años previos, y se identificaron dos procesos "fuera de control" y tres eventos centinela con significación estadística. A todos ellos se les realizó un análisis AMFE y un ciclo de Ishikawa, y se aplicaron cinco medidas correctivas con las que mejoró significativamente la gestión ambiental de los mencionados procesos, de manera que se cumplieran los objetivos indicados por la declaración ambiental.

CONCLUSIONES
Los indicadores directos fueron más fácilmente mejorados y sus correcciones más rápidamente aplicadas que los indirectos, en los que, a pesar de identificar las causas raíz, en muchas ocasiones no se puedo controlar de forma eficaz la implantación de medidas correctivas.

Contacto: María Dewisme Prados - mdewisme@fhcalahorra.com

P-059 ADECUACIÓN DEL INDICADOR DE LOS FACTORES ESTIMULANTES DE ERITROPOYESIS AL OBJETIVO PACTADO EN EL CONTRATO PROGRAMA 2007

Autores: González-González EM, Pérez-Encinas M, Sanz-Márquez S.

OBJETIVO
Evaluar la adecuación del indicador de utilización de los factores estimulantes de la eritropoyesis en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) y en pacientes con anemia posquimioterapia (AP) al objetivo pactado en el contrato-programa 2007 del hospital.

MÉTODO
Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes correspondientes a las unidades de Nefrología y Oncohematología atendidos en la Unidad Ambulatoria del Área de Farmacia que iniciaron eritropoyetina para la anemia por IRC o para el tratamiento de la AP entre los meses de enero a abril de 2007. Los pacientes fueron seleccionados a través de la aplicación Farmatools®. Se revisó la historia clínica informatizada y se recogieron datos demográficos, servicio clínico, dosis de eritropoyetina semanal, valor de hemoglobina (Hb) al inicio del tratamiento y nivel de creatinina sérica. El criterio seguido para evaluar la adecuación del indicador en IRC fue: creatinina sérica ≥ 2 mg/dl y Hb ≤ 11 g/dl en mujeres y Hb ≤ 12 g/dl en varones, y en AP un nivel de Hb ≤ 10,5 g/dl.

RESULTADOS
Se evaluaron 30 pacientes con IRC (60% mujeres), la edad media fue de 75,8 años (43-92) y la media de creatinina de 2,9 (1,36). En los varones, la media de Hb al inicio del tratamiento fue 9,4 (1,3) y la dosis media de eritropoyetina expresada en UI/kg/semana fue de 74 (36,9), y en las mujeres de 9,9 (0,8) y de 72 (41,59), respectivamente. La adecuación del indicador fue del 100% en varones y del 94,4% en mujeres, ya que aunque en cuatro de los pacientes el valor de creatinina era inferior a 2, todos ellos presentaban un grado de insuficiencia renal de moderada a severa. Asimismo, se evaluaron 35 pacientes de Oncohematología (57,1% hombres), con una edad media de 67,9 (38-88). De los 35 pacientes, 11 correspondieron a la unidad de hematología, con una media de Hb al inicio de 9,4 (1,04) y un grado de cumplimiento al objetivo pactado del 100%. Los 24 pacientes pertenecientes a la unidad de oncología presentaron una media de Hb de 9,6 (0,7) y una adecuación al objetivo pactado del 91,6%. Todos los pacientes recibieron una dosis semanal fija de 30.000 o 40.000 UI de eritropoyetina según la especialidad disponible en el Área de Farmacia.

CONCLUSIONES
El grado de adecuación al objetivo pactado ha sido óptimo tanto en los pacientes con IRC como en los de Hematología y aceptable para los pacientes de Oncología. Se debe mantener y mejorar la adhesión para poder alcanzar el objetivo estratégico de Farmacia para 2007.

Contacto: Enriqueta María González González - egonzalezg@fhalcorcon.es

P-060 SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (ISO 9001:2000, ISO 14001:2004 Y OSHAS) EN UNA UNIDAD DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

Autores: Arrechea R, Dewisme M, González R, Ascaso J, Aldea A, Emparan C.

INTRODUCCIÓN
La unidad de mantenimiento de la Fundación Hospital Calahorra consiguió la certificación ISO de gestión de la calidad y ambiental en el año 2004. Con motivo del proceso de certificación OSHAS en el que se involucró durante el 2005, ha tratado de desarrollar un sistema integrado de gestión de la calidad (al cliente, ambiental y laboral).

OBJETIVO
Integrar a la unidad de mantenimiento en los ciclos de gestión hospitalarios, y disponer de una serie de criterios integrados en el sistema de gestión integral global del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS
Revisión, elaboración y definición de los diferentes procesos de la unidad, tanto en mantenimiento preventivo como en mantenimiento correctivo y gestión de la tecnología. Se determinaron los indicadores clave establecidos para cada uno de los sistemas de gestión hospitalaria y se adaptaron a las actividades clave de la unidad de mantenimiento.

RESULTADOS
Se consiguió desarrollar un conjunto de actividades y criterios de funcionamiento con objetivos alineado al cumplimiento de los requerimientos que marcan los diferentes modelos de calidad según la norma ISO 9001:2000, la norma ISO 14001:2004 (calidad ambiental), el reglamento europeo EMAS y la norma OHSAS (riesgos laborales), y que se adaptara a la norma de gestión de la información según las normas ISO 27001:2005 e ISO 17799: 2005.

CONCLUSIONES
Incluso en las unidades de soporte de la actividad hospitalaria, la definición de los procesos mediante la integración de los requerimientos de los diferentes sistemas de gestión permite alinear la actividad de la unidad con los procesos generales transversales hospitalarios.

Contacto: Ruth Arrechea Eneriz - rarrechea@fhcalahorra.com

P-061 PRIMERA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL EN 4 CENTROS DE SALUD DEL ÁREA DE CARTAGENA

Autores: Sánchez-Nanclares G, Delgado MJ, Reigadas MI, Requena RM.

OBJETIVOS
Medir para mejorar. ¿Cómo atendemos a nuestros pacientes con consumo excesivo de alcohol? En nuestra Área de Salud, este es el programa con peor captación en todas las evaluaciones efectuadas por la gerencia en los últimos años. Pero, al margen de la accesibilidad, ¿cómo atendemos a los escasos pacientes incluidos en este servicio? Nos centramos en 4 centros de salud pertenecientes a dicha área de salud. La dimensión estudiada es la calidad científico-técnica.

MÉTODOS
Medimos el cumplimiento de 7 criterios (de C1 a C7) basados en las normas técnicas mínimas que figuran en la cartera de servicios. Todos ellos son criterios de proceso y deberán cumplirse en toda persona incluida en este servicio: C1: cuantificación de su consumo de alcohol. C2: realizado el cuestionario de despistaje de alcoholismo CAGE. C3: aquellas personas incluidas cuyo cuestionario CAGE sea positivo deberán tener evaluada su dependencia alcohólica mediante el cuestionario normalizado MALT. C4: todos deberán ser clasificados según su relación con la ingesta de alcohol en una de estas 3 categorías: I = bebedor de riesgo (BR), II = BR con trastorno relacionado con el alcohol (TRA) o bebedor problema, III = BR con síndrome de dependencia alcohólica (SDA). C5: analítica con GGT y VCM, al menos una vez en el último año. C6: hacer constar el consejo de abstinencia (imperativo en adolescentes y embarazadas) o reducción del consumo. C7: reevaluación anual del consumo y de la clasificación. Las unidades de estudio son comunes a los 7 criterios. Las fuentes de datos son listas de diagnósticos relacionados con el alcohol por CIAP entre el 1/1/2005 y el 31/12/2006, obtenidos a través de historia clínica informatizada. El marco muestral fue tan exiguo que supuso toda la muestra. No fue necesario método de muestreo alguno. Tampoco se utilizó mecanismo de sustitución. El tipo de evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

RESULTADOS
El grado de cumplimiento fue muy bajo para todos los criterios en los 4 centros. Tan solo se alcanzó el estándar (80%) en uno de los criterios (C1 = 92%) y en un solo centro. Las frecuencias de cumplimiento de cada criterio coincidían en 3 de los centros, a pesar de la diferente composición de sus poblaciones. C3 fue el más incumplido en los 4 centros (0-3%).

CONCLUSIONES
La atención de este servicio en estos 4 centros es muy mejorable, y el patrón de incumplimiento coincide en 3 de los 4, lo que induce a pensar en un factor común a todos los centros e independiente de la población.

Contacto: Gorka Sánchez Nanclares - gorka.sanchez@carm.es

P-062 CALIDAD DE LA METODOLOGÍA PRONÓSTICA EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Autores: Magán P, Pastor A, Pérez J, Gómez de la Cámara A.

INTRODUCCIÓN
El estudio del pronóstico exige una metodología específica, que incluye la necesidad de utilizar tipos de diseños epidemiológicos específicos, así como elementos y componentes metodológicos apropiados. Incluye también el uso de procedimientos de análisis epidemiológico y estadístico particulares.

OBJETIVO
Analizar las características metodológicas de los trabajos con fines pronósticos y reglas de predicción clínica publicados en centros españoles durante los últimos 5 años.

MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo de revisión de la literatura. Ámbito del estudio: literatura biomédica procedente de centros españoles. Sujetos: artículos aparecidos en PubMeb y Embase sobre pronóstico, publicados en revistas españolas o internacionales por autores de un centro español durante el periodo 2002-2006 (ambos incluidos). Se consideraron publicaciones sobre pronóstico aquellos artículos cuyas palabras clave recogían alguna de las siguientes: cohorte, factor de riesgo, factor predictivo, riesgo, pronóstico, reglas de predicción clínica, supervivencia. Procedimientos: selección y revisión protocolizada por revisores entrenados. Criterios de selección: a) direccionabilidad prospectiva; b) muestreo por la exposición; c) indicación del tiempo de seguimiento.

RESULTADOS
Se obtuvieron 747 artículos, de los cuales el 3,47% no estaban realizados por autores de un centro español y en el 4,42% no coincidía la fecha de publicación con la del periodo de estudio. De los 689 artículos restantes, cumplían los criterios de selección el 14,80% (102), con una razón de variación (RV) = 0,57. La proporción de artículos en cada año del estudio fue del 14,51% en 2002, del 17,56% en 2003, del 21,62% en 2004, del 21,04% en 2005 y del 25,25% en 2006. La RV entre el año con menor número de artículos seleccionados y el de mayor número es de 0,22. La razón entre el número de artículos seleccionados y no seleccionados para cada año del estudio fue de 0,15 en 2002, de 0,08 en 2003, de 0,15 en 2004, de 0,16 en 2005 y de 0,31 en 2006.

CONCLUSIONES
Se observa un aumento en la publicación de estudios de pronóstico en el periodo considerado. Se objetiva una importante variabilidad en el número de publicaciones sobre pronóstico en el tiempo. Es necesario seguir profundizando en el conocimiento de la calidad científico-técnica de los estudios de pronóstico para evitar una toma de decisiones erróneas por parte de los profesionales clínicos.

Contacto: Purificación Magán Tapia - pmagantapia@hotmail.com

P-063 VÍA CLÍNICA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: EVALUACIÓN CONTINUA Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores: Fariñas-Álvarez C, Martínez-Ochoa E, Rojo-Pérez E, Alonso-Renero S, Quintana-Cabrieces S, Blanco-Suárez D.

OBJETIVO
Evaluar la vía clínica de la histerectomía abdominal implantada en nuestro hospital a través de sus indicadores (cobertura, efectividad, seguridad y satisfacción) como una oportunidad para detectar áreas de mejora.

MÉTODOS
La fecha de implantación de la vía de histerectomía abdominal fue marzo de 2004. El periodo de estudio comprende desde esa fecha hasta el 31 de diciembre de 2006. La evaluación de la vía es continua, a través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto. Se han calculado los indicadores específicos de cobertura, efectividad (grado de cumplimiento de la duración de la estancia), seguridad (aparición de complicaciones o incidencias) y satisfacción (a través de encuestas diseñadas al efecto). Los documentos analizados han sido la hoja de variaciones y la encuesta de satisfacción. La satisfacción global se evalúa mediante la pregunta de si recomendaría el hospital a algún familiar.

RESULTADOS
Se han incluido 142 pacientes en la vía clínica. La cobertura de la vía clínica ha presentado una mejoría a lo largo del periodo estudiado, pasando de 56,3% en 2004 a 76,4% en 2006. Con respecto a la efectividad, el plazo establecido en el que han de ser dadas de alta las pacientes es de 7 días, indicador que se cumple en el 69,1% de las mujeres en 2006, una cifra similar a la de los dos años previos. La estancia media se mantiene en 7 días. La seguridad de la vía clínica, medida como ausencia de efectos adversos, se ha mantenido en torno al 50% en los dos últimos años, aunque en 2004 fue del 72,2%. Las principales complicaciones ocurridas en 2006 fueron las siguientes: náuseas/vómitos (23,8%), dolor (19%), reintervención (6,8%) y seroma (4,3%). Con respecto a la satisfacción de las pacientes, en los tres años evaluados ha sido del 100%, aunque la tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción ha variado del 17% el primer año al 58% en 2006.

CONCLUSIONES
En general, los indicadores de la vía clínica han ido mejorando desde su implantación. La evaluación sistemática de la vía ha permitido identificar áreas de mejora; un ejemplo de las áreas propuestas para 2007 es el siguiente: elaborar una nueva encuesta de satisfacción con el mismo formato y preguntas de la encuesta de hospitalización del hospital para facilitar su comparabilidad, revisar la información dada a las pacientes de la vía clínica, con la elaboración de material informativo, y revisar la anotación de incidencias en la hoja de seguimiento de la vía clínica.

Contacto: M Concepción Fariñas Álvarez - mfarinas@hsll.scsalud.es

P-064 INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

Autores: Grutzmancher S, Garrido MT, Sánchez E, Ynfante I, Bocanegra C.

OBJETIVO
Diseñar un indicador sintético (IS) que permita evaluar la calidad de la prescripción farmacéutica con un único valor.

MÉTODO
Se ha diseñado un indicador sintético con reconversión de escala y ponderación de los subindicadores, según el siguiente procedimiento. Selección de subindicadores: los establecidos en el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con los hospitales sobre prescripción por principio activo y prescripción de medicamentos de elección. Normalización de datos: se ha realizado mediante la proporción de cada subindicador con su valor óptimo (subindicador/valor óptimo), con la salvedad de que aquellos valores que sean superiores al valor óptimo toman directamente el valor 1. Como valor óptimo se ha considerado el establecido por el SAS a las unidades de gestión clínica (UGC). Los subindicadores en blanco toman el valor 1. Los valores oscilan entre 1 y 0. Se ha establecido como máximo el valor 1, porque así valores por encima del valor óptimo no favorecen en la suma final a otros subindicadores cuyo valor sea inferior. Ponderación: ha sido realizada por los autores, según la importancia que han considerado que tienen los distintos subindicadores en la calidad de la prescripción. La prescripción por principio activo y la no prescripción de novedades terapéuticas tienen un mayor peso relativo. Agregación: es la suma de los valores obtenidos al multiplicar el valor normalizado por su peso relativo.

RESULTADOS
Se obtiene un IS con un valor comprendido entre 100 y 0 que agrupa a todos los subindicadores. El valor máximo que se alcanza es 100 e indica que todos los subindicadores han conseguido el valor óptimo. Este IS permite monitorizar la evolución de la calidad de la prescripción temporalmente, así como establecer comparaciones entre facultativos, servicios y hospitales. Su aplicación a los distintos servicios y unidades del hospital, así como al mismo hospital, permite establecer un *ranking* y comprobar posiciones respecto al valor óptimo y al del hospital.

CONCLUSIONES
Es un indicador fácil de calcular y de interpretar, lo cual lo convierte en una herramienta muy útil para informar y mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica. Este indicador permite, con un único valor, conocer la adecuación de la prescripción en recetas a los objetivos establecidos a las UGC por el SAS.

Contacto: Salvador Grutzmancher Sáiz - salvador.grutzmancher.sspa@juntadeandalucia.es

P-065 ESTUDIO COMPARATIVO: ÍNDICE DE BARTHEL Y ESCALA FIM EN LA DEAMBULACIÓN

Autores: Birlanga P, Casanova S.

OBJETIVO
Demostrar la mayor fiabilidad, validez y sensibilidad de la escala de valoración funcional FIM con respecto al índice de Barthel tomando como dato de referencia la deambulación. El objetivo de la rehabilitación es disminuir en lo posible los grados de discapacidad y minusvalía que presenta una persona como consecuencia de una deficiencia y llevarla a una máxima independencia funcional y a una óptima participación e integración en su vida social.

MÉTODOS
Valoración de los pacientes ingresados en la planta de convalecencia de nuestro centro. La valoración ha utilizado la escala FIM y el índice de Barthel y se ha realizado en el momento del ingreso y al alta del paciente. Hemos introducido todos los datos de los pacientes en una base de datos y posteriormente hemos realizado consultas comparativas para la tabulación y explotación de dicha base. El IB consiste en una escala ordinal que incluye 10 áreas de actividades de la vida diaria. Cada actividad se valora según su relevancia y el grado de independencia del individuo para realizarla. La puntuación varía entre 0 y 100 puntos. Un Barthel de 100 indica que el paciente es continente, capaz de alimentarse y vestirse, desplazarse al menos unos cuantos metros y subir y bajar escaleras. La escala FIM mide la necesidad de ayuda y tiene un valor pronóstico sobre la cantidad de ayuda física que una persona necesitará en su domicilio. Valora un total de 18 actividades, que se agrupan en dos dimensiones, 13 ítems motores y 5 ítems cognitivos. Cada una de las actividades se agrupa de 1 a 7, donde 1 indica total dependencia y 7 independencia completa. La puntuación final varía entre 18 y 126.

RESULTADOS
De los 384 pacientes valorados con las dos escalas hemos obtenido los siguientes resultados. En el momento del ingreso y al alta, los pacientes totalmente dependientes valorados con las dos escalas no presentan grandes diferencias (ingreso: IB: 57%, FIM: 51%; alta: IB: 37%, FIM: 35%). Sin embargo, se aprecian diferencias importantes en el nivel de autonomía total (ingreso: IB: 6%, FIM: 1%; alta: IB: 28%, FIM: 4%).

CONCLUSIONES
Cuando queremos comparar dos escalas para estudiar su eficacia, fiabilidad, validez y sensibilidad, es necesario definir bien el objetivo a estudiar. Hemos constatado con nuestros resultados que la escala FIM es más precisa, tanto para las pequeñas mejoras que consigue el paciente como para valorar el tipo de ayuda que necesita, ya sea humana o material.

Contacto: Pascual Birlanga Lucas - silvia.casanova@clinicaplato.com
Silvia Casanova - silvia.casanova@clinicaplato.com

Mesa 5

CONTINUIDAD ASISTENCIAL 1

P-066 - P-081

P-066 ANÁLISIS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Autores: Pericas-Bosch E, Pérez-Sust P, Torras Boatella G.

OBJETIVO
La hospitalización domiciliaria se inició en el Hospital Universitario Vall d'Hebron el segundo trimestre del 2006 como alternativa a la hospitalización convencional. El perfil del paciente atendido es fundamentalmente médico. El objetivo de este estudio es analizar el impacto que ha tenido esta modalidad de atención respecto a la hospitalización convencional en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se han analizado 276 altas de hospitalización domiciliaria registradas en el CMBD correspondientes al periodo abril-diciembre de 2006. Se estudia el impacto de estas altas sobre el conjunto de las altas de hospitalización convencionales, en el mismo periodo y a nivel del GRD en el que están agrupadas. La versión de GRD utilizada en este estudio es la HCFA CSM22.

RESULTADOS
De las 276 altas de hospitalización domiciliaria, solo 92 (33%) tienen un episodio previo de hospitalización en otro servicio. El 67% restante provienen de dispositivos asistenciales de urgencias o ambulatorios. De estas 92 altas, 21 corresponden al servicio de origen de Neumología (23%). Al estudiar el impacto de la hospitalización domiciliaria en el servicio de Neumología, se observa que, si estos pacientes hubiesen seguido ingresados en el servicio, la estancia media sería un 10% más larga (1 día) y la complejidad aumentaría 0,12 puntos. El 71% de las altas se agrupan en 15 GRD, de las que el 40% están relacionados con el CDM 4, "Enfermedades del sistema respiratorio". Si las altas de hospitalización domiciliaria se tratan con la estancia media por GRD de los pacientes hospitalizados, se observa un incremento de su estancia media debido a la elevada proporción de altas de hospitalización domiciliaria que no tienen episodio anterior de hospitalización.

CONCLUSIONES
1) Como era esperable, las altas de hospitalización domiciliaria son de baja complejidad (peso medio < 1) y globalmente contribuyen a una reducción de la estancia media. 2) Aunque inicialmente la hospitalización domiciliaria se orientó como recurso alternativo para la fase final de un proceso asistencial, se constata la importante utilización de este recurso como drenaje de pacientes de urgencias.

Contacto: Eulàlia Pericas Bosch - epericas@vhebron.net

P-067 PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL ÁREA VI DE ASTURIAS

Autores: Fernández-Zapico D, Prado-López C, Díaz-Migoya J, Fernández-Orviz F, Suárez-González T, Vigil-Álvarez L.

OBJETIVOS
En enero de 2006 se puso en marcha en el hospital el Plan de Calidad en los Cuidados. Este plan responde a las necesidades de actualizar la Enfermería en el hospital, revisar y documentar los circuitos a realizar, incorporar recursos y producir, en definitiva, un cambio institucional, estructural y relacional. Para su desarrollo se diseñaron varias líneas estratégicas, entre las que se encuentran la gestión clínica de cuidados y la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales. Una meta común en ambas líneas estratégicas es la consecución de la continuidad de los cuidados entre atención primaria y especializada. Este objetivo es compartido con el servicio de salud y por tanto con la gerencia de atención primaria del área. El principal objetivo de este protocolo es establecer los criterios mínimos que garanticen la continuidad de cuidados en el área en lo referente a la atención prestada por la enfermería.

MÉTODOS
Con la colaboración de una consultora externa, se creó un grupo de trabajo integrado por profesionales de los dos niveles asistenciales. Se programó una acción formativa para la elaboración de un borrador para este protocolo y se hizo el siguiente análisis: 1) Identificación de las causas de discontinuidad. 2) Identificación de la información mínima relevante para el cuidado del paciente. 3) Selección del canal de comunicación. 4) Indicadores mínimos de seguimiento. 5) Cronograma de trabajo. Se creó una Comisión de Continuidad de Cuidados, constituida por enfermeros de las Comisiones de Cuidados de Primaria y Especializada y, tras la revisión del borrador por esta comisión y las direcciones de enfermería de ambos niveles asistenciales, se firmó el protocolo definitivo.

RESULTADOS
1) Creación de la Comisión de Continuidad de Cuidados. 2) Selección de la información mínima relevante que debe contener el informe de continuidad de cuidados. 3) Compromiso de creación de un canal de comunicación telemático. 4) Firma del Protocolo Continuidad de Cuidados en diciembre de 2006. En la actualidad, los informes de continuidad de cuidados solo se están generando en Especializada y es el paciente el que los lleva en mano a la enfermera de atención primaria. Se da esta situación porque aún no ha sido posible crear el canal de comunicación con soporte informático, en el que se está trabajando. También por este motivo, ha sido necesario modificar los indicadores y adaptarlos al canal de comunicación temporal.

Contacto: Diana Fernández Zapico - gerencia.gae6@sespa.princast.es

P-068 ANÁLISIS DE FRACTURAS DE CADERA

Autores: Zavala Aizpurua E, Orbegozo Alberdi J, Núñez Hernández A.

OBJETIVOS
Conocer la incidencia de esta patología. Revisar el manejo clínico y establecer áreas de mejora para reducir complicaciones, mortalidad y costes.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo, retrospectivo. Población y muestra: todas las fracturas de cadera habidas durante el año 2005. Variables a estudio: edad, sexo, código GRD, código ICD 9, fechas de ingreso, intervención y alta, diagnóstico principal y secundarios, comorbilidades, mortalidad al alta, valoración preoperatoria, profilaxis antibiótica y antitromboembólica, anticoagulación, transfusiones, analgesia, tipo de anestesia, oxigenoterapia, tipo de nutrición e interconsultas de rehabilitación. Fuentes de datos: historia clínica; bases de datos informatizadas. Análisis de resultados: análisis estadísticos aplicables a cada tipo de variable. SPSS para la codificación y el tratamiento estadístico.

RESULTADOS
Datos demográficos: mujeres (70%), mayores de 80 años (61%), con un 18% de demencia, pluripatología y, en consecuencia, polimedicación, y un 38% con medicación anticoagulante o antiagregante. Indicadores de resultados: estancia media de 21,9 días; estancia media preoperatoria de 4,49 días; mortalidad del 6,5%; reingreso en 30 días (5,7%). Indicadores de manejo clínico: cirugía practicada: 96%; profilaxis antibiótica: 93%; profilaxis antibiótica correcta: 89%; profilaxis tromboembólica: 96%; pacientes anticoagulados: 38%; transfusiones: 48%; protocolo de analgesia: 23%; oxígeno en 48 horas: 0%; aportes nutricionales: 6%; rehabilitación: 26%. Número de días entre alta y traslado: 4,3.

CONCLUSIONES
Estancia media y estancia media preoperatoria elevadas al comparar con otros hospitales y con la literatura científica. La mortalidad hospitalaria y los reingresos en 30 días, dentro de los estándares. Buena cumplimentación de indicadores de proceso en profilaxis antibiótica y antitromboembólica y baja utilización del protocolo de analgesia posquirúrgica. No se utilizan la oxigenoterapia posoperatoria ni la valoración del estado nutricional del paciente. Áreas de mejora. Protocolo clínico hospitalario. Organización de un circuito ágil para la intervención de esta patología. Utilización sistemática del protocolo de dolor posoperatorio. Disminución de la estancia media preoperatoria: revisión del circuito de traslados en media y larga estancia.

Contacto: Elena Zavala Aizpurua - melena.zavalaaizpurua@osakidetza.net

P-069 CIRCUITO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS EN EQUIPOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES

Autores: Cañuelo-Merino T, Gil-Agudo A, Rodríguez-Exojo JM.

INTRODUCCIÓN
En un hospital dotado de alta tecnología en equipamiento emisor de radiaciones ionizantes o detectores de uso clínico, están involucrados un gran número de profesionales de diferentes servicios. Es necesaria una coordinación rigurosa con objeto de optimizar las actuaciones de mantenimiento y los controles de calidad en dicho equipamiento.

OBJETIVO
Mantenimiento del equipamiento emisor de radiaciones ionizantes o detectores de uso clínico en condiciones óptimas de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se describe en este trabajo la sistemática utilizada en la coordinación con las casas comerciales, el Servicio de Mantenimiento, el Servicio de Radiofísica y el responsable de calidad de los Servicios de Imagen para lograr dicho objetivo. Equipamiento de diagnóstico por la imagen del HGCR. Servicios participantes: Mantenimiento, Servicio de Radiofísica, responsable de calidad de los Servicios de Imagen y casas comerciales. Funciones: detección de anomalías o parámetros de calidad fuera de tolerancias: TSDI o SRFPR (valoración de la desviación). Coordinación de la comunicación: responsable de calidad de la casa comercial o de Mantenimiento: mantenimiento correctivo. Verificación en caso de que afecte a la dosis o calidad de imagen: Servicio de Mantenimiento. Verificación en caso de que afecte a las dosis de los pacientes o a la calidad de imagen: SRFPR. Coordinación de comunicaciones con el Servicio Clínico y restablecimiento de la actividad asistencial: responsable de calidad. Se describe la coordinación del mantenimiento preventivo, que irá seguido de la verificación oportuna de los parámetros de calidad por el SRFPR.

RESULTADOS
Realización del 100% de preventivos; no afecta a la tarea asistencial. Correctivos: mantenimiento de los parámetros de calidad en condiciones óptimas, disminución de los tiempos de respuesta, disminución del tiempo de parada, aumento de la tarea asistencial y disminución de la lista de espera.

CONCLUSIONES
Se realiza un circuito que aumenta la calidad asistencial en los servicios, por el pacto previo de los días de preventivos y el seguimiento de los tiempos de respuesta de las casas comerciales y del mantenimiento, como cumplimiento de contrato. Palabras clave: mantenimiento, calidad, equipamiento.

Contacto: Trinidad Cañuelo Merino - trinidadc@sescam.jccm.es

P-070 CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA

Autores: Serrano-Rodríguez JD, Beltrá-Hoyos M, Garrido Ariza E, Ramírez Moreno JA.

INTRODUCCIÓN
El cometido de nuestra Unidad será la prevención terciaria en Atención Temprana: un conjunto de actuaciones preventivas y asistenciales sobre los niños de 0 a 6 años que presentan trastornos en su desarrollo y sobre sus familiares y su entorno, orientadas a potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar para posibilitar su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal, de la forma más completa posible.

OBJETIVOS
Los objetivos de esta comunicación son presentar una valoración descriptiva de la calidad asistencial en nuestra unidad de atención temprana durante el curso 2006-2007. Para ello, hemos utilizado indicadores de satisfacción familiar junto con la adherencia al tratamiento con evolución favorable de los niños atendidos.

MÉTODOS
En primer lugar, se ha utilizado una encuesta de satisfacción específica para Atención Temprana. Dicha encuesta ha medido a través de diversas variables la satisfacción familiar en la atención recibida para sus hijos y el soporte recibido, incluyendo la evaluación realizada, tratamiento, orientación, soporte de recursos, disponibilidad de profesionales, etc. Las variables han sido valoradas por los padres en una escala de satisfecho/insatisfecho. Los resultados han sido baremados mediante un análisis estadístico-descriptivo con estimación a la media. En segundo lugar, se ha procedido a realizar una valoración de la adherencia al tratamiento y evolución favorable de los niños atendidos. Para ello, se han utilizado los datos recogidos en la historia clínica evolutiva de cada menor, las escalas específicas de desarrollo evolutivo y el cumplimiento de los objetivos marcados en el plan de tratamiento individualizado para cada menor, así como la recogida de datos evolutivos de los niños atendidos en su asistencia a la Unidad. De ambos análisis se derivan unos resultados en cuanto a las expectativas cumplidas y satisfechas, tanto de las familias como de la Unidad.

RESULTADOS
Los resultados están pendientes de análisis, puesto que las encuestas se pasaron durante el mes de junio de 2007 y la culminación del curso se produjo en julio de 2007.

CONCLUSIONES
Las conclusiones de nuestra valoración descriptiva están a su vez pendientes del análisis de resultados. No obstante, la hipótesis que se pretende confirmar es haber conseguido dar respuesta integral a los trastornos del desarrollo en niños de 0-6 años con una atención temprana de calidad.

Contacto: José Antonio Ramírez Moreno - jaramirez@cordoba.sjd.es

P-071 PROTOCOLO DE ACOGIDA A LAS PRESUNTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES

Autores: García M, Núñez J, Reollo S, Landa B, Sánchez MP, Martínez A.

INTRODUCCIÓN
El equipo de enfermería del servicio de urgencias, para mejorar la atención de las presuntas víctimas de violencia doméstica, organizó sesiones de formación en las que se llegó a la conclusión de desarrollar una herramienta que permitiese dar respuesta a las necesidades de estas personas y detectar el mayor número de casos.

OBJETIVOS
1) Elaborar un protocolo de enfermería de acogida dirigido a las presuntas víctimas de violencia doméstica en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cruces. 2) Mejorar la detección de las presuntas víctimas a través de la aplicación de un registro de enfermería. 3) Mejorar la atención a las presuntas víctimas a través de la aplicación de un protocolo de enfermería. 4) Complementar el protocolo médico al uso.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de la implementación y desarrollo de un protocolo dirigido a las presuntas víctimas de violencia doméstica, detectadas en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cruces entre octubre de 2006 y mayo de 2007. Se realizan cinco sesiones multidisciplinarias. Posteriormente, se crea un grupo de trabajo en el Servicio, coordinado por la supervisora, para elaborar un protocolo de enfermería e intentar dar respuesta a las necesidades de las posibles víctimas de violencia doméstica. Una vez realizado el protocolo, se presenta al comité de historias clínicas para su posterior inclusión como documento clínico hospitalario. A su vez, se diseña un circuito que comprende las diferentes áreas asistenciales del Servicio de Urgencias, que ha permitido alejar a la presunta víctima de su posible agresor y proporcionarle seguridad y compañía durante su estancia en el Servicio. Posteriormente, se divulga el protocolo y el circuito, que se implantan en octubre de 2006. De febrero a mayo, se han detectado 32 casos, el 99% mujeres, con una edad media de 32 años; el 66% eran de nacionalidad española y el 87,5% de las agresiones tuvieron lugar en el fin de semana.

CONCLUSIONES
1) La implementación de este protocolo ha conllevado una reestructuración de la organización del Servicio, un compromiso por parte del personal de enfermería y un cambio en el concepto de atención en un servicio de urgencias. 2) Es un protocolo de atención multidisciplinar en el que cada profesional tiene una función claramente definida, lo que permite una respuesta al paciente ágil, coordinada y eficaz, de manera que además permite que la presunta víctima esté siempre acompañada, lo que garantiza su seguridad y facilita su expresión emocional.

Contacto: Margarita García Cortés - supervision.urgencias.cruces@osakidetza.net

P-072 DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL GENERAL A CENTROS DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Autores: Brando-Asensio I, Esteve-Candel AM, Carrillo-Alcaraz A, López-López E, Gonzalo-Jorge P.

OBJETIVOS
Analizar las características, el momento, el tiempo de demora y los centros solicitados y de destino de los pacientes a los que se les solicita traslado desde un hospital general a un centro de cuidados intermedios.

MÉTODOS
Se estudian todos los pacientes a los que durante el año 2006 se les solicita por parte de su médico responsable el ingreso en un hospital de cuidados intermedios. Tras recibir la solicitud, se procede a realizar valoración por parte de la unidad de trabajo social, mediante entrevista con la familia, apertura de ficha social (situación y apoyo que dispone), notificación de centros disponibles y, finalmente, tramitación del ingreso. Las variables se expresan como medias + desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS
Han sido estudiados 137 pacientes, 73 hombres y 64 mujeres. En 35 casos (25,5%) se solicitó ingreso en varios centros. Las peticiones de traslado a un hospital de cuidados medios fueron más frecuente durante los meses de junio (15,8%), julio (12,5%), agosto (10,0%), septiembre (9,2%) y octubre (14,2%). La estancia en el hospital general en espera del traslado fue de 6,1 + 9,5 días (rango: de 0 a 57). A 50 pacientes (36,5%) se les solicitó ingreso en un hospital de cuidados medios fuera del área sanitaria (HCMFA), a 74 (54%) en hospitales de la misma área (HCMA), a 11 (8%) en centros de recursos sociosanitarios privados (CRSPr) y al resto (1,5%) en centros de recursos sociosanitarios públicos (CRSPu). El centro de destino fue el solicitado en 106 casos (81,5%). El centro de destino fue: 35% HCMFA, 39,4% HCMA, 11,7% PRSPr, 1,5% PRSPu. Diez pacientes fueron dados de alta a domicilio, 2 fallecieron mientras esperaban traslado y 2 casos aún estaban pendientes de traslado. Los días de demora estaban en relación con el mes de estancia ($p = 0,009$), y la demora fue máxima durante los meses de febrero (13,4 + 14,6 días) y marzo (14,9 + 12,3 días) y mínima en mayo (1,0 + 1,4 días). La demora no difería entre los tipos de centros solicitados ($p = 0,999$), y fue de 6,9 + 10,9 para HCMFA, 5,8 + 8,9 para HCMA, 5,2 + 7,5 para PRSPr y 3,5 + 3,5 para PRSPu.

CONCLUSIONES
La petición de traslado a un centro de cuidados medios tras el ingreso en un hospital general es frecuente, sobre todo en los meses de verano y en otoño. En muchas ocasiones, el traslado debe realizarse a un centro fuera del área sanitaria correspondiente. Finalmente, los meses de invierno son los que presentan mayores tiempos de demora para realizar el traslado.

Contacto: Inmaculada Brando Asensio - inmaculada.brando@carm.es

P-073 AUDITORÍA INTERNA: UN ENFOQUE SISTEMÁTICO Y DE MEJORA CONTINUA

Autores: Gómez E, Alfaro L, Blanco M, Badía E.

INTRODUCCIÓN
Con esta ponencia no se pretende repetir conceptos ampliamente desarrollados, sino presentar un nuevo enfoque y visión en torno a las auditorías y controles internos. Aunque las auditorías realizadas bajo la perspectiva de la ISO 9000 o de gestión de la calidad pretenden ser auditorías de la calidad, la realidad no es esa, y la auditoría se convierte a veces en pesadillas burocráticas que no añaden valor real a la organización y generan únicamente auditorías dedicadas a la "cumplimentación de registros".

OBJETIVOS
1) Conceptualización y aclaración de términos para minimizar el miedo escénico de los auditados. 2) Establecer de forma clara y sistemática los objetivos que se persiguen, centrando la auditoría en la efectividad del sistema de calidad y la detección de puntos de mejora. 3) Delimitar a través de la auditoría y en cada proceso los métodos para medir la eficacia y eficiencia.

METODOLOGÍA
1) Entrevistas cualitativas con comités de dirección, núcleos promotores de calidad y componentes del núcleo central de calidad para consensuar valores y criterios. 2) Diseño y elaboración de herramientas y nuevas listas de control. 3) Implantación.

RESULTADOS
Entre mayo y junio de 2007, se realizaron auditorías internas en 12 centros Capio (9 centros de agudos y 3 centros sociosanitarios). Hemos llegado a implantar un 85% de las estrategias planificadas (conocimiento y percepción) desde el principio. Su desarrollo llega al 80% en las áreas y se están midiendo el 70% de los indicadores.

CONCLUSIONES
Con esta ponencia nos proponíamos introducir un nuevo enfoque en la auditoría, un enfoque que se introduce como un verdadero "paso adelante eficaz": mejorar la capacidad de la organización para satisfacer a sus clientes y en general a todas las partes interesadas.

Contacto: Elena Gómez Felipe - egf@capiosanidad.es - lac@capiosanidad.es

P-074 ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA EN LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA EN EL INGRESO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD (CHLMC)

Autores: Mayoral JC, Monzón A, Fernández-Lasquetty B, Calonge ML, Villora F.

INTRODUCCIÓN
En nuestro hospital hemos constatado que la demora en la realización del ingreso hospitalario del paciente desde Urgencias supone una de las causas más importantes de la retención de pacientes en el servicio antes citado. Implicados tantos y tan variados profesionales, se hace necesario crear un grupo que unifique y consensúe las acciones a realizar; a este grupo lo hemos llamado Comisión de Camas.

OBJETIVOS
Disminución del tiempo de demora desde que se decide el ingreso hasta que el paciente sube de Urgencias. Mejorar la calidad percibida por el paciente. Canalizar las actuaciones y decisiones en torno a la situación de camas del hospital a través de un grupo multidisciplinar.

MÉTODO
Tras el análisis de la situación, se llegó a una conclusión: la demora existente en la subida del paciente que tiene ingreso desde Urgencias estaba produciendo una retención de pacientes que, unida a las características físicas del Servicio de Urgencias, hacia más llamativa la sobrecarga de dicho servicio. Para solventar esta situación, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar denominado Comisión de Camas, al mismo tiempo que se estructuraba el circuito de altas hospitalarias de pacientes y se creaba la sala de itinerancia para los pacientes que, dados de alta, podían permanecer junto con un auxiliar de enfermería en espera de su ambulancia. Al poder disponer más rápidamente de la cama hospitalaria, se aceleraba el proceso de preparación y su disposición para el ingreso de un nuevo paciente desde Urgencias. A partir de reuniones diarias de la Comisión de Cama, en las que se recogía la información de la situación del hospital, se emprenden las acciones correctoras para acelerar el proceso de ingreso desde Urgencias.

RESULTADOS
A través de la utilización de la sala de itinerancia y del aumento de ingresos desde Urgencias a la Unidad en turno de mañana, se produjo una disminución de 2 horas en el tiempo de espera medio del paciente que ingresaba en la unidad desde Urgencias.

CONCLUSIONES
La existencia de una sala de itinerancia donde puedan estar con toda comodidad los pacientes dados de alta en la Unidad que esperan ambulancia se ha descrito como un medio muy útil para acelerar el proceso de preparación de la cama hospitalaria. La comisión de camas como órgano multidisciplinar que gestiona y emprende acciones correctoras en la situación de camas del hospital se ha visto como un medio muy útil para la disminución del tiempo de demora en la espera del paciente que tiene ingreso hospitalario desde Urgencias.

Contacto: Adrián Monzón Ferrer - amonzon@sescam.jccm.es

P-075 DOCUMENTO CONJUNTO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA Y CÉRVIX, Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO EN UN ÁREA

Autores: Tojeiro S, Redondo J, Gutiérrez B, Aparicio J, Zueras R, Dios E.

OBJETIVOS
La cadena asistencial de la atención sanitaria se repite una y otra vez entre profesionales de ambos niveles de atención (primaria y hospitalaria) e intervienen un gran número de profesionales en el manejo de problemas clínicos idénticos, lo que ocasiona diferentes enfoques de éstos y aumenta la variabilidad clínica y la ineficiencia del sistema. Una vía para disminuir estos hechos es el diseño e implantación de protocolos de actuación y derivación a Atención Especializada. Se priorizaron actuaciones dirigidas a la mejora del cribado del cáncer de cérvix y mama y a la prevención del embarazo no deseado, debido a su magnitud y a la implicación de los 2 niveles, con los objetivos de: 1) Sensibilizar a los profesionales de atención primaria para la realización de actividades preventivas en el cribado del cáncer ginecológico y en el manejo de la anticoncepción oral, para evitar la sobrecarga de las consultas ginecológicas por estos motivos. 2) Mejorar la coordinación organizativa en el proceso de cribado de los cánceres ginecológicos y del embarazo no deseado, y definir los criterios de derivación al Servicio de Ginecología. 3) Ampliar la cobertura de estos programas y mejorar la accesibilidad de las mujeres a los mismos. 4) Evitar el uso inadecuado de los servicios en cuanto a calidad y sobreutilización de los mismos.

MÉTODO
Se formaron tres grupos de trabajo constituidos por 9 médicos procedentes de atención primaria y de los servicios hospitalarios de Ginecología y Anatomía Patológica. Para cada proceso se realizaron a lo largo de un mes tres sesiones de una hora de duración, en las que por consenso y sobre la base de la mejor evidencia médica disponible, se definieron los protocolos.

RESULTADOS
Se elaboró un protocolo conjunto en el que se definieron los criterios de cribado y derivación, la periodicidad de las actuaciones, los documentos de guía de apoyo, los circuitos a emplear y los consultores referentes de Atención Especializada y Primaria. Se realizó su difusión en reuniones con los profesionales y a través de la página web del área. Se plantea realizar una revisión periódica por el grupo evaluador.

CONCLUSIONES
La elaboración e implantación de protocolos conjuntos puede ser un instrumento de mejora de la atención sanitaria por cuanto suponen una mejora en los intereses de los profesionales y en la atención sanitaria a pacientes y un aumento de la eficiencia de la misma.

Contacto: Sandra Tojeiro Lorente - stojeiro.gapm08@salud.madrid.org

P-076 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICO INTEGRADO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Autores: Ruiz S, Sanz JJ, Barril FJ, Polo MJ, Bartolomé E.

OBJETIVO

El objetivo del proyecto era facilitar el acceso y el intercambio de información clínica entre los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales de forma ágil, oportuna y con los niveles de seguridad y privacidad necesarios, garantizando la fiabilidad en la identificación de la información de un paciente y cumpliendo con los compromisos de seguridad exigidos por la normativa en materia de protección de datos.

MÉTODOS

Metodológicamente, se creó un grupo de trabajo permanente que realizó un diagnóstico de situación de los sistemas de información existentes en ambos niveles seleccionando la información relevante para el conjunto de la organización para presentarla en un entorno uniforme, conocido, amigable y en tiempo real, de fácil acceso y que permitiera el uso desde cualquier ordenador conectado a la red local de los Centros Sanitarios. Tras una fase de pilotaje y su posterior evaluación, se decidió la implantación, que en la actualidad se encuentra en funcionamiento en toda el Área de Salud. Sus clientes son la totalidad de los profesionales médicos y de enfermería, lo que permite la consulta desde atención primaria de la información clínica relativa al proceso asistencial del paciente generada en Atención Especializada y viceversa, lo que de esta manera garantiza la continuidad asistencial.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el sistema de información clínico integrado se constituye como un elemento clave para el rediseño de los procesos organizativos y asistenciales. La garantía de acceso inmediato a la información clínica entre niveles asistenciales presenta claros beneficios sobre los ciudadanos, los profesionales y el conjunto de la organización: 1) Facilita la comunicación y cooperación entre profesionales, optimiza los procesos y la utilización de los recursos disponibles y mejora la eficacia y eficiencia del conjunto de la organización. 2) Facilita la continuidad asistencial, amplía la capacidad resolutiva de los profesionales y contribuye a la mejora de los tiempos de resolución de los problemas de salud, lo que favorece una mayor confianza del ciudadano en el sistema. 3) Presenta una buena acogida por parte de los profesionales por su fiabilidad (correcta identificación del paciente en el sistema), utilidad (pertinencia y adecuación de la información clínica disponible, así como adecuación a la estructura y organización de la misma), accesibilidad (facilidad de acceso y utilización por el usuario), disponibilidad (tiempo de respuesta adecuado) y seguridad (en la integridad y confidencialidad de los datos).

Contacto: Sergio Ruiz Alonso - sruiz.gapm02@salud.madrid.org

P-077 LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. AUDITORÍA DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE PSIQUIATRÍA MENOR

Autores: Rivera F, Ortega MA, Díaz de Cerio A, Pastor M, López A, Serrano A.

OBJETIVOS

1) Continuidad en el proceso asistencial al paciente de Salud Mental. 2) Integrar Atención Primaria y los dispositivos propios de Salud Mental. 3) Actualización permanente de conocimientos y técnicas. 4) Asignar más responsabilidad a los Equipos de Atención Primaria en el control de pacientes diagnosticados de alguna patología psiquiátrica menor.

MÉTODOS

Auditoría de implantación del proceso de Psiquiatría Menor. Identificación, priorización y planificación de acciones de mejora. Implantación de acciones de mejora. Evaluación de resultados de las acciones de mejora.

RESULTADOS

Identificación de áreas de mejora: 1) Difusión del proceso: déficit de formación e información; 2) Dificultad de obtención de indicadores: programa informático obsoleto, difícil de manejar y sin conexión a la red del SERIS. Acciones de mejora: actividades financiadas íntegramente por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de las actuaciones contempladas en el Plan de Calidad para el SNS: 1.1) Elaboración de un manual con el proceso de Psiquiatría Menor para Atención Primaria. Distribución a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria. 1.2) Curso de Salud Mental en Atención Primaria: actividad organizada dentro del plan de formación del SERIS y con el apoyo de la SEMFyC; 2) Asignación de ayuda económica y solicitud de ayuda al Departamento de Informática, etc. Evaluación de resultados de implantación de las acciones de mejora: número de guías editadas y distribuidas, número de asistentes al curso, evaluación del curso por los asistentes y situación actual de las mejoras informáticas.

CONCLUSIONES

1) La gestión por procesos permite la comunicación, la colaboración y la unificación de criterios entre los diferentes profesionales de las diferentes unidades y servicios. 2) La gestión del proceso permite reconocer los errores y los problemas y evaluar las mejoras implantadas dentro de la idea de mejora continua orientada a los pacientes. 3) Favorece la continua actualización y difusión de conocimientos sobre las diferentes patologías pertenecientes a la Psiquiatría Menor.

Contacto: Félix Rivera Sanz - frivera@riojasalud.es

P-078 ANÁLISIS DE LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN INICIAL Y CUMPLIMIENTO DEL OXÍGENO DOMICILIARIO EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Autores: Bernabeu-Mora R, Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, García-Torres P, Andujar-Espinosa R, López-López E.

OBJETIVOS

1) Evaluar la calidad de la prescripción inicial (Pi) de oxigenoterapia domiciliaria (OD) en los pacientes de un hospital de área. 2) Valorar el cumplimiento de la OD por los pacientes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo prospectivo de evaluación de la calidad asistencial. Dimensión: calidad científico-técnica. Población: pacientes con Pi de OD. Período evaluado: 4 meses. Muestreo: consecutivo. Fuente de datos: formulario de variables demográficas y criterios de calidad (Cc). Cc1: el paciente trae el informe de la Pi. Cc2: el informe contiene los datos de Pi (2:1 Fuente. 2:2 Forma de administración. 2:3 Flujo. 2:4 Horario). Cc3: hay gasometría arterial (GA) previa a la Pi. Cc4: la Pi se realiza por GA según normativa. Cc5: en la indicación paliativa (Ip) hay datos de hipoxemia. Cc6: en la visita inicial la GA, cumple los criterios de prescripción. Cc7: en EPOC y asma, el tratamiento es óptimo (7:1 Tratamiento según normativa. 7:2 Cumplimiento del tratamiento por el paciente. 7:3 Técnica de inhalación correcta). Cc8: el paciente utiliza la OD más de 15 horas diarias. Cc9: tabaquismo.

RESULTADOS

Del 13/12/2006 al 14/3/2007 se evalúan 81 casos. El 15% de los citados no acudió a la consulta inicial. Media de edad: 78,2 ± 10 (25-94). Hombre (58%) / Mujer (42%). Ip de OD: 33,3%. Acude un familiar en lugar del paciente: 15 casos (18,5%). Procedencia de la Pi: Medicina Interna (43%). Diagnóstico más frecuente de la Pi: EPOC (37%). Diagnóstico más frecuente de la Ip: neoplasia (44%). Incumplimiento: Cc1: el 43,2% no aporta informe de Pi. Cc2: el 92,1% no expresan en el informe todos los datos de Pi (2:1: en el 92,1% no se indica la fuente. 2:2: en el 36,5% no se indica la forma. 2:3: en el 17,5% no se refleja el flujo. 2:4: en el 31,7% no está el horario). Cc3: en el 85,7% existe una GA previa. Cc4: en el 84,6% la Pi no se realiza por GA según normativa. Cc5: en el 33,3% de los casos con Ip no hay datos de hipoxemia. Cc6: el 53,8% no cumplen los criterios gasométricos en la visita inicial. Cc7: en el 71,4% de los EPOC y asmáticos con OD, el tratamiento previo no es óptimo (7:1: en el 80% el tratamiento está correctamente pautado. 7:2: el 84,8% siguen el tratamiento. 7:3: en el 34,4% la técnica es correcta). Cc8: el 51,9% no cumplen más de 15 horas al día de OD. Cc9: el 2,5% siguen fumando.

CONCLUSIONES

1) Casi la totalidad de los informes no expresan todos los datos de la prescripción inicial. 2) La mayoría de las prescripciones iniciales no se realiza por GA según normativa. 3) Solo la mitad de las prescripciones iniciales cumplen los criterios gasométricos en la evaluación inicial. 4) La mitad de pacientes no cumplen el horario recomendado.

Contacto: Roberto Bernabeu Mora - rbernabeumora@hotmail.com

P-079 GESTIÓN INTEGRAL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores: Miquel A, Arizabalaga K, Andreu MA, Casado M, Serrano A, Cantero M.

OBJETIVOS

Disminución de la variabilidad en los pacientes con TAO. Promover la coordinación entre los servicios de Hematología y los centros de atención primaria. Mejorar la capacitación de los profesionales de atención primaria. Aumentar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes anticoagulados.

METODOLOGÍA

Fases del proyecto: 1) Diseño del protocolo clínico conjunto entre Atención Primaria (AP), el Hospital de Móstoles (HM) y la Fundación Hospital de Alcorcón (FHA). Formación del grupo de trabajo, revisión de bibliografía, elaboración del documento final, elaboración del tríptico resumen. 2) Establecimiento de acuerdo organizativo: reuniones con responsables de hospitales y atención primaria; elaboración de documento con acuerdos; rediseño del proceso. 3) Diseño del sistema informático conjunto: reuniones con responsables informáticos de tres instituciones; diseño del protocolo de registro y seguimiento en la historia clínica informatizada acorde al protocolo clínico; base de datos centralizada de pacientes en TAO; conexión vía web cumpliendo los requisitos de seguimiento clínico y de trazabilidad. 4) Compra y distribución de medidores de INR capilar y tiras a cada centro. 5) Comunicación y formación en centros previa a la implantación. 6) Pilotaje en seis centros del Área: identificación de averías y establecimiento de mejoras. 7) Implantación en el resto del Área. 8) Monitorización del proceso y resultados.

RESULTADOS

Protocolo clínico publicado y difundido (papel, web, tríptico) (junio 2006). Rediseño del proceso: proceso rediseñado con tres modelos de atención: modelo de AP, modelo de Atención Especializada (AE), modelo compartido (AP-AE) (junio 2006). Comunicación y formación individualizada en cada centro (6-8 horas/centro). Pilotaje en junio-septiembre de 2006. Implantación final en diciembre de 2006. Diseño del sistema informático compartido que permite la gestión compartida en tiempo real de pacientes en TAO (junio 2007). Monitorización (datos a mayo de 2007): 1.930 pacientes en modelo de AP; un 60,2% INR en rango.

CONCLUSIONES

El abordaje del tratamiento anticoagulante oral requiere la implicación y colaboración de todas las instituciones junto al liderazgo de los Servicios de Hematología. El modelo de gestión debe permitir en cada momento la adaptación a cada paciente y cada situación. La formación, la comunicación y la existencia de sistemas informáticos propios y compartidos son elementos clave.

Contacto: Ana Miquel Gómez - amiquel.gapm08@salud.madrid.org

P-080 COBERTURA, PROCEDENCIA Y DESTINO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autores: Abad JM, Lou ML, Laguna C, Montaño C, Coria M, Enríquez N.

INTRODUCCIÓN
El programa de atención a enfermos crónicos dependientes (2006) define el sistema de información y describe el conjunto básico de datos de cada uno de los dispositivos asistenciales sanitarios que participan en la atención del paciente crónico dependiente en Aragón. Uno de estos dispositivos, los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), prestan cuidados paliativos y cuidados de mantenimiento continuados a los pacientes derivados desde los dispositivos de atención primaria y atención especializada.

OBJETIVOS
La implantación del sistema de información en los dispositivos ESAD pretende entre otros los siguientes objetivos: conocer la cobertura de la prestación sanitaria de los ESAD en Aragón; analizar el flujo de pacientes entre los ESAD y los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario; describir las diferencias encontradas entre los dispositivos analizados.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal. Los datos obtenidos de la asistencia sanitaria en el año 2006 fueron recogidos por los ESAD de los diferentes sectores sanitarios en una aplicación Access mediante la base de datos Oracle. Cada mes se incluyeron en la aplicación global diseñada para permitir su gestión y posterior tratamiento. Se describieron las frecuencias de las diferentes variables analizadas.

RESULTADOS
En el año 2006, los ESAD de Aragón atendieron a 1.049 pacientes distintos. La cobertura global del servicio fue de 8 personas atendidas por mil usuarios. La cobertura asistencial en varones es superior a la de las mujeres en todos los grupos de edad y crece al aumentar la edad de los pacientes. La intervención de los ESAD fue solicitada en el 56% de los casos por los Equipos de Atención Primaria y en el 27% de los casos desde un hospital (el 59% procedieron de una unidad de hospitalización de oncología médica), y en el 17% de los casos esta solicitud fue realizada por los pacientes o sus familiares. En cuanto a la finalización de la prestación de asistencia por los ESAD, el 47% y los episodios finalizaron por fallecimiento del paciente (88% en el domicilio), el 19% fueron hospitalizados y el 30% continuaron la asistencia en atención primaria.

CONCLUSIONES
La cobertura del recurso ESAD es superior en varones en todos los grupos de edad. Existen diferencias entre los sectores sanitarios en cuanto al uso que los centros de atención primaria y de atención especializada hacen del recurso ESAD.

Contacto: Natalia Enríquez Martín - nenriquez@aragon.es

P-081 VALIDACIÓN DE TRES BASES DE DATOS (BD) PARA SU UTILIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN DEL EPISODIO ASISTENCIAL

Autores: Ros T, Delgado O, Boladeres G, Gil M, Olona N, Benet A.

INTRODUCCIÓN
La seguridad del paciente se considera una prioridad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. En muchas ocasiones, el médico no refleja en el informe de alta y/o curso clínico problemas acontecidos durante la asistencia por creer que no son relevantes en su proceso. Así, las caídas en el hospital, las úlceras por presión (UPP) por ingresos prolongados y las infecciones nosocomiales son datos que pueden faltar en el informe de alta y por tanto no se codifican. No obstante, estos parámetros suelen ser registrados por el personal de enfermería en las BD creadas para tal fin.

OBJETIVO
El objetivo del estudio es validar tres BD (registro de UPP, caídas e infecciones nosocomiales) que forman parte de una base global y que son nutridas por personal asistencial con el objeto de poder utilizarlas en la codificación del episodio asistencial.

MÉTODO
Se han revisado las historias clínicas (HC) incluidas en los registros de UPP, caídas e infecciones nosocomiales correspondientes al primer trimestre de 2007 con objeto de validar si existe anotación en el curso clínico, en el de enfermería y/o en el informe de alta.

RESULTADOS
La BD que ha mostrado un mayor registro en la HC (registro en el curso clínico y/o de enfermería) ha sido la de caídas, con un 92,9%, y una mayor proporción en el registro de enfermería. En la base de UPP, el registro en la HC ha sido de un 89,3%, y también ha sido mayor el porcentaje en el curso de enfermería. En la de infecciones nosocomiales, es de un 62,1%. En este caso el porcentaje de registro es superior en el curso clínico. Los informes de alta reflejan un 21,4% (caídas), un 39,3% (úlceras) y un 75% (infección nosocomial) de los episodios registrados en cada una de las respectivas BDD.

CONCLUSIONES
1) El porcentaje de episodios registrados en la HC es aceptable para las BD de caídas y UPP, ya que es superior al 80%, por lo que éstas son fuentes fiables para obtener información adicional para la codificación. Esto se verá reflejado en los indicadores de seguridad de los pacientes de nuestro centro. 2) Únicamente el 62,1% de los episodios recogidos en la BD de infección nosocomial se han registrado en la HC, por lo que actualmente no es de utilidad fiable para mejorar la calidad de la codificación y se tendrán que establecer líneas de mejora en este aspecto. 3) La infección nosocomial suele estar más registrada por el personal médico que por enfermería.

Contacto: Teresa Ros Martrat - teresa.ros@sanitatintegral.org

Mesa 6

GESTIÓN POR PROCESOS 1

P-082 - P-097

P-082 CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN EN EL HOSPITAL DONOSTIA

Autores: Merino M, Núñez A (ponente), Ortiz J, Zavala E, Barandiarán MJ, Retegi J.

OBJETIVOS
Creación e implantación del proceso de formación continuada dentro del marco de la EFQM.

METODOLOGÍA
Se utilizaron las herramientas propias de la Gestión de Procesos, así como la metodología REDER (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión).

RESULTADOS
Resultado: creación e implantación del Proceso de Formación Continuada dentro del marco de la EFQM; Enfoque: 1) Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para definir la misión del proceso, el alcance, las responsabilidades y los clientes potenciales. 2) Constitución de una nueva Comisión de Formación del Hospital formada por todos los estamentos. 3) Valoración de las necesidades de la empresa. 4) Valoración de la encuesta de satisfacción de los profesionales. 5) Revisión de la formación realizada en los últimos cinco años. 6) Revisión bibliográfica. 7) Garantizar la financiación. Despliegue. 8) Creación y desarrollo del Proceso de Formación. 9) Elaboración de un Plan de Formación para todos los estamentos basado en las necesidades de los profesionales y del hospital. 10) Designación de presupuesto específico. Evaluación y revisión. 11) Encuesta de satisfacción de los profesionales. 12) Encuesta de los cursos realizados. 13) Encuesta a los líderes sobre la aplicabilidad de la formación recibida y la influencia en el desempeño de los profesionales.

CONCLUSIONES
1) Se ha elaborado un Plan de Formación para todos los estamentos basado en las necesidades de los profesionales y del hospital. 2) La gestión por procesos es una herramienta útil para mejorar la formación continuada. 3) La participación de los profesionales, así como la implicación del equipo directivo, han sido fundamentales a la hora de implantar el proceso.

Contacto: Marisa Merino Hernández - mmerino@chdo.osakidetza.net

P-083 TRAZABILIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: DESDE LA RECEPCIÓN EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HASTA LA UTILIZACIÓN EN UN PACIENTE

Autores: Fernández-Ruiz C, Bragado B, Prieto M, Briones L.

OBJETIVOS
Identificar todos los dispositivos médicos (DM), tanto individuales como componentes de cada contenedor. Unificar la nomenclatura de los DM. Elaborar el catálogo de DM del hospital.

MÉTODOS
Hospital de 900 camas, de alta complejidad, con 20.000 intervenciones quirúrgicas anuales y 20.804 DM. La central de esterilización (CE) se rige por normas ISO y desarrolla el requerimiento de la trazabilidad de los DM. Grupo de mejora: 20 personas del Área Quirúrgica. 1) Unifican criterios de nomenclatura en dos grupos de DM: comunes a todas las especialidades y específicos de cada especialidad y técnica. 2) Codifican los DM comunes con referencia a un catálogo de un solo fabricante, previamente seleccionado. 3) Cambian el rango de tamaño: pequeño, mediano, etc., por rango numérico. 4) Definen la secuencia de montaje de contenedores. 5) Cada especialidad define el cantable de cada intervención y técnica. 6) La CE vuelca en su base de datos todos los cantables con código, fabricante, especialidad y tipos de lavado y esterilización. 7) Realizan el protocolo de cada cantable. 8) El programa adjudica un código de barras a cada contenedor.

RESULTADOS
Pasados a base de datos los 20.804 DM; 19.722 (94,79%) DM corresponden a 805 contenedores y 1.082 (5,20%) DM son individuales. Con código de barras, 644 (80%) contenedores. En cuanto a DM individuales, el grupo de mejora hace la propuesta de marcado de piezas por láser, dado que la etiqueta de código de barras es inadecuada para los DM sueltos.

CONCLUSIONES
Las normas ISO destinadas al proceso de esterilización y la consecuente trazabilidad de los DM ponen de manifiesto las deficiencias del sistema clásico, que no permitía saber dónde está cada DM en cada momento, requisito imprescindible para garantizar la seguridad del paciente. Las personas responsables de los DM (especialidades y esterilización) entendieron la oportunidad del desarrollo de la trazabilidad y los beneficios que genera la participación en grupos de mejora.

Contacto: Carmen Fernández Ruiz-Pereda - estfrc@humv.es

P-084 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Autores: Gil Agudo A, García Palomo A, Díaz González MR, Zapata Jiménez JC, Torres Donaire J, Carrascosa González C.

OBJETIVO
Describir la sistemática para la organización de la protección contra las radiaciones ionizantes (RI) de los trabajadores expuestos y miembros del público en ámbito hospitalario mediante procedimientos establecidos con objeto de optimizar la gestión de esta actividad.

MÉTODOS
Procedimientos establecidos para la gestión de la Protección Radiológica (PR) en un hospital general con más de 250 profesionales expuestos a RI y más de 30 equipos emisores de RI o detectores de uso clínico. Se presentan los diagramas de flujo establecidos para estas actividades, desde la previsión de la obra hasta su clausura para instalaciones y desde la previsión de alta hasta la baja laboral para trabajadores expuestos. Se definen los procedimientos para cada una de estas actividades: nuevas instalaciones, gestión de residuos radiactivos, vigilancia del ambiente de trabajo, normas de PR, planes y simulacros de emergencia, diarios de operación, estimación de dosis a los trabajadores, formación continuada en PR, protección de embarazadas y gestión de licencias acreditativas de PR. Se describe el seguimiento de estos procedimientos mediante indicadores, la evaluación de deficiencias encontradas y acciones de mejora.

RESULTADOS
Al ser un hospital de nueva creación, se han realizado un total de 25 verificaciones en instalaciones de salas nuevas y un total de 34 pruebas de aceptación en equipos; se ha instruido en protección radiológica a más de 150 profesionales entre formación individualizada al alta y en embarazadas, charlas informativas y seminarios de PR; se han realizado 4 simulacros de emergencia; estimación de dosis para más de 300 trabajadores mediante dosimetría individual o dosimetría de área, gestión de 40 licencias acreditativas de PR y 75 accesorios de PR. Las deficiencias encontradas están principalmente en los circuitos de comunicación y en las acciones correctivas, la revisión de procedimientos y la mejora de la comunicación.

CONCLUSIONES
La protección radiológica en ámbito sanitario afecta directamente a un gran número de profesionales e involucra, además del Servicio de Radiofísica y PR, a varios departamentos del hospital: Dirección, Gerencia, Recursos Humanos, Formación y Docencia, Prevención de Riesgos Laborales, Suministros, Mantenimiento. Por este motivo, para la gestión de la PR en un hospital se hace necesario el establecimiento de procedimientos y la implantación de circuitos bien definidos, así como el análisis y seguimiento de las actividades que afectan a la PR.

Contacto: Antonio Gil Agudo - agila@sescam.jccm.es

P-085 EQUIPO DE MEJORA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DEL PROCESO DE INGRESOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Autores: Llarena MJ, Albizua MJ, Urrezti A, Sánchez JA, Loureiro M, Villamor F.

OBJETIVO
Diseñar, redefinir requisitos e implantar el Proceso de Ingresos dando respuesta a la estrategia del hospital y a los requisitos del proceso de hospitalización. El hospital, que ha apostado por el modelo EFQM como modelo de gestión y ha obtenido el reconocimiento Q Plata 2004 del Gobierno Vasco, tiene diseñado un SGC que se basa en la gestión por procesos desde el año 2002 y que ha estado sujeto a varios ciclos de mejora. En el año 2006, se decide como objetivo estratégico abordar la gestión integral del proceso asistencial. Para ello se utiliza como punto de partida el proceso de hospitalización (diseñado y en fase de implantación) y los procesos de apoyo clínico (Farmacia, Laboratorio, Radiología, Admisiones y Archivo, certificados según la norma ISO 9000 desde el año 2002).

METODOLOGÍA
Métodos: equipo de diseño de proceso, técnicas cualitativas, tormenta de ideas. Fases: 1) Tras el despliegue de objetivos estratégicos, se definen los objetivos del proceso asistencial. 2) Identificación de interacciones y sus características de calidad para el área de ingresos a partir del análisis de procesos de hospitalización y procesos de apoyo clínico. 1) Constitución de un equipo multidisciplinar formado por facultativo, supervisora y personal de enfermería con experiencia en el área. 1) Primera fase: descripción gráfica de la secuencia de actividades del proceso actual. 2) Revisión y redefinición de requisitos del proceso para el cumplimiento de los objetivos y de las características de calidad de las interacciones. Identificación mediante tormenta de ideas de puntos críticos en el proceso. 3) Definición de nuevas actividades y responsabilidades. 4) Valoración de necesidad de recursos: materiales y humanos. 5) Fase de implantación: comunicación a todo el personal implicado del proceso y centro documental.

RESULTADOS
Proceso reestructurado y documentado en el SD-SGC y sistemática de trabajo definida. Identificación de infraestructuras necesarias para la implantación del proceso. Dimensionamiento del número de profesionales y nueva organización de RRHH. Nuevos planes de acción de proceso. Mejora en las interacciones con otros niveles asistenciales, etc. Necesidades de formación.

CONCLUSIONES
Realizar la gestión de los procesos específicos con un enfoque integral abordando el proceso asistencial en su conjunto ayuda a realizar una recogida sistemática de necesidades, facilita el ajuste entre procesos, aumenta la eficacia global y ayuda al cumplimiento de los requisitos de calidad.

Contacto: María José Llarena Cuevas - mj.llarena.cuevas@osakidetza.net

P-086 LA GESTIÓN POR PROCESOS Y LA INFORMATIZACIÓN APLICADA A LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS

Autores: Aloy-Duch A, Fusté-Ballús C, Martín-Sánchez E, Pruna-Comella X, Martínez-Mateo F, Lledó-Rodríguez R.

INTRODUCCIÓN
El proceso de gestión de las reclamaciones (RCLM) por parte de la unidad de atención al cliente (UAC), sus causas y su posible resolución han de correlacionarse directamente con la satisfacción y la mejora de la asistencia de nuestros pacientes.

OBJETIVOS
Evaluar con indicadores de proceso y resultado el sistema de gestión de las RCLM que se recibieron en la UAC hospitalaria hasta diciembre del 2006, y reelaborar un nuevo proceso de gestión (basado en la plena informatización y el uso de la intranet) a partir de enero del 2007 mediante la utilización de la Gestión de Procesos (GP).

METODOLOGÍA
La Fundació Hospital/Asil de Granollers dispone de 365 camas, con una población de referencia de 377.975 habitantes. Durante el 2006 se tabularon un total de 1.181 RCLM. Se realizó una encuesta a los profesionales sobre el sistema antiguo de las RCLM. Se elaboró un nuevo proceso y se compararon, con 9 indicadores, los dos períodos pre y posimplantación.

RESULTADOS
1) La encuesta exploratoria previa de opinión mostró el desacuerdo de los profesionales en el sistema antiguo vigente durante el 2006 (nivel medio de 2). 2) Para la elaboración de la GP se precisaron 10 horas de reuniones con los profesionales de la UAC, para definir expectativas, agentes y criterios de RCLM; se compró un escáner y se utilizó la intranet corporativa. 3) Se evaluaron los 9 indicadores descritos entre el primer trimestre de 2006 y 2007, respectivamente. Se mostraran los diagramas de flujo y las fichas elaboradas. 4) Los resultados de los 4 indicadores principales, de los 9 totales comparados, son: para el primero (porcentaje de respuesta desde los mandos a la dirección < 10 días), 48,6% (2006) y 95,3% (2007); para el tercero (porcentaje de respuesta desde la dirección al usuario < 15 días), 17,5% y 94%; para el quinto (utilidad del sistema vigente), muy mal sistema *vs.* buen sistema; para el sexto (disminución del peso de papel utilizado), un 77% de disminución.

CONCLUSIONES
El nuevo sistema de gestión de las RCLM mediante la GP, el uso del escáner, la informatización y la red de intranet han permitido hacer más eficiente el nuevo sistema y mejorar todos los indicadores de proceso y resultado, con la consiguiente mejora del tiempo de respuesta y la satisfacción de los agentes implicados. El nuevo proceso hospitalario de gestión de las RCLM pretende dar validez y efectividad a las respuestas expedidas a los usuarios del centro y proporcionar indicadores comparables con otros centros.

Contacto: Andreu Aloy Duch - aaloy@fhag.es

P-087 CONTROL DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA URGENTE EN UNA CENTRAL DE COORDINACIÓN DE URGENCIAS

Autores: Caamaño-Arcos M, Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Martínez MD, González-Olveira J, Riveiro-Villanustre J, Rodríguez-Campos J.

OBJETIVO
Analizar el comportamiento del proceso de gestión de la demanda de atención sanitaria urgente.

MÉTODO
Estudio retrospectivo (del 1/1/2007 al 20/5/2007). Analizamos los valores, agrupados por tramos semanales, de las variables de control: llamadas recibidas, llamadas de demanda, llamadas perdidas, reclamaciones y registros de consulta médica telefónica. Para analizar la consulta extraemos 5 fichas de registro de consulta médica de la aplicación Acorde correspondientes a cada una de las 20 semanas estudiadas. Se valora la cumplimentación de los apartados: motivo de consulta, antecedentes de patología previa, tratamiento y diagnóstico CIE 9. Estas fichas tienen registrado como alerta "propio paciente" y como tipo de demanda excluimos la consulta relativa a información sobre dosis y medicamentos. Valoramos como defecto la no cumplimentación de cualquiera de los apartados.

RESULTADOS
El registro de consulta médica está dentro de los límites de control. En el gráfico de Pareto, más del 80% de los defectos corresponden a los registros de antecedentes y tratamiento. La variable de reclamaciones está dentro de los límites de control. Las variables de llamadas recibidas y llamadas perdidas presentan puntos fuera del límite superior en las semanas 5 y 6, y las de demanda en la semana 1 y 6. Después de la semana 6, las tres muestran tendencia descendente y se mantienen controladas por debajo de la línea central. En las tres existen causas especiales.

CONCLUSIONES
Las variables de llamadas recibidas, perdidas y de demanda están fuera de control, probablemente como consecuencia de la gripe en las semanas 5 y 6, así como las llamadas de demanda en la primera semana, probablemente por el periodo vacacional. El gráfico de control nos da información visual de las variaciones que se producen en el comportamiento de nuestro proceso en el tiempo y nos orienta en la búsqueda de causas especiales para establecer acciones enfocadas a disminuir la variabilidad.

Contacto: M Dolores Martín Rodríguez - lola.martin.rodriguez@sergas.es

P-088 CONTROL DE INDICADORES DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Autores: Busca P, Hernando A, Cantera MK, Gallastegi I, López D, Goikoetxea X.

INTRODUCCIÓN
Teniendo en cuenta que en ocasiones la percepción puede no coincidir con la realidad, desde el año 2003 hemos ido estableciendo y analizando en nuestro Servicio diferentes indicadores de calidad que valoran aspectos de la atención urgente para poder establecer áreas de mejora en busca de la excelencia. Esto ha facilitado que a finales del 2005 fuéramos el primer servicio acreditado en el estado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias, así como que obtuviéramos la certificación según la norma ISO 9001:2000 en 2006.

METODOLOGÍA
1) Análisis de ocho indicadores de calidad, de un conjunto de más de 70, controlados mensualmente. Proporción de pacientes triados en menos de 6 minutos. Solicitud de pruebas complementarias. Disponibilidad de cama para ingreso hospitalario. Consumo de opiáceos. Frecuencia respiratoria (FR) en trombosis venosa profunda (TVP). Empleo de somatostatina en la hemorragia digestiva alta (HDA) activa. Actualización del tratamiento que recibe el paciente, en las historias clínicas, de aquellos que ingresan. Estancia en el Servicio de Urgencias. 2) Periodo de estudio del 1/5/2006 al 1/4/2007. 3) Selección mensual de una muestra de pacientes de forma aleatoria y estratificada (definida para la revisión de indicadores ISO).

RESULTADOS
Durante este periodo de tiempo fueron atendidos en nuestro Servicio 95.299 urgencias, y se ha analizado una muestra de 5.400 (5,4%). El 84% de nuestros pacientes son triados en < 6 minutos. Inicialmente fue del 76% y en la actualidad es del 93%. El 32% de nuestros pacientes no precisaron de ninguna prueba diagnóstica. Nuestra disponibilidad de cama para ingreso varía entre 11 y 42 minutos de media según la hora de petición. El consumo de opiáceos ha pasado de 2,5 a 2,9 amp por 100 urgencias atendidas, y su consumo ha aumentado en un 24%. La medición de la FR en TVP ha pasado de registrarse al 18% al 100% actual. El empleo de somatostatina en HDA ha pasado del 30% al 100%. La constancia de la actualización del tratamiento ha pasado del 0% al 55%. El 82% de nuestros pacientes tienen una estancia inferior a 4 horas y media en nuestro Servicio.

CONCLUSIONES
La medición de diferentes procesos clave dentro de nuestro funcionamiento, así como su seguimiento en las sesiones clínicas, no solo nos permite una mejora continua de nuestros procesos sino que además promueve una cultura de la calidad que impregna a todos los miembros de nuestro Servicio.

Contacto: Pablo Busca Ostolaza - pablo.buscaostolaza@osakidetza.net

P-089 DETECCIÓN DE DESPILFARROS Y PROPUESTA DE ACTUACIÓN SOBRE LOS MISMOS EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA

Autores: Lecuona-Sanz L, Izarzugaza-Iturrizar E, Iruin-Sanz A.

OBJETIVOS
La dispersión geográfica de los centros asistenciales que caracteriza a la Organización de Servicios Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, y que la propia Organización considera como una fortaleza interna por la gestión descentralizada, hace que la posibilidad de control sobre áreas de mejora (estructurales, asistenciales o de cualquier tipo) quede únicamente en manos del personal de cada centro. Esto constituye un problema cuando hablamos de aspectos estructurales (gestión de luz, edificios, material fungible, etc.) En los años 2005 y 2006 realizamos una acción de mejora sobre los fondos bibliográficos mediante la metodología 5S, que nos sirvió para la mejora de espacios y para llegar al conocimiento real de los fondos bibliográficos de SMEG. En 2007 hemos abordado la detección, sobre la misma idea, de aspectos generales de funcionamiento que puedan constituir fuentes de despilfarro en los CSM y realizar propuestas de mejora sobre los mismos. Los objetivos son los siguientes: 1) Sensibilización de las personas que trabajan en SMEG acerca de la importancia de la identificación y eliminación de los despilfarros. 2) Detección de despilfarros. 3) Selección de áreas de mejora. 4) Eliminación de despilfarros. 5) Trabajo en equipo y mejora continua en general. 6) Mejora del proceso de mantenimiento de las instalaciones y equipos.

MÉTODOS
Hemos utilizado como metodología la "Guía para la eliminación de despilfarros" de Euskalit (Fundación Vasca para la Calidad), adaptando la encuesta que propone (que abarca aspectos tales como métodos de trabajo, equipos y materiales). El proceso es el siguiente: 1) Información y discusión en cada CSM con los integrantes del equipo asistencial. 2) Entrega de la encuesta diseñada al efecto. 3) Recogida y elaboración de resultados. 4) Detección de áreas de mejora. 5) Propuesta de trabajo en cada centro.

RESULTADOS
Se presentarán los resultados por cada CSM, así como las áreas de mejora correspondientes. A su vez, se presentarán áreas de mejora comunes en todos los CSM (generales de la organización).

CONCLUSIONES
Orden, responsabilidad y compromiso con el trabajo personal, del equipo y de la organización derivado de la mejora de los métodos de trabajo. Liberación de espacio y mejor aprovechamiento del mismo derivado de la eliminación de despilfarros relacionados con equipos y materiales. Ambiente de trabajo más agradable en general.

Contacto: Lierni Lekuona Sanz - lierni.lekuonasanz@osakidetza.net

P-090 AUTOEVALUACIÓN EFQM EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Cantero M, Jiménez C, Barba M, Pérez J, Fidalgo ML, Mayol J.

OBJETIVO
El modelo madrileño de calidad propone la realización de una autoevaluación de forma periódica (bienal) de forma que se permita realizar diagnósticos de situación para la identificación de los puntos fuertes y las áreas de mejora de las organizaciones del Sistema Sanitario. Encuadrado en el modelo madrileño y de acuerdo con el compromiso establecido en el contrato de gestión del área de 2006 para realizar una autoevaluación EFQM, se desarrolla la siguiente autoevaluación para la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora siguiendo la adaptación de la Consejería de Sanidad del modelo EFQM.

METODOLOGÍA
Grupo de evaluación formado por 31 personas, que tras una sesión de formación y selección previa de la documentación identifican las áreas de mejora y puntos fuertes. Las áreas de mejora se agrupan mediante un diagrama de afinidades y se priorizan según importancia, urgencia y viabilidad.

RESULTADOS
Se identifican 207 puntos fuertes y 247 áreas de mejora. La priorización define las siguientes áreas de mejora: 1) Existe un déficit de comunicación interna. 2) La organización no ha identificado explícitamente su misión, visión y valores. 3) Existen deficiencias en el sistema de incentivos. 4) Existen deficiencias en la capacitación de mandos intermedios. 5) No existe una adecuada gestión de la documentación. 6) No todos los equipos tienen criterios explícitos para la asignación de suplencias. 7) Existen deficiencias en la gestión de los procesos. 8) Existen deficiencias en la explotación y utilización de datos y sistema de información. 9) Existe un déficit en la adecuación de la formación a las necesidades y competencias. Los resultados fueron presentados en una jornada en el Área y se constituyeron los grupos de mejora.

CONCLUSIONES
La realización de una autoevaluación EFQM ha permitido identificar los puntos fuertes y áreas de mejora, lo que supone un punto de partida para la mejora continua de la calidad. La autoevaluación EFQM se ha mostrado como un método global e integrado que permite la aplicación de la mejora continua en una gerencia de atención primaria.

Contacto: Mireia Cantero Caballero - mcantero.gapm08@salud.madrid.org

P-091 EFQM: ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

Autores: Cantero M, Miquel A, Palacios A, Domènech P, Herranz R, Martín I.

OBJETIVO
Una autoevaluación EFQM constituye un reto entre el compromiso de la organización en la mejora continua y el esfuerzo que implica su desarrollo. Cuando una organización aborda una autoevaluación, se enfrenta a una dualidad formación teórica / inexperiencia o experiencia traumática. Ante esta situación proponemos aplicar una metodología atrayente que logre implicar y motivar a los participantes en la gestión de calidad total, sin que suponga una sobrecarga de trabajo.

METODOLOGÍA
Un grupo de trabajo formado por equipo directivo (ED) y técnico de salud (TS) realiza una tormenta de ideas en la que se propone el uso de diferentes metodologías. Se realiza un balance de ventajas y desventajas, así como un análisis de situación y recursos disponibles.

RESULTADOS
Se propone la aplicación de la siguiente metodología: Selección de un grupo evaluador según su relación con los criterios, manteniendo una equidad entre categorías, distritos y centros de salud. Se forma un grupo para cada uno de los criterios constituido por 4 profesionales, con el apoyo de la TS y MIR de medicina preventiva, que aporta homogeneidad. Cada participante evalúa un criterio y el criterio de liderazgo se evalúa en común. Además, se constituye un grupo coordinador (GC) formado por Dirección Médica, TS, médico asistencial y subdirector médico. En una reunión del GC se realiza una selección previa de la documentación, que se identifica, localiza y dispone de forma ordenada en la zona de trabajo. En algunos criterios se añade documentación complementaria. Sesión de formación introductoria de 1,5 horas y entrega de documentación. Evaluación de un criterio por día con instrucciones comunes: lectura del criterio, resolución de dudas, identificación de documentación, discusión de situación, identificación de puntos fuertes y áreas de mejora (AM) de forma individual, con el posterior consenso e identificación de evidencias. Las AM se agrupan por el GC mediante un diagrama de afinidades. Remisión por correo electrónico a evaluadores del informe del criterio evaluado para revisión y de un archivo de Excel con las AM identificadas para su priorización según importancia, urgencia y viabilidad (puntos 1-5). Cálculo del promedio. Presentación de resultados en una jornada y formación de grupos de mejora para el abordaje de AM priorizadas.

CONCLUSIONES
El empleo de una metodología sencilla, sin sobrecarga de los evaluadores, ha logrado la participación activa y la satisfacción de los profesionales, lo que creemos que repercute en una autoevaluación objetiva y en la implicación en las AM priorizadas.

Contacto: Mireia Cantero Caballero - mcantero.gapm08@salud.madrid.org

P-092 EL CUESTIONARIO DE AUDITORÍA INTERNA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA APLICADA AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Elosegi M, Rodríguez JM.

OBJETIVOS
1) Normalizar la realización de la auditoría interna en el proceso de hospitalización, elaborando un modelo de cuestionario. 2) Que la herramienta diseñada sea eficaz para la detección de áreas de mejora, con un enfoque basado en la seguridad del paciente.

MÉTODOS
Creación de un equipo de trabajo multidisciplinar como responsable de la elaboración del cuestionario: unidad de calidad, jefe de UGS, direcciones asistenciales y supervisores/as de unidad y jefes clínicos. Aprendizaje interno de la metodología utilizada en las diferentes auditorías a otros procesos certificados. Aprendizaje a nivel externo del cuestionario de auditoría de evaluación del PVPCIN. Diseño del cuestionario, con un "enfoque a proceso", particularizado en las diferentes fases del proceso de hospitalización. Realización de la auditoría interna con el cuestionario.

RESULTADOS
1) Auditoría interna realizada en el mes de noviembre de 2006, con un equipo auditor mixto (auditor de proceso asistencial y auditor de procesos de apoyo). 2) El cuestionario utilizado es capaz de detectar las áreas de mejora relevantes que afectan al proceso. 3) Las oportunidades de mejora (no conformidades y áreas de mejora) que han surgido con la realización de la auditoría utilizando como herramienta el cuestionario han servido para establecer líneas de trabajo hacia la mejora de la seguridad del paciente en la gestión del proceso. 4) Se han conseguido resultados homogéneos y coherentes al contrastar el resultado de la auditoría interna con la externa.

CONCLUSIONES
1) La utilización del cuestionario nos facilita la realización sistemática y exhaustiva de la auditoría al proceso. 2) Nos facilita la detección de áreas de mejora. 3) Sirve para auditar cualquier proceso asistencial. 4) El enfoque a procesos del cuestionario facilita al propietario del proceso una mejor comprensión de la finalidad y objetivo de la auditoría. 5) La utilización del cuestionario permite objetivar las evidencias buscadas y analizar todos aquellos puntos críticos que afectan a la eficacia del proceso. 6) La auditoría externa ha validado la metodología utilizada, que ha sido coincidente en la mayoría de las áreas de mejora detectadas, y ha establecido como punto fuerte el diseño del mismo. 7) Su diseño permite su utilización en el proceso asistencial de cualquier organización sanitaria.

Contacto: Maiteder Elosegi Mendizábal - maiteder.eloseguimendizabal@osakidetza.net

P-093 INTEGRACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE NUESTROS SISTEMAS DE GESTIÓN

Autores: Rodríguez JM, Elosegi M.

OBJETIVO
Diseñar un modelo integrado que facilite la gestión de la documentación y la gestión operativa de los sistemas de gestión de los diferentes procesos del hospital.

MÉTODOS
Constitución del equipo de trabajo liderado por la gerencia e integrado por: unidad de calidad, unidad de gestión sanitaria, unidad de información y control de gestión. Utilización de las herramientas informáticas disponibles: web local y red local. Diseño y estructura del modelo facilitador de la gestión documental y de la gestión operativa de los diferentes sistemas de gestión en los procesos del hospital. Revisión y rediseño de las herramientas informáticas para adaptarlas al nuevo sistema.

RESULTADOS
1) Se ha revisado y actualizado toda la documentación de los sistemas de gestión. 2) Disponibilidad y acceso a la documentación "única y vigente" a través de la web local en todas las unidades operativas. 3) Procedimiento para cambios y actualización de la documentación y flujograma de responsabilidades. 4) En la red local hay 2 directorios para la gestión operativa (objetivos, indicadores, no conformidades, observaciones, áreas de mejora, etc.) de los sistemas de gestión existentes en el hospital (Calidad, Medio Ambiente, etc.) que son gestionados por los propietarios de los procesos.

CONCLUSIONES
1) Se ha conseguido mejorar el control de la documentación de los sistemas (única copia controlada). 2) Esto se ha conseguido con la designación de un único responsable de los cambios y la actualización de la documentación de los sistemas. 3) Se ha integrado la gestión operativa de nuestros sistemas, lo que facilita el trabajo de los propietarios de proceso y el acceso a la situación en cada momento por parte de la Dirección. 4) El modelo diseñado para la gestión operativa es de fácil utilización y consulta y ha conseguido tener un alto grado de aceptación. 5) Es un elemento facilitador para la realización de las auditorías de los diferentes sistemas.

Contacto: Juan María Rodríguez Le Halper - juanm.rodriguezlehalper@osakidetza.net

P-094 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO: MANTENIMIENTO Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE CARROS DE PARADAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Mata E, Moro A.

OBJETIVOS
(Trabajo realizado en el Hospital de Jove, Gijón. Hospital comarcal de 234 camas, sin UVI). Realizar una comprobación en las unidades de hospitalización de nuestro hospital del correcto seguimiento del protocolo de mantenimiento y revisión de los carros de paradas de las unidades de hospitalización (5 carros). Se excluyeron los carros de paradas de unidades especiales (reanimación, urgencias y unidad de cuidados intermedios).

MÉTODO
Se realizaron dos revisiones: 1) Entre el 8 de junio de 2006 y el 8 de agosto de 2006; se avisó a la supervisora de la planta de que se iba a realizar la revisión. 2) Entre el 15 de enero de 2007 y el 8 de febrero de 2007; sin aviso previo. Se diferenció entre la gravedad de los incumplimientos al protocolo que podríamos encontrar: incumplimiento leve (por ejemplo: caducidad de la esterilidad del material); incumplimiento grave: (por ejemplo: colocación adecuada de la medicación); incumplimiento muy grave: (mal funcionamiento del laringoscopio). Los carros de paradas podían clasificarse como: apto, no apto y apto con cambios. Se informaba de los resultados al momento a la supervisora de planta para subsanar los problemas encontrados.

RESULTADOS
En la primera revisión se encontró 1 incumplimiento grave y 4 leves (3 aptos con cambios y 2 aptos). En la segunda revisión se encontraron 2 incumplimientos leves. (2 aptos con cambios). Todas la unidades tenían la documentación de la revisión semanal correctamente cumplimentada y las caducidades de la medicación controladas.

CONCLUSIONES
El seguimiento correcto del protocolo de mantenimiento y revisión de los carros de paradas de las unidades de hospitalización garantiza el conocimiento por parte del personal de enfermería de la distribución del carro y el funcionamiento correcto de todos sus componentes en situaciones de emergencia.

Contacto: Esther Mata Peón - esthermata@eresmas.com

P-095 ISO, LOS INDICADORES DE TIEMPO: ESENCIALES EN RADIOTERAPIA

Autores: Ribes JL, Ballart M, Delgado JE, León D.

INTRODUCCIÓN
Desde la norma ISO, los indicadores son una parte fundamental para la correcta implantación de la misma. Los indicadores de tiempo en los tratamientos oncológicos son fundamentales para reducir al máximo el tiempo entre diagnóstico y tratamiento. En nuestra norma ISO (certificación 2003) introdujimos indicadores de tiempo que engloban todo el proceso de tratamiento radioterápico.

OBJETIVO
Demostrar la eficacia de estos indicadores como esenciales para verificar el cumplimiento de objetivos o las correspondientes rectificaciones en caso de necesidad de demostrar la eficacia que representan las reuniones del comité de seguimiento ISO para corregir las desviaciones.

METODOLOGÍA
Seguimiento mensual acumulativo desde junio de 2006 de los diferentes tiempos representados en días naturales para cada uno de los diferentes estadios. TA: tiempo entre la recepción de la petición en la primera visita / asignación de médico. TB: asignación de médico / primera visita. TC: primera visita / tac-simulación. TD: tac-simulación / servicio física. TE: física / informe dosimétrico. TF: dosimetría recibida (física) / dosimetría aceptada (sesión clínica). TG: aceptación de la dosimetría / inicio del tratamiento. TH: fin de tratamiento / firma del informe. TI: firma del informe / facturación.

CONCLUSIONES
Los diferentes tiempos nos indican la variabilidad de los subprocesos y nos orientan hacia las áreas de mejora a partir de tiempos definidos como máximos aceptables. Las reuniones continuadas del comité ISO permite a los responsables de las áreas la toma de decisiones a partir de datos objetivos. Acortar los tiempos de los procesos de atención al paciente oncológico es esencial, tanto para disminuir la angustia del paciente y su familia como para mejorar capítulos como la morbilidad y el aumento de la supervivencia.

Contacto: Juan Luis Ribes Bernal - jlribes@iconcologia.net

P-096 IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO INFORMATIZADO DE MANEJO INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR DE SEPSIS (PIMIS)

Autores: Comas B, Llompart A, Borges M, Margareto R, Mata B, Tarradas J.

INTRODUCCIÓN
Los pacientes con sepsis grave o choque séptico pasan varias horas en Urgencias. Es necesario el desarrollo de estrategias para la identificación, diagnóstico y tratamiento precoz desde estos Servicios.

OBJETIVO
Evaluar la aplicación y eficacia de un protocolo informatizado multidisciplinar para la identificación y manejo de la sepsis grave (SG). Comparación de resultados obtenidos entre Urgencias y otras Unidades del hospital.

MÉTODO
Estudio observacional prospectivo. Desarrollamos un documento informatizado de identificación de SG (síndrome de respuesta inflamatoria severa, SRIS, y disfunción orgánica, DO), analítico y terapéutico. El protocolo tiene 4 partes: identificación (al menos 2 criterios SRIS más uno DO), petición automática de pruebas (0-6-12 horas), comentario de evolución y acceso a protocolo terapéutico estandarizado.

RESULTADOS
Se analizaron los 220 pacientes incluidos entre enero de 2006 y octubre de 2006, 83 de los cuales activados desde Urgencias. Edad media de 63,6 años (DE 15, R 23-90). El 37,3% se activó desde urgencias, el 53,3% desde la UCI, el 5,4% desde el área médica y el 4,0% desde el área quirúrgica. El diagnóstico inicial fue de sepsis severa (%) / choque séptico (%) en el 75,4/24,6 de los activados en Urgencias, 32/68 en la UCI, 71,4/28,6 en Medicina Interna y 50/50 en el Área Quirúrgica. Precisaron ingreso en UCI el 32,5% de los pacientes incluidos desde Urgencias.
La estancia global hospitalaria fue de 13,8 días (DE 10,27) para los de urgencias, 25,7 (DE 23,10) en la UCI, 25,7 (DE 25,36) en el Área Médica y 20,7 (DE 21,17) en el Área Quirúrgica.
La mortalidad global para los pacientes de Urgencias fue del 13%, frente al 27,9% del general. Según la gravedad: la mortalidad intrahospitalaria de los activados desde Urgencias fue del 7,7%, secundaria a sepsis severa, y del 29,4% en choque séptico ($p < 0,01$). En el grupo general fue del 15,6% y 44,3%, respectivamente (ambas con $p < 0,001$). Los criterios SRIS fueron: fiebre 50%, taquicardia 88%, taquipnea 72,3%, paCO2 < 32 mmHg 44,6%, leucocitosis 61,4%. De los DO clínicos teníamos: 47% hipotensión, 49,4% hipoxemia, 26,5% oliguria, y de los analíticos: un 34,9% con elevación de creatinina y un 16,9% con coagulopatía/trombopenia. El número de DO al activar el protocolo en Urgencias fue: un 43,4% con afectación de un único órgano y un 49,4% con afectación en dos o más.

CONCLUSIONES
Es posible implementar un protocolo de manejo multidisciplinar de la SG en un hospital, pero es un proceso difícil y continuo. Su aplicación ayudaría a homogeneizar el manejo de esta patología en los servicios de urgencias.

Contacto: Bernardino Comas Díaz - bcomas@hsll.es

P-097 DESCRIPCIÓN, EVALUACIÓN Y PUESTA EN GESTIÓN DEL PROCESO "GESTIONAR FACTURACIÓN A TERCEROS" EN UNA GERENCIA DE AP DE MADRID

Autores: Almazán-del Pozo M, Zorita-Herreros M, Domingo-Gil G, De la Casa-Torija A.

OBJETIVOS
La unidad de gestión económica tiene la misión de facturar la prestación de todos y cada uno de los servicios sanitarios cuya prestación no sea con cargo al sistema público.

MÉTODOS
La implantación de este proceso implicó el nombramiento de dos propietarios (profesionales expertos) más un copropietario (responsable de la Unidad). Además, se realizó una descripción del proceso (ficha de proceso). En ella se indica cuál es el valor añadido que este proceso aporta a los grupos de interés y cómo se elabora, contabiliza y controla. Se describen las guías y las principales dependencias para llevar a buen fin este proceso. Por último, se realizó una propuesta de indicadores para medir la efectividad de la puesta en marcha y evaluar en datos cuantitativos la repercusión o no de esta nueva propuesta de gestión.

RESULTADOS
Sin duda, lo que tiene un mayor interés son los resultados obtenidos tras haber realizado la evaluación. Entre todas las áreas de mejora detectadas, se priorizaron dos. A partir de estas áreas de mejora, se propusieron dos acciones de mejora para 2006. La primera fue la implantación de la vía de apremio. Su objetivo es mejorar la capacidad recaudatoria de los centros, dado que posibilita la reclamación en vía de apremio. La segunda era la apuesta clara, pero acorde con las limitaciones de disponibilidad de recursos de la Unidad, de informar y formar a los profesionales de nuestros centros, que son los primeros receptores del posible servicio a facturar (el objetivo fue formar al 20% del total de los profesionales del Área). Se impartieron siete sesiones a los equipos y a otras unidades durante el ejercicio 2006. El resultado, sin modificar ninguna de las restantes variables que pudieran haber contribuido a la mejora, fue un incremento en la facturación de un 29,16% y de un 36,28% en los cobros en el ejercicio 2006 respecto al ejercicio anterior. El Contrato de Gestión 2006, en el punto relativo a ingresos, puntualiza que la entrada en vigor de un nuevo catálogo de precios públicos condicionaría sensiblemente la gestión recaudatoria durante 2005, y que por tanto 2006 debía ser un año de estabilidad.

CONCLUSIONES
De todo ello se deduce que el propio SERMAS era consciente de la dificultad para incrementar las cifras de facturación y cobros de 2006 respecto a 2005. En el caso del Área 1 de AP, la puesta en marcha del proceso "Gestionar facturación a terceros y otros" ha sido determinante para conseguir mejores resultados que los esperados: ha generado la mayor cifra de ingresos de Primaria del SERMAS.

Contacto: Mercedes Almazán del Pozo - malmazan.gapm01@salud.madrid.org

Mesa 7

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1

P-098 - P-113

P-098 LA ENFERMERA DE ADMISIÓN, ENLACE EN UNA VÍA CLÍNICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Albizua-Uriondo O, Arzamendi-Manterola MT, Bello-García C, Unanue-López MJ, Elosegi-Vallejo E, Veras-Sanz JA.

INTRODUCCIÓN
La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las patologías graves más prevalentes. En Euskadi (año 2005) representa la segunda causa de ingreso tras la bronquitis crónica en la franja de edad de 65 a 74 años y la primera en los mayores de 75 años, con una tasa de hospitalización de 3,70 (10.000 habitantes) y 13,11, respectivamente. El equipo de MBE (medicina basada en la evidencia) de nuestro hospital implantó en junio de 2006 una vía clínica de manejo del fallo cardiaco durante el ingreso y tras el alta hospitalaria basada en la continuidad de atención al paciente en el domicilio mediante una coordinación clínicamente eficaz entre el Servicio de MI Hospitalaria y la atención primaria, a través de la enfermera del servicio de admisión como profesional de enlace con el paciente.

OBJETIVOS
1) Fomentar la salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de IC. 2) Disminuir o evitar las visitas a urgencias y los reingresos relacionados con la IC. 3) Disminuir la mortalidad.

METODOLOGÍA
El día del alta, la enfermera de admisión se presenta al paciente y le informa sobre el protocolo telefónico a seguir. Llamada telefónica al paciente los días 3º y 6º tras el alta para verificar: NYHA actual, presencia o ausencia de mareos de bajo gasto, adhesión al tratamiento, seguimiento de la dieta hiposódica, actividad física aeróbica. La presencia o el agravamiento de al menos uno de los dos primeros indicadores conduce a programar una consulta rápida con el médico de la Unidad responsable del paciente. Sin presencia de criterios, se efectúa una llamada telefónica quincenal, consulta médica el 10º día tras el alta y, a partir de aquí, seguimiento mensual.

RESULTADOS
Se encuentran incluidos en la vía clínica 37 pacientes con una edad media de 75 años (el 51% mujeres). Se han realizado 250 llamadas, de las cuales 10 han requerido consulta médica. Estos pacientes causaron durante los tres meses previos al inicio de la vía clínica 451 días de estancia hospitalaria. En los tres meses posteriores a la puesta en marcha del proyecto se han evitado 380 días de estancia.

CONCLUSIONES
La insuficiencia cardiaca es una patología crónica que requiere un manejo clínico basado en la continuidad de atención y en la coordinación entre niveles asistenciales. La enfermera de Admisión, como enfermera de enlace, se anticipa a las necesidades del paciente y articula la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados efectivos en cuanto a costes.

Contacto: Olatz Albizua Uriondo - olatz.albizuauriondo@osakidetza.net

P-099 CALIDAD EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. EL RELEVO INFORMATIZADO

Autores: Maiquez-Mojica V, Velasco-Pérez R, Mármol-Cantero JJ, Carcelen-García S, Egea-Mármol MD, Serrano-Teruel T.

OBJETIVO
Mejorar la calidad en los registros de enfermería, destacando la necesidad de un relevo claro y legible, con duración en el tiempo y accesible para todo el equipo de salud, es decir, utilizar el relevo informatizado.

MÉTODO
Dentro de los registros informatizados se incluye el relevo de Enfermería. Al finalizar cada turno, el profesional de Enfermería accede al sistema informático para dejar constancia de su trabajo realizado. Accede individualmente a cada paciente y registra posibles incidencias, pruebas diagnósticas solicitadas o realizadas, órdenes médicas llevadas a cabo o pendientes de realizar, etc. Se elabora un orden en el relevo informatizado que cumplen todos los profesionales: Diagnóstico médico. Antecedentes personales (alergias, enfermedades, etc.). Estado físico y mental del paciente (recoge consciencia, orientación, independencia para actividades, etc.). Dieta. Pruebas diagnósticas realizadas. Pruebas diagnósticas pendientes. Actividades de Enfermería realizadas durante el turno. Cualquier otra incidencia relacionada con el paciente. Cada enfermero accede al sistema informático con su clave de acceso y su contraseña, lo que podríamos decir que es su firma digital para identificarlo.

RESULTADOS
Todos los profesionales de Enfermería aceptan y llevan a cabo el orden del relevo informatizado. A este relevo se puede acceder en cualquier momento, y puede ser consultado por cualquier miembro del equipo de salud. Desaparece el relevo escrito en papel, que no garantiza continuidad, pues no perdura en el tiempo.

CONCLUSIONES
El buen registro es útil para el paciente porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una forma de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud. Con el relevo informatizado, todos los profesionales disponen de la información necesaria y suficiente, con continuidad en el tiempo, para desempeñar una labor asistencial de calidad.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-100 OBTENCIÓN DE MUESTRAS PROGRAMADAS PARA LABORATORIO POR ENFERMERAS DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Terón-Martínez MJ, Sáez-Soto AR, Corbalán-Dólera C, Martínez-López J, Bernal-Romero JM.

OBJETIVO
Implantar como dinámica de trabajo en unidades de hospitalización la obtención de muestras para laboratorio programado por enfermeros de las unidades.

METODOLOGÍA
Creación de un grupo de trabajo formado por supervisores de las unidades de hospitalización y laboratorio y coordinado por supervisores del Área de Análisis de Campos de Fuerza. Fuerzas a favor: agiliza las altas, menos tiempo en ayunas, atención integral al paciente, número insuficiente de enfermeros en el laboratorio, reclamaciones por demora en la extracción. Fuerzas en contra: resistencia al cambio, desconocimiento de los tubos, desconocimiento de la conservación, aumento de las cargas de trabajo, menos habilidad en la canalización venosa, aumento de incidencias en las muestras. Aumento de las fuerzas a favor: agilización de la recepción de resultados, aumento de la satisfacción del paciente, cumplimiento del horario de desayuno, información del proceso asistencial por enfermera responsable del paciente. Disminución de las fuerzas en contra: formar enfermeros de la unidad (apoyo de un enfermero de laboratorio los 2 primeros días más póster de obtención de muestras), abastecimiento de tubos, selección del turno adecuado, determinación de las cargas de trabajo en turno: analíticas promedio por día con un máximo de 11 por turno, definición del circuito: enviar peticiones de 17 h y 19 h, de 19 h a 22 h según demanda y por la mañana después de las 22 h, e identificar tubos. El laboratorio envía las peticiones con códigos de barra a las 20 h. Los tubos se envían a laboratorio junto con los volantes, con su código de barras, antes de las 9 h. En extracciones posteriores a las 9 h, debe consultarse con el laboratorio. El laboratorio envía los resultados a las 13 h. Implantación en dos plantas, valoración y solución de problemas al mismo tiempo que la implantación, implantación progresiva en todas las unidades. Problemas en la implantación: no se dispone de póster de imprenta el día de la implantación, falta material, aumentan las cargas de trabajo del turno de las mañanas, incidencias en muestras: falta algún tubo, no se pone código de barras en la petición, etc. Solución de problemas: se imprimen los pósters, se dispone de ellos en todas las unidades, se abastece de gradillas, se realiza la extracción en turno de noche, se difunde el circuito, se adjunta un documento que recoge el número y el tipo de tubo que precisa cada petición, se realiza conservación.

CONCLUSIONES
Para introducir cambios en la metodología de trabajo es preciso contar con la colaboración de todas las unidades implicadas. Se ha implantado en todas las unidades, con cambios en la distribución de tareas por turno. Queda pendiente evaluar la implantación.

Contacto: María José Terón Martínez - mjose.teron@carm.es

P-101 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Urrechu-Reboiro D, Murua-Navarro F, Sánchez-Bernal R, Audicana-Uriarte A, García-Aguilar R, García-Diego C.

OBJETIVOS
1) Evaluar la calidad científico-técnica de los informes de continuidad de cuidados. 2) Confirmar su realización como indicador de calidad cumpliendo todos los requisitos establecidos por la organización. 3) Evaluar su utilidad dentro del proceso asistencial.

METODOLOGÍA
Para conseguir unos cuidados integrales, individualizados y continuados de los pacientes atendidos en nuestros centros, el personal de enfermería utiliza tres herramientas fundamentales: 1) un modelo de cuidados (Virginia Henderson), 2) los diagnósticos de enfermería (taxonomía NANDA) y 3) el informe de continuidad de cuidados de enfermería. Con las dos primeras herramientas ya se realizan evaluaciones anuales de forma sistemática, de las que se extraen las áreas de mejora y los puntos fuertes. Para poder cerrar el proceso de atención de enfermería asegurando su calidad, nos planteamos la necesidad de realizar una evaluación de los informes de continuidad de cuidados de enfermería. Se definieron un total de 16 criterios, que se consideraron importantes. Los 7 primeros van dirigidos a evaluar la calidad científico-técnica, los 5 siguientes valoran si se cumplen los objetivos que nos planteamos dentro del hospital como indicador de calidad y los 4 últimos analizan la valoración que, desde enfermería, se da a su utilidad en el proceso terapéutico; para recoger esta opinión se elaboró un cuestionario que se pasará a las enfermeras del hospital y de los centros de salud mental. La evaluación será realizada por la enfermera de la UGS basándose en: 1) Aplicación informática ZAINERI: informes de continuidad de cuidados. 2) Información procedente de las enfermeras de la organización (cuestionario). 3) Informe de los resultados de la encuesta de satisfacción de pacientes hospitalizados. El total de la puntuación es de 100 puntos, cuya ponderación por cada uno de los criterios se ha realizado en función de la relevancia de cada uno de ellos.

RESULTADOS
1) Confirmar la calidad científico-técnica. 2) Confirmar el porcentaje de los informes realizados y revisar los criterios para la no realización. 3) Confirmar su utilidad dentro del proceso asistencial. 4) Validación y/o modificación del propio procedimiento de evaluación, si procede.

CONCLUSIONES
Tras esta primera evaluación, que se realizará durante el año 2007, se extraerán las áreas de mejora y unos criterios que garanticen la correcta realización del informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta, con lo que se cerrará todo el proceso asistencial.

Contacto: Dolores Urrechu Reboiro - dolores.urrechureboiro@osakidetza.net

P-102 ¿ACCEDEMOS A VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS ADECUADAMENTE?: DE TAL CALIBRE, TAL VOLUMEN

Autores: Ruiz-Lavela FM, Martín-Rodríguez J, Mayor-Martín AB, Herrera-Nicolás S, Díaz-Hernández JA, Martín-Rodríguez M.

OBJETIVOS
1) Informar y ayudar a la formación integral de los enfermeros en la canalización de accesos venosos periféricos. 2) Servir de base al desarrollo de algoritmos adecuados en el proceso anteriormente descrito, teniendo presente al enfermo y su patología.

MÉTODOS
El presente trabajo ha constado de las siguientes fases: 1) Una revisión bibliográfica de los últimos 5 años que pone de manifiesto una gran cantidad de protocolos sobre canalización de vías venosas periféricas, sin que haya especificaciones concretas sobre la elección de un catéter determinado en situaciones críticas. De la misma forma, una búsqueda sobre las cualidades de los catéteres periféricos más utilizados. 2) Un estudio descriptivo transversal estratificado en: 2.1 Monitorización de las canalizaciones venosas periféricas realizadas en los servicios de urgencias de tres hospitales: dos generales y uno comarcal. 2.2 Valoración de los profesionales implicados, con el uso de una encuesta validada mediante análisis estadístico con el programa SPSS, versión 11, y poniendo énfasis en las habilidades y cualidades en punciones venosas percutáneas para canalización periférica. La encuesta de 10 variables medía tres dimensiones fundamentales: 1) Experiencia profesional; 2) Prevalencia en el uso de un determinado catéter; c) Conocimientos y actitudes en el uso de protocolos. Este test se usa con el objetivo fundamental de valorar algunos indicadores sobre los conocimientos preexistentes en el tema principal que nos ocupa, así como la evolución de variables de interés para el mismo.

RESULTADOS
Como resultado principal se ha obtenido una estandarización en el uso del catéter de calibre 18G por parte de los enfermeros de Urgencias. No hay una causa objetivada en dicha fidelización, sin que la extensión de su uso sea motivo de una mayor calidad científico-técnica. Así mismo, se enfatiza el desconocimiento de las posibilidades volumétricas de infusión de líquidos según el tipo de catéter utilizado. La fiabilidad de los resultados viene avalada por la capacidad de reproducibilidad de los mismos.

CONCLUSIONES
Es necesario debatir si la calidad científico-técnica en este proceso es la adecuada o debería haber una revisión del proceso en cuestión. La identificación de criterios de instauración de una vía venosa con una cánula de calibre adecuado lograría un tratamiento más eficiente y reduciría la morbilidad del proceso, el estrés de los pacientes y los costes que ello conlleva.

Contacto: Miguel Martín Rodríguez - miguel.martin2@carm.es

P-103 PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PRÁCTICA ENFERMERA EN EL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Autores: Corrales E, Ferro T, Vidal A, Rubio D, Pallejà M, Serra MA.

OBJETIVOS
Describir el Programa de Mejora de la Seguridad del Paciente y Práctica Enfermera y sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS
Cuadro de mando de indicadores de seguridad de la práctica enfermera. Programa de Formación Interna. Participación activa en la Alianza para la Seguridad de la atención de la OMS. Formación avanzada de referentes en la Institución. Espacio en la intranet de seguridad. Elaboración y revisión de protocolos y procedimientos.

RESULTADOS
1) Monitorización de un cuadro de mando de indicadores de seguridad de la práctica enfermera. Resultados 2006: Grado de identificación adecuada: 82,7%. Notificaciones a las enfermeras de los errores de medicación y acontecimientos adversos: 82,1%. Bacteriemias por catéter central: 2,2%. Contaminación por hemocultivos: 2,3%. Prevalencia de úlceras por presión: 6,7%. Extravasación de citostáticos: 0,03%. Caídas y lesiones. Incidencia de caídas del 4,2%. Satisfacción con el trato: 99,3%. 2) Elaboración y revisión de protocolos y procedimientos: se han revisado y actualizado. Contención física. Aerosolterapia. Administración de pentamidina. Administración de hemoderivados. Parada cardiorrespiratoria. Flebitis. Extravasación. Reacciones anafilácticas. Procedimiento de identificación adecuada. Prevención de úlceras por presión. 3) Participación activa en la Alianza para la Seguridad de la OMS. Asistencia a todos los seminarios de información y difusión de las estrategias de la Alianza. Implementación de los 2 programas estrella de la Alianza: lavado de manos con gel hidroalcohólico y mejora de la identificación adecuada de los pacientes. 4) Formación de los profesionales en seguridad: sesiones mensuales dentro del Programa de Formación Interna de la Institución sobre temas de seguridad. Programa de Formación a la acogida que incluye temas de seguridad. Sesiones de formación interna en los servicios. Un profesional de enfermería se ha formado a nivel avanzado en seguridad en la Fundación Avedis Donabedian. 5) Creación de un espacio de información en la intranet de la Institución sobre seguridad.

Contacto: Esther Corrales Baz - ecorrales@iconcologia.net

P-104 DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE MUESTRAS EXTRAÍDAS EN PPROPES ENTRE VERANO E INVIERNO

Autores: Navarro L, Cháfer M, Zafrilla L, Belilty M, Blázquez JA, De Mora A.

OBJETIVO
El clima en nuestra área se caracteriza por temperaturas extremas en verano y en invierno. Las condiciones de temperatura en las que se realiza el transporte de especímenes pueden afectar a los resultados analíticos. El laboratorio de nuestro complejo hospitalario recibe especímenes de más de 100 puntos periféricos de obtención (PPROPES), que distan hasta 100 km del laboratorio en algunos casos. El transporte de las muestras se realiza en vehículos isotermos o taxis, dentro de neveras de *camping*. El objetivo es evaluar si hay o no diferencia en los resultados de parámetros bioquímicos en relación con la época del año y las posibles causas.

MATERIAL Y MÉTODOS
Para evaluar si las condiciones climáticas afectan a los resultados obtenidos, hemos analizado 129.826 peticiones de pacientes (66.269 en invierno y el resto en verano). Hemos seleccionado peticiones extraídas en los puntos periféricos procedentes de atención primaria y Especializada analizadas en los meses de enero, febrero, julio y agosto de los años 2004-06. Hemos analizado las diferencias en los siguientes parámetros: glucosa, urea, ión creatininio, colesterol, triglicérido, proteína, AST, ALT, GGT, LDH, ALP, CK, iones sodio, potasio y cloro. Hemos calculado la media en invierno, en verano y de cada mes, y también hemos calculado la razón de la diferencia entre invierno y verano y la media de las diferencias entre los meses de invierno y verano.

RESULTADOS
La media de glucosa ha sido 97 mg/dL en invierno y 92 mg/dL en verano, la media del ion potasio fue 4,52 mmol/L en invierno y 4,30 mmol/L en verano, el ion sodio en invierno fue de 141,6 mmol/L y de 140,5 mmol/L en verano; finalmente, la media de colesterol fue de 202 mg/dL en invierno y 197 mg/dL en verano. La razón de la diferencia entre invierno y verano y la media de las diferencias entre los meses de invierno y verano fue casi de 7 en la glucosa, 14 en el ion potasio, 5 para el ion sodio y 4 para el colesterol. El origen de las diferencias puede deberse a la temperatura durante el transporte de las muestras, pues el calor podría aumentar el consumo de glucosa y el frío del invierno puede actuar sobre la bomba de potasio. La variación en los niveles de colesterol puede estar relacionada con cambios dietéticos o en las costumbres en el verano.

CONCLUSIONES
El control de la temperatura a la que se realiza el transporte de las muestras, de forma que sea constante e independiente de la temperatura exterior, es un paso esencial para mejorar la calidad del proceso analítico.

Contacto: Laura Navarro Casado - lnavarro@sescam.jccm.es

P-105 VALORACIÓN DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA

Autores: Ruiz E, Yagüez C, Más P, Rom M, Ramos G, De Febrer G.

INTRODUCCIÓN
El paciente geriátrico ingresado en la Unidad Sociosanitaria padece como complicación frecuente caídas durante su estancia. Se desarrollan diferentes estrategias para evitar esta complicación, como puede ser la aplicación de protocolos de caídas y la realización de adaptaciones en los centros para minimizar los factores de riesgo extrínsecos. Durante el año 2006 se implanta un sistema de detección de pacientes con riesgo de caídas y prescripción de sujeciones físicas.

OBJETIVOS
Valorar el sistema implantado para detectar los pacientes con riesgo de sufrir caídas y la indicación de sujeciones físicas.

METODOLOGÍA
Estudio retrospectivo de las caídas producidas durante el año 2006 y comparación con el año 2005. Revisión de las hojas de registro de sujeciones y de las caídas sufridas durante el año 2006. Valoración (test de Downton). Valorar los pacientes detectados con riesgo de caída y las sujeciones prescritas y valorar los pacientes que han sufrido caídas y que no estaban detectados ni sujetados. Valoración de los efectos adversos: aparición de úlceras y grado de dependencias.

RESULTADOS
Año 2006: 41 caídas (35 pacientes), factores extrínsecos: 15, y factores intrínsecos: 20. Durante el año 2005, el número caídas fue: 51 (41 pacientes), factores extrínsecos: 12, y factores intrínsecos: 39. Durante todo el año se registraron 62 pacientes con riesgo de caída. Pacientes con caídas por factores intrínsecos que estaban detectados: 10, sujetados: 6, y que no estaban ni detectados ni sujetados: 4. Pacientes con caídas por factores extrínsecos que estaban detectados: 1. De las caídas sufridas en la Unidad, el motivo de caída más frecuente fue: pérdida de equilibrio: 7, debilidad: 4, resbala: 4, tropieza con el mobiliario: 4, calzado no adecuado: 1, suelo húmedo: 2, entre otros. Lesiones producidas: Ilesos: 22, heridas: 12, contusiones: 11, fracturas: 1, hematoma subdural: 1.

CONCLUSIONES
1) Nuestro método de detección e indicación de sujeciones físicas ha permitido disminuir el número de caídas totales durante el año 2006. 2) El sistema diseñado es más eficaz en la prevención de caídas por factores intrínsecos. 3) Resta por valorar los efectos adversos producidos por las sujeciones físicas.

Contacto: Gabriel de Febrer Martínez - gdefebrer@grupsagessa.com

P-106 INDICADORES DE SEGURIDAD: UNA EXPERIENCIA PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Morcillo A, Villarroya C, Villanueva A.

INTRODUCCIÓN
La División de Enfermería, con el soporte de la FAD, realizó un análisis de situación con la finalidad de elaborar el Plan de Calidad. Esto fue la base, tras la incorporación de dos enfermeras a la unidad de calidad, para pactar con esta dirección los indicadores de gestión de cuidados en el ámbito de la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS
1) Difundir conocimiento sobre la seguridad del paciente. 2) Evaluar los resultados de la actuación asistencial de las enfermeras en los temas de seguridad. 3) Poner énfasis en detectar y prevenir la aparición de efectos adversos.

METODOLOGÍA
Identificación de 17 indicadores de seguridad. Elaboración de la parrilla de indicadores y la ficha técnica de cada uno de ellos, en la que se concretan las acciones, la fuente, el estándar, la persona responsable de la información y la periodicidad de la misma. Divulgación del proyecto a los mandos intermedios y al personal asistencial. Sesiones de sensibilización sobre seguridad. Monitorización de los indicadores. Explotación de datos y divulgación de resultados.

RESULTADOS
En el periodo de enero a diciembre de 2006, la monitorización de los indicadores de seguridad han evidenciado su grado de cumplimiento y su seguimiento periódico nos ha permitido modificar estrategias.

CONCLUSIONES
1) La monitorización sistematizada y la visualización de los resultados facilita la gestión de los cuidados. 2) Al disponer de manera clara de información sobre la aparición de los eventos adversos producidos en las actividades asistenciales, pueden ponerse en marcha planes de mejora continua en seguridad. 4) Motiva e implica al personal en la cultura de la seguridad haciendo reflexionar sobre cómo minimizar los riesgos del enfermo y prevenir la aparición de los efectos adversos.

Contacto: Ángeles Morcillo Rodríguez - mamorcillo@bsa.gs

P-107 OPTIMIZACIÓN DEL USO DE APÓSITOS DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO EN UN SERVICIO DE SALUD

Autores: Arantón L, Delgado R, Pérez A, Campos I, Noval J, Gutiérrez R.

INTRODUCCIÓN
Las úlceras por presión (UPP) y demás heridas crónicas son un problema asistencial de gran magnitud. Su abordaje ha evolucionado espectacularmente en la última década, en paralelo al desarrollo de nuevos y numerosos productos para el tratamiento de heridas en ambiente húmedo. En nuestro Servicio de Salud se ha realizado un nuevo concurso público centralizado de apósitos de cura en ambiente húmedo para 2007-2008, y se ha obtenido una gama de 23 tipos de apósitos disponibles. La efectividad de la prevención y tratamiento de las heridas crónicas pasa necesariamente por una adecuada valoración de cada caso y por la correcta indicación y utilización de los apósitos, lo que redundará necesariamente en una racionalización del consumo.

OBJETIVO
Describir el proceso de elaboración e implantación de la guía para la utilización de apósitos y de constitución y desarrollo de la red de formadores, como estrategias para conseguir una acción cuidadora uniforme, eficaz y eficiente.

METODOLOGÍA
Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y análisis de la documentación técnica de cada uno de los apósitos disponibles. Para la elaboración de la guía y del algoritmo de prevención y tratamiento, se utilizó la técnica de grupo nominal y la búsqueda de consenso dentro del grupo. Asimismo, se establece el programa formativo específico para formadores.

RESULTADOS
Se actualiza el catálogo de apósitos; se elabora y distribuye la guía de utilización de apósitos, así como el algoritmo de decisión, tanto para detectar el riesgo de UPP (escalas, registros, seguimiento y evolución, superficies especiales de manejo de presión, ácidos grasos hiperoxigenados, etc.), como para tratar el riesgo y las lesiones que aparezcan (abordaje, seguimiento, tratamiento específico, etc.). Del mismo modo, se establece y desarrolla el Programa de Formación de Formadores (impartido por profesionales de reconocido prestigio), que incluye a 28 profesionales de atención primaria y a 28 de atención hospitalaria, que a su vez serán responsables de la formación del resto de profesionales de cada centro o área.

CONCLUSIONES
La existencia en el mercado de tantos productos implica una constante y necesaria actualización profesional. Con la guía y el programa formativo no solo garantizamos la información al profesional, sino que dicha información sea veraz, actualizada y enfocada a la utilización práctica, lo que por otra parte revertirá en un mejor tratamiento de nuestros pacientes y en una adecuada optimización y racionalización de los recursos.

Contacto: Luis Arantón Areosa- luis.aranton.areosa@sergas.es

P-108 CURAS CON VAC

Autores: Giménez-Mateo A, Marín-García A, Muñoz-Esparza S.

INTRODUCCIÓN
Uno de los retos en investigación que tiene actualmente la enfermería es acortar el periodo de cicatrización de heridas por segunda intención. En CCV estamos realizando actualmente un estudio sobre la cicatrización asistida por vacío que es un sistema no invasivo, único y dinámico que estimula la curación de las heridas.

OBJETIVOS
1) Acelerar el proceso de cicatrización. 2) Disminuir el riesgo de infección. 3) Disminuir el periodo de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS
1) Guantes y paños estériles. 2) Gasas. 3) Suero fisiológico. 4) Sistema completo de VAC. Se realizó el estudio en un paciente que presentaba una herida inguinal. Se colocó el VAC a los 20 días de cicatrización por segunda intención y con mínimos resultados de cierre. La herida no estaba infectada y presentaba signos de necrosis en los bordes; las curas se realizaron cada 48 horas.

RESULTADOS
A los 35 días la herida estaba cicatrizada, no presentó signos de infección en ningún momento del estudio y la adaptación del paciente al sistema de curas fue totalmente satisfactoria.

CONCLUSIONES
1) Disminuyó bastante el periodo de cicatrización. 2) Mejoró la calidad de vida del paciente en el periodo hospitalario. 3) Se redujeron el número de curas.

Contacto: Asunción Giménez Mateo - asuncion.gimenez@carm.es

P-109 MEJORA DE HABILIDADES EN TALLER DE VENDAJES: APLICACIÓN DE CRITERIOS PARA EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Autores: Alcaraz Martínez J, Bataller Peñafiel E, Aznar García MA, Bermejo I, López López E, Martínez E.

OBJETIVO
El objetivo de este trabajo es valorar la mejora en la realización de los vendajes a lo largo de un taller práctico y comprobar la utilidad de la repetición del mismo para la mejora de habilidades.

MÉTODO
Este año se planteó realizar una evaluación de la práctica de conocimientos adquiridos, que hasta ahora era de tipo test, durante un curso práctico de vendajes funcionales, ya que este era el enfoque del taller (mejora de habilidades). Para ello elaboraron siete criterios objetivos de buena aplicación que se valoraron en cada vendaje aplicado en el taller. La práctica se repitió tres veces por todos y cada uno de los participantes, se compararon los resultados en la primera y última aplicación, y se contrastaron los resultados con el test de la chi cuadrado. Los criterios de buena aplicación se han consensuado y evaluado por los profesores del taller individualmente.

RESULTADOS
Se ha evaluado a los 19 participantes del taller. De ellos, 5 personas (26,3%) tenían conocimientos previos sobre el tema, según expresaron en un cuestionario inicial. De los siete criterios, el criterio 6 (ausencia de arrugas en las tiras de cierre) fue el que más incumplimientos tuvo: 8/19 (42,1%), seguido del criterio 3 (las tiras activas deben pasar por ambos maléolos) y el 4 (la base del quinto metatarsiano debe estar libre), con un 31,6% de incumplimientos. En la reevaluación, se obtuvo una mejora global de los criterios que, considerada individualmente, fue estadísticamente significativa en el criterio 3 ($p < 0,05$). El criterio con más incumplimientos seguía siendo el 6 (33,3%).

CONCLUSIONES
El criterio con mayor número de incumplimiento en ambas evaluaciones fue el 6. Se ha observado una mejoría global tras la repetición de la actividad.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-110 EVALUACIÓN: OBTENCIÓN DE MUESTRAS PROGRAMADAS PARA LABORATORIO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Corbalán-Dólera C, Sáez-Soto AR, Terón-Martínez MJ, Valera-Gil de Pareja A, Bernal-Romero JM.

INTRODUCCIÓN
Tras implantar como dinámica de trabajo en unidades de hospitalización la obtención de muestras para laboratorio programado por enfermeros de las mismas, es oportuno evaluar el proceso.

OBJETIVOS
Determinar incidencias en las muestras. Estimar el cumplimiento del circuito. Detectar oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA
Evaluación de la implantación tras 6 meses. Criterios: se han remitido a laboratorio las analíticas programadas antes de las 9 h. Los informes de las analíticas programadas llegan a planta antes de las 13 h. No se producen demoras en el desayuno de los pacientes. No aparecen errores en las muestras remitidas al laboratorio. Aclaraciones: cantidad de muestra suficiente; los tubos corresponden a las muestras solicitadas en la petición; se ha conservado la muestra según proceda; las muestras están identificadas. Dimensión: calidad científico-técnica, satisfacción del paciente. Tipos de datos: de proceso y resultado. Unidades de estudio: pacientes ingresados susceptibles de aplicar el procedimiento, personal de las unidades de hospitalización y personal de laboratorio. Fuentes de datos: historia clínica, gráfica de constantes, informes de laboratorio, servicio de atención al usuario, libro de incidencias de la unidad. Identificación y muestreo de las unidades de estudio. Marco muestral: todas las analíticas realizadas los días de la medición en cada unidad. Evaluación interna. Fecha de evaluación: 19 de diciembre de 2006 y 10 de enero de 2007.

RESULTADOS
Las analíticas programadas se han remitido al laboratorio antes de las 9 h: 88%. Los informes de las analíticas programadas llegan a planta antes de las 13 h: 24%. Se producen demoras en el desayuno de los pacientes: 0%. La cantidad de muestra es suficiente: 90%. Los tubos de las muestras corresponden a las solicitadas en la petición: 95%. Se ha conservado la muestra según proceda: 98%. Las muestras están identificadas: 96%.

CONCLUSIONES
Las estrategias de implantación (formación, difusión de cartelería, presencia de un enfermero de laboratorio, adecuación al turno) han sido las adecuadas, ya que cumplen los circuitos de laboratorio en un alto porcentaje y los errores en las muestras son mínimos. Oportunidades de mejora: Analíticas remitidas al laboratorio antes de las 9 h. Envío de informe de analítica programada antes de las 13 h para agilizar las altas. Cantidad de muestra necesaria para cada determinación analítica. Aportación de documento de consulta para dotar de autonomía a las enfermeras de las unidades.

Contacto: Concepción Corbalán Dólera - concepcion.corbalan@carm.es

P-111 VALORACIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS: DIFERENCIAS POR PATOLOGÍAS UTILIZANDO UNA ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Autores: Martínez-García RM, Sánchez-Marín A, Ramiro-Tena E, Martínez-Navarro E, Sánchez-Ferra MR, Alcaraz-Martínez J.

OBJETIVO
Valorar la analgesia producida en Urgencias mediante la utilización de una escala visual analógica (EVA) por Enfermería.

METODOLOGÍA
Se han recogido casos en el mes de mayo de 2006 y se ha estudiado aquellos que se han completado con evaluación inicial antes de analgesia y evaluación al alta. La obtención de datos ha sido mediante la utilización de una pegatina con la escala EVA que se adhería a la carpeta de urgencias y en la que el paciente señalaba el dolor de 10 a 0 a su llegada y al alta. Los pacientes se han dividido según patología en dolor abdominal, dolor de origen traumatológico, cólicos nefríticos y otros. Los casos no completos se han excluido del estudio.

RESULTADOS
Se ha obtenido una muestra de 60 casos, de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias. El 53% han sido varones y el 46,6% mujeres. La edad media ha sido de 41 años. La puntuación media del dolor a la llegada ha sido de 7,35 con una desviación típica de 2,02 y al alta la puntuación ha sido de 3,016 con una desviación típica de 2. Por patologías, la que ha obtenido una diferencia más importante ha sido el cólico nefrítico con 7,16 puntos de diferencia media, frente a 2,7 de patología traumática o 5,17 de dolor abdominal.

CONCLUSIONES
La patología con mayor reducción del dolor ha sido el cólico nefrítico. Se ha comprobado su utilidad para evaluación subjetiva del dolor.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-112 REEVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CESACIÓN DEL HABITO TABÁQUICO DE UN CENTRO DE SALUD

Autores: Lorente-Ten E, Gómez-Martínez P, Hernández-Vidal N, Palacios-Llamazares L, Anglés-Segura T, Gens-Barbera M.

OBJETIVO
Evaluar los resultados del programa de cesación del hábito tabáquico al primer año de su implantación, identificar sus debilidades y proponer los cambios necesarios.

METODOLOGÍA
En enero de 2006 se implantó en nuestro centro de salud un programa para la cesación del hábito tabáquico entre la población adulta. Para ello se proporcionó formación especifica a dos enfermeras del centro y se pusieron en marcha las consultas de ayuda para dejar de fumar a nivel individual y, a la vez, la organización de grupos de autoayuda. En diciembre del mismo año se realizó la evaluación de resultados, que fueron decepcionantes. En enero de 2007 se crea uno grupo de mejora que analiza las causas principales (poca derivación de las consultas médicas y de enfermería a la consulta de tabaco y poco conocimiento del servicio por parte de la población) y propone nuevas estrategias mediante dos acciones principales: 1) Realizar dos sesiones clínicas con todos los profesionales sanitarios del Centro para dar a conocer los resultados obtenidos y consensuar un nuevo circuito de derivación hacia las consultas de tabaco; 2) Desarrollar los aspectos comunitarios del programa, implicando a la población y realizando actividades divulgativas en el Centro de Salud.

RESULTADOS
Del 15/1/2007 al 30/5/2007: 1) Han aumentado un 60% las derivaciones a las consultas de tabaco. 2) Se han realizado intervenciones en las cuatro escuelas del municipio (175 alumnos de sexto de Primaria) con la participación de los profesores y la Regiduría de Salud del Ayuntamiento, intervenciones de las que se ha hecho difusión en la prensa local escrita y radio. También se ha realizado difusión en el Centro de Salud, durante la semana sin humo, mediante la creación de dípticos informativos de las consultas de tabaco y la colocación de carteles.

CONCLUSIONES
La reevaluación de nuestros programas nos permite identificar las oportunidades de mejora y poner en marcha nuevos planes. El hecho de trabajar con la sistemática del ciclo de la mejora continua favorece la detección de estas situaciones y crea una vivencia positiva entre los profesionales del Centro. Palabras clave: reevaluación, tabaco, divulgación.

Contacto: Nuria Hernández Vidal - nhernandez.tarte.ics@gencat.net

P-113 UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DENTRO DEL CMBD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Autores: Navalón R, Ortiz MM, Rivas FJ, Gómez A, Serrano P, Cobos MT.

INTRODUCCIÓN
El Hospital de Fuenlabrada está totalmente informatizado, y la farmacovigilancia es un elemento capital para la seguridad de los pacientes. A través del CMBD recogemos información sobre reacciones adversas medicamentosas (RAM) y otras intoxicaciones.

OBJETIVOS
1) Lograr tener recogidas y codificadas todas las RAM a través de los registros médicos y de enfermería. 2) Realizar un estudio de fuentes en el que se pueda observar cuántas de las RAM recogidas han sido notificadas a través de los registros de enfermería. 3) Una vez realizado el estudio de fuentes, conseguir mejorar la calidad de los registros, lo que conlleva aumentar la seguridad de los pacientes. 4) Observar las modificaciones de los GRD e IEMA cuando se incluyen las RAM registradas solo por el personal de enfermería en el CMBD.

MATERIAL Y MÉTODO
1) Análisis de los procesos de hospitalización comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2006 a través del CMBD, y de los diferentes registros médico y de enfermería en los que se detallan las RAM. 2) Se evalúan los registros de enfermería observando si la primera fuente de detección de la RAM ha sido dicho registro, y se determina cuántos de ellos se han confirmado finalmente como RAM. 3) Con esta información se han establecido las acciones correctivas necesarias, incluyendo el sistema de codificación de las actuaciones de enfermería. 4) Análisis de la casuística mediante GRD, utilizando la estación clínica 3M, tabulando y comparando los pesos específicos de los procesos en los que se han registrado RAM en las notas de enfermería frente a los que no habían sido recogidos por los médicos.

RESULTADOS
1) Mejora de la calidad asistencial al tener codificados por enfermería las RAM, ya que esto facilita una recogida homogénea de la información. 2) En un 80% de los casos el primer registro de la RAM procedía de enfermería. 3) Se detecta que un 15% de las anotaciones de enfermería no son recogidas en el evolutivo médico. 4) La inclusión de los registros de enfermería no mostrados por otras fuentes supone incrementar un 0,1-0,2% el peso del GRD y del IEMA de cada proceso.

CONCLUSIONES
La recogida sistemática y codificada de las RAM por parte de enfermería permite incrementar la seguridad de los pacientes, al tiempo que mejora la información disponible de cada proceso, lo que supone una adecuación más eficiente a los estándares de medida del producto hospitalario.

Contacto: Rafael Navalón - rnavalon.hflr@salud.madrid.org

Mesa 8

RESULTADOS EN SALUD

P-114 - P-128

P-114 MORIR POR DEMENCIA EN UN HOSPITAL

Autores: González-Ruano P, Serralta G, Sáez T, Pacheco R, Viña B, Marco A, Pascual T, Ulla M.
Institución: Hospital Virgen de la Torre. Unidad de Medicina Interna (UMI). Madrid.

OBJETIVOS
Estudiar cómo mueren los pacientes con demencia avanzada en un hospital de apoyo que tiene asignado el tratamiento de reagudizaciones de enfermos crónicos.

MÉTODOS
Revisión retrospectiva de historias clínicas de éxitos de UMI durante el año 2006. Se analizan datos epidemiológicos, situación cognitiva (Pfeiffer), funcional (Barthel), nutricional (Conut) y social, y pluripatología (criterios de García Morillo y colaboradores). Criterios de enfermedad crónica avanzada (NHPCO), causas de muerte, tratamientos recibidos e instrumentación, y adecuación al protocolo de la UMI. Análisis estadístico con SPSS 14.0.

RESULTADOS
De 188 éxitos del año 2006, 62 presentaban demencia avanzada (33%). 41 eran mujeres (66%). Todos eran mayores de 65 años (edad media de 86 con SD de 7,0). Todos tenía pluripatología. El Barthel al ingreso fue 0 en el 94% (58), Pfeiffer con 10 errores en el 95% (59), Conut mayor de 5 (malnutrición moderada-severa) en el 50%. Vivían en residencia 28 (45%), y con la familia 30 (48%). Cuidador principal: cónyuge en 9 (15%) e hijo en 19 (31%). El éxito no era esperado en el 8% (5), sí en el 16% (10) y posible en el 76% (47). Principales causas de muerte: neumonía aspirativa en 41 (66%), sepsis en 28 (42%). Se incluyó en protocolo de paliativos al 89% (55), de los cuales el 85% (39) recibieron morfina: 2 (3,2%) para el control del dolor, 15 (24%) de disnea y 30 (48%) mixta. Se administró NRL al 33% (19) y BZD al 38% (21). En 8 (14%) pacientes se realizó sedación profunda y en el 61% (35) se retiró el tratamiento activo. El grado de instrumentación fue: 39% (24) SNG (12-19% para NTE, 11-18% por obstrucción). Tenían sondaje vesical el 39% (24) y en 11 (18%) se puso en la urgencia. 34 enfermos (60%) mantenían vía periférica intravenosa. La información a la familia y las visitas por turnos fueron mayores del 95%.

CONCLUSIONES
Son numerosos los pacientes con demencia avanzada que fallecen en la UMI de agudos, con un alto grado de instrumentación. Estos pacientes pueden ser caracterizados previamente, aunque no hay recursos específicos para su atención. Sería conveniente diseñar dispositivos asistenciales dirigidos a pacientes con enfermedad terminal no oncológica. Los hospitales de agudos y las residencias, mientras mantengan esta situación, deben mantenerse formados en cuidados específicos al final de la vida. La protocolización de estos cuidados mejora la calidad de su atención.

Contacto: Teresa Sáez Vaquero - bvina.hvtr@salud.madrid.org

P-115 INDICADOR DE RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE UN HOSPITAL GENERAL

Autores: Aloy-Duch A, Fusté-Ballús C, Martín-Sánchez E, López-Lacasa A, Martínez-Mateo F, Lledó-Rodríguez R.

INTRODUCCIÓN
El modelo organizativo de nuestro centro tiene como ejes fundamentales la orientación al cliente y la gestión de la calidad total. Así, para la unidad de atención al cliente (UAC) ha de ser prioritario conocer el indicador de resolución de las reclamaciones (RCLM) para obtener un indicador de resultado definitivo de satisfacción y mejora de la asistencia.

OBJETIVOS
Analizar, mediante un indicador de resultado, el porcentaje de RCLM que han podido ser resueltas mediante una acción de mejora en menos de 20 días durante el año 2006.

METODOLOGÍA
La Fundació Hospital/Asil de Granollers (FHAG) es un hospital con 365 camas. Todas las reclamaciones se contestan desde el año 2007 con un porcentaje superior al 90% dentro del periodo establecido de menos de 15 días. A partir de las RCLM del año 2006 seleccionamos, proporcionalmente a cada grupo y aleatoriamente, una muestra para obtener el indicador de resolución de las reclamaciones.

RESULTADOS
Se recibieron, durante el 2006, un total de 566 RCLM en los servicios asistenciales. Las RCLM procedían del servicio de urgencias en un 46,2%; un 13,9% del servicio de traumatología; un 8,8% de cirugía; un 7,4% de documentación clínica; un 7,2% de ginecología y obstetricia; un 6,5% de medicina interna; un 5,1% de oftalmología, y un 4,6% de diagnóstico por la imagen. Del total de RCLM escogimos una muestra de 200 con la misma proporción respecto a los servicios y de forma aleatorizada. Respecto a las categorías, un 71% de las RCLM fue por demora en la asistencia, un 20,5% por deficiencia en la asistencia o trato y un 8,5% por extravío de objetos o documentación. Globalmente, se resolvieron el 38% de las RCLM antes de 20 días (estándar > 50%) de forma rápida y definitiva, mediante una acción de mejora inmediata.

CONCLUSIONES
La UAC, a pesar de que realiza una actividad clave en nuestro centro con indicadores de proceso y resultado internos correctos en el trámite y respuesta a las RCLM de los usuarios, solo consigue un indicador de resolución de las RCLM mediante una acción de mejora en un 38% de las mismas. La UAC ha de orientar sus esfuerzos, una vez establecido el sistema de procesos útil y válido para la gestión de las RCLM, hacia la obtención de indicadores de resultados de resolución de las RCLM y, dando un paso más en la excelencia, obtener indicadores de satisfacción óptimos mediante la realización de encuestas a los usuarios una vez terminado el proceso de la RCLM.

Contacto: Andreu Aloy Duch - aaloy@fhag.es

P-116 INTERVENCIÓN DE CATARATAS. PROCESO PERIOPERATORIO

Autores: Martín S, Calleja MS, Morales A, Roldán C.

INTRODUCCIÓN
La facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) a través de una incisión pequeña y autosellable es la técnica actual de primera elección en la cirugía de la catarata que se realiza en el Hospital Virgen de la Torre. En el año 2006 se han realizado aproximadamente 3.000 intervenciones de cataratas, todas mediante cirugía ambulatoria, y ha quedado demostrado que es un sistema eficaz para mejorar la calidad asistencial de los pacientes. Por todo ello, para el año 2007 se va a proponer la certificación del proceso según la norma ISO 9001:2000.

OBJETIVOS
1) Aplicar cuidados perioperatorios de enfermería. 2) Unificar criterios de actuación. 3) Ofrecer una asistencia de calidad que responda a las necesidades de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS
Análisis y seguimiento del proceso por parte del personal de enfermería de la siguiente forma: Información del protocolo prequirúrgico. Control por parte de la enfermera de la consulta de anestesia y hora y día de biometría. Control en CMA (unidad de cirugía mayor ambulatoria), el día del ingreso, de la historia clínica. Comprobación del ojo a intervenir (derecho o izquierdo), aplicación del protocolo de dilatación pupilar. Continuación en sala de preanestesia del protocolo de dilatación y anestesia. Comprobación de la adecuación de la lente a la biometría realizada, preparación del facoemulsificador, microscopio y campo quirúrgico. Información y entrega de las recomendaciones al alta en la CMA.

RESULTADOS
Ejecución del proceso de la intervención de catarata con facoemulsificación que engloba el periodo perioperatorio completo.

CONCLUSIONES
Se está elaborando una encuesta para saber el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de catarata y la comprensión de las recomendaciones postoperatorias recibidas. Según entrevista informal, el personal de enfermería mejora la sistemática de trabajo al conocer y aplicar el proceso asistencial.

Contacto: Susana Martín Colás - igarbisu.hvtr@salud.madrid.org

P-117 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Marzal JM, Fernández MA, Calderón M, Ramírez S, Corral E, González A.

OBJETIVOS
Las cancelaciones quirúrgicas disminuyen la eficiencia de los quirófanos, aumentan los gastos sanitarios y provocan molestias a los pacientes. Se estudian las cancelaciones en un hospital general durante un periodo superior a 5 años.

MÉTODOS
Hospital terciario que atiende a una población de 250.000 habitantes, con 11 quirófanos de cirugía electiva. Estudio descriptivo, con recogida de datos prospectiva de la historia clínica informatizada y sistema de información del bloque quirúrgico. Se estudiaron todas las cirugías programadas desde enero de 2002 a mayo de 2007. Se registró el tipo de ingreso: Cirugía con Ingreso (CCI) o mayor Ambulatoria (CMA). Se categorizaron las causas de suspensión en 10 grupos, cada uno de los cuales engloba varios motivos de suspensión.

RESULTADOS
Se realizaron 39.130 cirugías y se cancelaron el 6,5%. El 48,7% de las cirugías se programaron como CMA; sin embargo, las suspensiones en CMA alcanzaron el 58,7%. Las causas más frecuentes de suspensión fueron atribuibles a problemas médicos (35,4%), atribuibles al paciente (23,1%), por falta de tiempo en la programación quirúrgica (22,5%) y por causas quirúrgicas (9,3%). Entre las causas médicas, las más frecuentes fueron la infección de vías respiratorias (35,8% de las suspensiones por causa médica), otras infecciones (7,6%) y la fiebre sin diagnóstico (7,3%). Entre los motivos atribuibles al paciente están la incomparecencia (85,8% de las suspensiones atribuibles al paciente) y la renuncia a la cirugía una vez ingresado (12,3%). Entre los motivos quirúrgicos, el más frecuente ha sido la resolución del problema (61,5% del total de suspensiones por causa quirúrgica) y el cambio de diagnóstico (22,6%). Un 47,1% de las cancelaciones se han considerado como inevitables. El 20,6% se entienden como evitables o potencialmente evitables. El resto es un grupo heterogéneo en el que es imposible saber si podrían haber sido evitadas. Las evitables fueron debidas a: 1) no haberse aplicado los protocolos del Servicio de Anestesia o de los Servicios Quirúrgicos; 2) falta de coordinación en el equipo quirúrgico o de este con el Servicio de Anestesia; 3) problemas logísticos o errores administrativos.

CONCLUSIONES
Conocer las causas de suspensión aporta datos que pueden resultar relevantes para mejorar la eficiencia de los quirófanos. Un mayor cumplimiento en la aplicación de los protocolos de los servicios y una mejora de la comunicación junto con la corrección de problemas administrativos puede conseguir una disminución de las suspensiones.

Contacto: José María Marzal Baró - jmmarzal@fhalcorcon.es

P-118 APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE RIESGO QUIRÚRGICO A LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR: NUESTRA EXPERIENCIA CON LA ESCALA POSSUM

Autores: Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Del Pozo P, Cases MJ, Aguayo-Albasini JL.

OBJETIVOS
El objetivo de este estudio es definir la morbi-mortalidad de la cirugía electiva de la enfermedad diverticular e identificar los factores de riesgo de morbi-mortalidad.

PACIENTES Y MÉTODOS
Entre enero de 1998 y diciembre de 2006 hemos intervenido a 79 pacientes de forma programada por enfermedad diverticular. Tras recoger la morbi-mortalidad observada de todos los pacientes, aplicamos la escala POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity) y calculamos las razones de morbilidad y mortalidad observada/ esperada. Además, valoramos los resultados observados con los esperados para tratar de identificar factores productores de morbi-mortalidad postoperatoria.

RESULTADOS
La mortalidad global fue del 5,4% y la morbilidad del 61,4%. Como factor predictor de morbilidad hallamos una elevada puntuación fisiológica (> 48 puntos), calculado con la escala POSSUM ($p < 0,05$). En cuanto a la mortalidad, los factores predictores fueron la edad avanzada (> 73 años) y las puntuaciones fisiológicas (> 48 puntos) y quirúrgicas (> 13 puntos) elevadas ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN
Las tasas de morbi-mortalidad en la cirugía electiva de la enfermedad diverticular no son despreciables. La escala POSSUM permite valorar el riesgo de morbi-mortalidad, por lo que se recomienda su aplicación en los pacientes que vayan a ser sometidos a la cirugía programada de la enfermedad diverticular.

Contacto: Álvaro Campillo Soto - alvaroalcubo@yahoo.es

P-119 ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN Y GRAVEDAD DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE TORREVIEJA

Autores: Jiménez-Molina JL, Tomás-Lizcano A, Díaz-Chicano JF, Ortiz-García M, Pascual-Clemente F, Barcia-Albacar L.

INTRODUCCIÓN
Una gran limitación para la organización y adecuación de recursos en servicios de urgencias hospitalarios es el desconocimiento del nivel de complejidad de los pacientes, así como la frecuentación. A través del análisis de los datos recogidos en la historia clínica mediante la aplicación de gestión, adecuamos la distribución de recursos humanos para dar una respuesta eficaz a los pacientes.

OBJETIVO
Analizar la frecuentación y nivel de gravedad de los pacientes atendidos en urgencias tras 6 meses de su puesta en marcha.

METODOLOGÍA
Se ha realizado un estudio retrospectivo del total de población atendida en Urgencias del hospital del 1/11/2006 al 30/4/2007. Los grupos establecidos han sido > 65 años, de 64 a 14 años y < 14 años. Para el tratamiento de datos y el cálculo de indicadores empleamos la aplicación Florence Gestión, integrante de la HCE Florence. La complejidad de los pacientes se establece mediante el sistema Manchester.

RESULTADO
Los pacientes atendidos por edades aparecen recogidos en la siguiente tabla. El porcentaje de ingresos sufre un incremento para > 65 años y supone un 61,9% más de la media. El tiempo de respuesta varía por grupos, siendo en los mayores de 65 años 1,55 veces superior a la media.

	TOTAL	> 65 a	14-64 a	< 14 a
Núm. de pacientes	31.625	8.456	17.495	5.100
Media diaria	175	47	97	28
% Ingresos	13,8	22,4	10,8	9,9
Tiempo de espera (h)	4,8	7	4,4	2,7

Por gravedad, el 55,8% de los pacientes es grave, muy grave y crítico. En los mayores de 65 años, este porcentaje se eleva a un 67,9% y los críticos son el doble de la media, y resulta mayoritario el grupo de menos graves en los pacientes de 64 a 14 años.

	GLOBAL	> 65 a	64-14 a	< 14 a
Críticos %	0,9	1,8	0,7	0,2
Muy graves %	9,6	13,6	8,5	6,7
Graves %	45,3	52,4	41,9	44,9
Moderados %	36,1	26	39,2	41,7
Leves %	5,6	3,9	6,7	4,6

CONCLUSIÓN
La implantación en nuestro departamento de la HCE integrada permite un análisis de las características de la población atendida y de la complejidad de sus procesos. La información nos permite adecuar los recursos necesarios en base a datos objetivos, planificar los profesionales en función de la demanda observada y establecer programas prioritarios de atención focalizados en las patologías más prevalentes en cada grupo de edad.

Contacto: Juan Luis Jiménez Molina - jljimenez@torrevieja-salud.com

P-120 ESTRUCTURA, FUNCIONALIDAD Y RAZÓN DE SER DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL

Autores: Villarroya Font C, Morcillo Rodríguez MA, González Ares JA.

INTRODUCCIÓN
La necesidad de la mejora continua de la calidad en las organizaciones sanitarias ha propiciado la creación de las Unidades de Calidad.

OBJETIVO
Mostrar qué es y cómo funciona la unidad de calidad, que con una aportación especifica actúa como facilitadora para la elaboración de planes o acciones de mejora ayudando a los profesionales, dando información o analizando los resultados, y les proporciona herramientas que les permitan mejorar.

METODOLOGÍA
Descripción detallada de esta unidad mostrándoles lo siguiente: Organigrama. La definición de la cartera de servicios. Perfil y funciones del personal de la unidad. Organigrama. La unidad de calidad, juntamente con docencia e investigación, depende directamente de gerencia y está coordinada por la Dirección de Planificación y Desarrollo Organizativo. El equipo está compuesto por personal administrativo, médico y enfermeras. Cartera de servicios. Elaboración, difusión y evaluación del Plan de Calidad. Valorar metodológicamente los indicadores cualitativos de toda la organización. Analizar la información generada por los indicadores cualitativos. Liderar la formación y docencia en aspectos relacionados con la calidad. Dar soporte metodológico a los todos profesionales. Perfil de los profesionales. Visión de futuro. Flexibilidad y adaptación a los cambios. Personas capaces de identificar oportunidades de mejora basados en el contacto con los profesionales. Accesibles. Capacidad de liderar (equipos de mejora). Saber plantear estrategias. Innovador. Saber comunicar. Funciones de los profesionales. Líderes de opinión en calidad. Ser facilitadores y dar herramientas a los profesionales asistenciales. Plantear objetivos. Identificar oportunidades de mejora y plantear estrategias. Hacer formación especifica en calidad. Plantear nuevos proyectos basados en la actualidad del entorno sanitario. Dar información detallada de los resultados por medio de un cuadro de mando.

CONCLUSIONES
La interacción de los profesionales con esta unidad aporta las siguientes ventajas: 1) Unificación de criterios tanto en calidad como en explotación de datos; 2) Al disponer de información de los resultados en calidad de sus actividades, los profesionales se implican más en la mejora de ella. 3) Facilita la gestión de los mandos, ya que obtienen información sobre la calidad de las actividades que se están realizando, lo que les permite llevar a cabo acciones de mejora.

Contacto: Carme Villarroya Font - cvillarroya@bsa.gs

P-121 ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE LA TC EN DETECCIÓN DE LESIONES DE VÍSCERA HUECA ABDOMINALES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Autores: Campillo-Soto A, Soria-Aledo V, Flores-Pastor B, Del Pozo P, Parlorio-Andrés E, Aguayo-Albasini JL.

OBJETIVOS
Las lesiones de víscera hueca y mesentéricas en pacientes politraumatizados están en aumento. Su diagnóstico supone un reto para el radiólogo y el clínico experimentado, ya que su retraso aumenta la morbi-mortalidad. El desarrollo de la tomografía computerizada (TC) helicoidal lo ha mejorado, aunque los resultados publicados son contradictorios. El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad de la TC en el diagnóstico de estas lesiones en el traumatismo abdominal cerrado (TabC).

MATERIAL Y MÉTODOS
Entre enero de 1999 y octubre de 2006, 79 pacientes con TabC (60 hombres y 19 mujeres) fueron incluidos en nuestro estudio. Fueron sometidos a laparotomía exploradora, tras la realización de TC abdominal, lo que nos permitió comparar los hallazgos de las pruebas de imagen preoperatorias con los de la laparotomía.

RESULTADOS
Para la detección de lesiones de víscera hueca y mesentéricas obtuvimos para la TC: S = 84,2%, E = 75,6%, VPP = 76,2%, VPN = 83,8%, CPP = 3,45 y CPN = 0,21. Exactitud global: 79,7%.

CONCLUSIÓN
La TC helicoidal abdominal es una prueba útil para la detección de lesiones de víscera hueca y mesentéricas en pacientes con TabC.

Contacto: Álvaro Campillo Soto - alvaroalcubo@yahoo.es

P-122 LA UNIDAD DE ACOGIDA MÉDICA: UNA INICIATIVA PRÁCTICA, SENCILLA Y VIABLE

Autores: Esteve J, Ximenis M, Sánchez L, Roldán G, González J, Serrano C.

INTRODUCCIÓN
Una de las mejoras que en los últimos años han ido incorporando los hospitales ha sido la creación de Unidades de Acogida para la recepción del paciente programado quirúrgico que precisa ingreso tras la intervención. Desde finales del 2005, el hospital cuenta con dicha unidad, por donde el paciente ingresa el mismo día de la intervención quirúrgica. Esta unidad asume el 90% de los ingresos quirúrgicos programados. Al principio de 2006, el hospital inició el proyecto de creación de la Unidad de Acogida Médica (UAM).

OBJETIVO
Creación de una UAM para contribuir en la mejora de las estancias evitables de los ingresos programados médicos.

METODOLOGÍA
En abril del 2006, se creó la UAM para la recepción de pacientes derivados de los diferentes servicios médicos que precisan ingreso en una unidad de hospitalización convencional. La capacidad es de 6 pacientes/día, y funciona de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 h. El personal asistencial que se responsabiliza es personal asignado al Hospital de Día. Los pacientes ingresan durante la mañana, previo contacto telefónico en el que se les informa de la hora de ingreso y si hay preparación previa a la exploración. Una vez en la unidad, se les realiza la valoración inicial y se inicia el plan terapéutico y la tramitación de las diferentes pruebas complementarias. Posteriormente, desde la Unidad de Gestión de Pacientes, se les asigna la cama en la unidad de hospitalización convencional.

RESULTADOS
De los 543 pacientes programados médicos que precisaron de ingreso en una unidad de hospitalización, el 72,5% (394/543) ingresó en la UAM. El motivo de ingreso más frecuente fue la realización de una prueba complementaria (arteriografías, cateterismo cardiaco, etc.) y representó el 67,2% de los ingresos en la UAM. El 28,5% (149/543) no ingresó en la UAM, y se justificó el ingreso el día anterior por la tarde debido a la preparación previa hospitalaria de la prueba diagnóstica. En relación con el día de ingreso con más número de pacientes, fueron los lunes y los martes (35,2% y 25,8%).

CONCLUSIONES
La puesta en marcha de la UAM, conjuntamente con otros dispositivos asistenciales de reciente creación, como la unidad de hospitalización a domicilio, el hospital de día polivalente, la unidad de acogida quirúrgica y la unidad de diagnóstico rápido, ha permitido la reducción de la estancia media global del hospital de 5,1 a 4,1 en un año, y ha incrementado la complejidad de la altas atendidas y mejorado los índices de mortalidad, complicaciones y readmisiones.

Contacto: Jesús Esteve Ferrán - jesus.esteve@sanitatintegral.org

P-123 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN ENTERAL ORAL

Autores: González Valdivieso J, Borrás Almenar C, Porta Oltra B, Sendra Rocher R, López-Montenegro Soria MA, Jiménez Torres NV.

OBJETIVO
Establecer y cuantificar un indicador de calidad que permita evaluar la adherencia de los pacientes al tratamiento con nutrición enteral oral en dosis igual o superior a 500 mL/día de dieta estándar.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio preliminar prospectivo. Periodo: 3 meses (marzo-mayo 2007). Se incluyeron los pacientes con prescripción de nutrición enteral (NE) oral, envase de la NE de 500 mL, y volumen de ingesta por paciente mayor o igual a 500 mL/día. Los pacientes se clasificaron según el volumen de NE prescrito. La evaluación de la adherencia se realizó mediante la entrevista al paciente con el cuestionario SMAQ adaptado al paciente con NE oral. La escala de gradación de la adherencia utilizada es la siguiente: grado 1 (muy baja; menos del 20% de cumplimiento), grado 2 (baja; 21-40%), grado 3 (media; 41-60%), grado 4 (alta; 61-80%) y grado 5 (muy alta; superior al 80%). El indicador propuesto, sobre la base del estándar de práctica asistencial predefinido (adherencia superior al 80% del volumen/día prescrito) fue: porcentaje de pacientes con adherencia de grado 5 respecto del total de pacientes con NE oral en dosis igual o superior a 500 mL/día.

RESULTADOS
Pacientes: 30 (8 mujeres y 22 hombres). Grupo A, prescripción de 500 mL/día (36,7%, n = 11): volumen/día administrado de 422 mL (84,5% del volumen prescrito). Grupo B, prescripción de 1.000 mL/día (33,3%, n = 10,): volumen/día administrado de 810 mL (81% del volumen prescrito). Grupo C, prescripción de 1.500 mL/día (30%, n = 9): volumen/día administrado de 1.150 mL (76,5% del volumen prescrito). El porcentaje de pacientes con adherencia de grado 5 para la prescripción de 500, 1.000, y 1.500 mL/día, fue del 73% (n = 8), 60% (n = 6) y 44% (n = 4) respectivamente.

CONCLUSIÓN
El 60% de los pacientes toman más del 80% del volumen de NE oral prescrito. A medida que aumenta el volumen de NE prescrito, disminuye el grado de adherencia a la misma.

Contacto: Juan González Valdivieso - gonzalez_juaval@gva.es

P-124 INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO DE AGUDOS (HGA) Y MEDIDAS DE MEJORA PARA SU CONTROL

Autores: Cucullo JM, Núñez E, Cánovas C, Rebollar E, Fernández E, Navarro J.

OBJETIVO
Detección de infección nosocomial de una población anciana ingresada en un hospital geriátrico de agudos y diseño de actividades de mejora.

MÉTODOS
Registro de la infección nosocomial mediante el análisis anual de los datos de la infección nosocomial y la comparación con datos previos del servicio, dentro de los objetivos de la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica. Revisión aleatoria de 244 historias clínicas de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría a lo largo del año 2006. Revisión de historia clínica médica y de enfermería. Se constata la correcta anotación del epígrafe por el facultativo responsable, IH (infección hospitalaria), cuando el paciente es dado de alta: 0: ausencia de IH. 1: infección urinaria. IH 2: infección respiratoria. IH 3: flebitis. IH 4: infección cutáneo-mucosa. IH 5: úlceras por presión. IH 6: otras.

RESULTADOS
Mujeres 67,6%, exitus 20,9%, presencia de referencia IH en historias médicas en el 80,06% (76,5% en 2005). De las 244 historias revisadas, 48 tenían IH+, 8 con > 1 HI. 51 fallecidos: 21 IH+ (8,6%), de ellos 41,7% fallecidos. 193 vivos: 35 IH+ (14,3%). IH+ total 56 (22,9%). IH 0: 194 (79,5%). IH 1: 11 (4,5%). IH 2: 21 (8,6%). IH 3; 7 (2,86%). IH 4: 9 (3,68%). IH 5; 1 (0,40%). IH 6; 7 (2,86%).

CONCLUSIONES
Estudio anual del mapa de sensibilidad y resistencias de los gérmenes detectados en los cultivos a diferentes antibióticos para facilitar la prescripción hospitalaria. Mejora del protocolo de detección, registro y seguimiento de los pacientes que precisan medidas de aislamiento (SAMR). Seguimiento de la correcta utilización del circuito cerrado en las sondas urinarias en pacientes hospitalizados. Implantación del uso de hidroalcoholes en las diferentes dependencias del Centro.

Contacto: José Manuel Cucullo López - jmcucullo@salud.aragon.es

P-125 SEMANA DE LA SALUD: PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Autores: Maiquez-Mojica V, Robles-Vicente M, Góngora-Hervás J, Martínez-Medina E, Navarro-Jiménez I, Camacho M.

OBJETIVO
Como iniciativa de promoción de la salud y fomento de la adquisición y desarrollo de hábitos de vida saludable, se celebró el pasado mes de octubre de 2006 en nuestro municipio la Semana de la Salud en su primera edición. Nuestro hospital fue coorganizador junto al Ayuntamiento. El objetivo fue fomentar la promoción de la salud como una acción de mejora del criterio 8 EFQM (resultados en la sociedad).

MÉTODO
399 ciudadanos participaron en las actividades de promoción de salud, con una media de 133 chequeos diarios. Se elaboró una hoja de registro que recogía datos como la edad, el sexo, los antecedentes familiares, hábitos tóxicos como el tabaco, el peso y la altura para permitir calcular el índice de masa corporal, la tensión arterial, el índice de colesterol e incluso el grupo sanguíneo. En este registro, un apartado se dedica a las recomendaciones a seguir tras los resultados obtenidos, y el ciudadano se lleva una copia con esta información.

RESULTADOS
Durante los 3 días que duró esta iniciativa, la población acudió a realizarse reconocimientos médicos sobre su estado de salud general y consultas especializadas. Estas actividades se llevaron a cabo por el personal médico y enfermero del hospital. Como datos más significativos, el análisis de los datos mostró que: En cuanto al hábito de fumar, predomina en hombres frente a mujeres, aunque la diferencia no es abultada, y en relación con la edad predominan los fumadores en el rango de 30-55 años. Los resultados del cálculo del índice de masa corporal (IMC) a partir del peso y de la altura nos muestran que, en cuanto al género, un número mayor de mujeres que de hombres alcanza el sobrepeso. Las cifras de tensión arterial (TA) indican un elevado porcentaje de varones hipertensos. Por ultimo, en cuanto al índice de colesterol, más de la mitad de los ciudadanos chequeados superan los 200 mg/dl.

CONCLUSIONES
Se aprecia una importante implicación e interés de los ciudadanos en temas de salud. Se destaca la necesidad de concienciar a la población en la importancia de la prevención y promoción de la salud adquiriendo hábitos saludables, cada vez a edades más tempranas. Se valora de forma positiva los resultados en cuanto a implicación ciudadana de esta iniciativa, por lo que se pondrá en marcha su segunda edición para este año 2007.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-126 COMPARACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE MONITORIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

Autores: López-Montenegro-Soria MA, Porta-Oltra B, Márquez-Peiró JF, Jiménez-Torres NV.

OBJETIVO
Comparar dos programas de monitorización farmacoterapéutica en pacientes hospitalizados con integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS
Tipo de estudio: prospectivo de cohortes. Periodo: 6 meses (noviembre 2006-abril 2007). Se compararon dos programas de monitorización farmacoterapéutica: A. Unidad de reanimación, con presencia física del farmacéutico a tiempo parcial, sin sistema integral de dispensación individualizada ni validación de las prescripciones antes de la dispensación; B. Resto de unidades de hospitalización, con presencia física del farmacéutico en el 20% de las unidades, con sistema integral de dispensación individualizada y validación del 100% de las prescripciones antes de la dispensación. Variables: pacientes con problemas relacionados con la medicación (PRM), número de PRM potenciales y reales, tipificación de los PRM, gravedad inicial de los PRM (escala de 1 a 5). Indicadores: se comparó la relación PRM/paciente, el porcentaje de interceptación de los PRM, la distribución de PRM según categoría y la gravedad inicial media. Análisis estadístico: para los indicadores categóricos se calculó el riesgo relativo (RR) del valor obtenido en A respecto a B con su intervalo de confianza del 95%. Para los indicadores cuantitativos se calculó la diferencia de medias entre A y B junto con su intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS
El número total de pacientes fue de 225 en A y 2.804 en B y el porcentaje de pacientes con PRM de 8,4% y 2,6%, respectivamente. El número de PRM identificados fue 46 en A y 561 en B. La relación PRM/paciente fue de 2,4 en A y 1,7 en B con una diferencia de medias de 0,7 (IC 95%: 0,3-1,2). La interceptación de los PRM fue del 15% en A y del 54% en B con un RR de 0,3 (IC 95%: 0,2-0,5). La tipificación global de los PRM fue (%; RR; IC 95%): efectividad (A: 11%, B: 16%; 0,7; 0,3-1,6), indicación (A: 15%, B: 13%; 1,2; 0,6-2,4) y seguridad (A: 74%, B: 50%; 1,5; 1,2-1,8). La gravedad inicial media de los PRM fue del 2,5 en A y 1,8 en B con una diferencia de medias de 0,6 (IC 95%: 0,2-1,1).

CONCLUSIONES
La integración del farmacéutico en la unidad de reanimación permite aumentar la relación de PRM identificados por paciente, principalmente relacionados con la seguridad y con una gravedad inicial media significativamente superior. La presencia física del farmacéutico a tiempo completo, con validación de las prescripciones antes de la dispensación, permitiría aumentar el porcentaje de interceptación de los PRM y aproximarlo a la situación del hospital.

Contacto: M Ángeles López-Montenegro Soria - lopez-montenegro_ang@gva.es

P-127 ATENCIÓN DOMICILIARIA: EVALUACIÓN DE DIFERENTES PROVEEDORES

Autores: Lou ML, Laguna C, Montaño C, Coria M, Enríquez N, Abad JM.

INTRODUCCIÓN
Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) prestan atención a pacientes que precisan cuidados paliativos o en situación de cronicidad y dependencia. La asistencia sanitaria, según el programa de atención a enfermos crónicos dependientes de Aragón (2006), es realizada por proveedores públicos y por proveedores privados sin ánimo de lucro que establezcan conciertos con el Departamento de Salud.

OBJETIVOS
El sistema de información definido para los diferentes dispositivos que intervienen en la asistencia sanitaria del paciente crónico dependiente pretende, entre otros, los siguientes objetivos: 1) Describir las características de los pacientes crónicos dependientes a través del uso de las escalas de valoración funcional física (Barthel) y mental (Pfeiffer y MEC). 2) Analizar las diferencias entre proveedores en cuanto a su funcionamiento, la actividad desarrollada y el perfil clínico de los pacientes atendidos.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal. Los datos obtenidos de la asistencia sanitaria en el año 2006 fueron recogidos por todos los ESAD, públicos y concertados, en una aplicación Access sobre base de datos Oracle. Cada mes se consolidaron estos datos en la aplicación global diseñada para permitir su gestión y posterior tratamiento. Mensualmente, se describieron las frecuencias de algunas variables básicas y al finalizar cada semestre se analizaron además datos relativos a las características clínicas de los pacientes.

RESULTADOS
Analizamos un proveedor público y dos proveedores privados concertados. Los niveles de dependencia según el test de Barthel de los pacientes atendidos variaron entre los diferentes proveedores (promedio de Barthel de 30,5 a 71,4; porcentaje de Barthel < 60 entre 27% y 80%). En el 78,6% de los casos los pacientes atendidos lo fueron para cuidados paliativos, sin diferencias importantes entre proveedores. Hubo diferencias entre proveedores en la duración de la asistencia (entre 24,8 y 74,6 días) y en la intensidad de la misma (entre 3 y 8 visitas). También se observaron diferencias en la tasa de mortalidad y el porcentaje de fallecimientos a domicilio.

CONCLUSIONES
En general, hay diferencias en la actividad desarrollada por los ESAD y en el nivel de dependencia de los pacientes que atienden. La duración e intensidad de la asistencia no se relaciona con el nivel de dependencia de los pacientes sino con el perfil del proveedor.

Contacto: Natalia Enríquez Martín - nenriquez@aragon.es

P-128 PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Tella M, Torres A, Villegas E, Gambau M, García J.

OBJETIVOS
Los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio (HADO) padecen un mayor número de caídas que los ingresados en hospitalización convencional (HC). El HADO del Hospital Dos de Maig ha elaborado un protocolo de prevención de caídas en el domicilio de los pacientes frágiles ingresados en la unidad.

MÉTODOS
Se ha definido un perfil de paciente con riesgo de caídas, basado en cuatro parámetros: Antecedentes de caídas previas; comorbilidad (parkinsonismos, diabetes mellitus, demencia, neuropatías, artropatías, etc.); farmacoterapia (hipnóticos, betabloqueantes, hipotensores, diuréticos, etc), y factores del entorno sociofamiliar y domicilio (cuidadores, estado del piso, iluminación, hábitos). Atendiendo al perfil individual obtenido, se aplica el protocolo de prevención en el momento del traslado al domicilio, se realizan los ajustes terapéuticos pertinentes y se adjunta a la documentación habitual una guía con información práctica y comprensible para los pacientes y cuidadores. Durante el ingreso en el HADO, los profesionales de la unidad realizan un control evolutivo de los problemas detectados en el protocolo. En el momento del alta se incluye información para la coordinación con Primaria. Este protocolo entrará en funcionamiento en otoño de 2007.

CONCLUSIONES
Se ha elaborado un protocolo práctico que contempla de manera individualizada las causas de caídas y sus posibles soluciones. Dando una guía como instrumento con indicaciones útiles para su prevención en el domicilio de los pacientes frágiles, esperamos aumentar la calidad de su asistencia y disminuir la incidencia de las graves complicaciones asociadas a las caídas.

Contacto: Eulalia Balbina Villegas Bruguera - eulalia.villegas@sanitatintegral.org

Mesa 9

SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES I

P-129 - P-145

P-129 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE DIVERSAS MEDIDAS DE CONTROL SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PROPIA DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Caldas-Blanco R, Almazán-Del Pozo M, Martín Maestro-Polo P.

OBJETIVOS
1) Valorar la eficacia de diversas medidas de control mediante la evaluación de los indicadores de incapacidad temporal propia (IT) en los años 2004-2006 (incidencia, prevalencia, duración media de la baja y duración media por asegurado/trabajador). 2) Valorar el coste de la IT y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS
a) Ámbito: área de Atención Primaria con 1.475 trabajadores. b) La Gerencia implementó diversas medidas sobre el control de la IT (comunicación inmediata de la baja, exigencia de baja prescrita por su médico, seguimiento del número de bajas por asegurado de forma individualizada, comunicación a la inspección del área, etc.). c) Análisis de la evolución de los 4 indicadores desde el año 2004 al 2006. Se obtienen datos totales y por categorías profesionales. d) Se analizan los costes totales y por categorías.

RESULTADOS
a) Incidencia de IT: estable en los años 2004 y 2005 (7,28% y 7,18% respectivamente), sufriendo un importante incremento en el año 2006 (8,34%). Prevalencia de IT: se produce un incremento en todos los periodos, sobre todo en 2006. Los datos anuales de 2004 a 2006 son 5,79%, 6,42% y 7,16%. Duración media de la incapacidad temporal: existe un incremento continuo con cambios mínimos (25,38; 26,33 y 26,94 días). Duración media por asegurado (DMA): se produce un incremento constante, espectacular en el último año: 21,86 días en 2004, 22,47 en 2005 y 26,87 en 2006. Los mayores incrementos se producen en facultativos de pediatría, y en auxiliares administrativos y enfermería. b) Los costes en estos tres años han sido los siguientes: 2.253.918,67 €, 2.299.024,35 € y 3020.738,17 €. La variación de este último respecto al año anterior es del 31,39%. El incremento del coste es proporcionalmente mayor que la variación de la DMA.

CONCLUSIONES
a) La evolución es negativa, y parece que las medidas de control establecidas no han sido muy efectivas. b) Los hechos que han podido influir en la evolución de la IT, fundamentalmente han sido dos: la escasez de suplentes en determinadas categorías con la consiguiente carga asistencial para la plantilla y las diferentes OPE que provocaron cambios de plantillas, de población, dificultad en la citación y problemas organizativos. Por lo que parece necesario realizar un estudio para verificar la incidencia de estos hechos en la IT. c) El incremento de costes respecto a la DMA puede ser debido a que la IT se ha producido en las categorías de mayor coste.

Contacto: Ramon Caldas Blanco - rcaldas.gapm01@salud.madrid.org

P-130 ¿DETECTAMOS TODOS LOS POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS EN NUESTRO HOSPITAL?

Autores: Pascual M, González C, Cañizares R, García-Huete L, Torras J.

OBJETIVOS
Detectar todos los posibles donantes. Impulsar un *feedback* con los equipos multidisciplinarios.

MATERIAL Y MÉTODOS
Sesiones informativas; –Implicación de todos los profesionales de las unidades de críticos; –Revisión diaria del listado de ingresos en dichas unidades; –Visita y seguimiento a cargo de la Coordinación de trasplantes a los donantes potenciales en las propias unidades de críticos.

RESULTADOS
Aplicando una metodología nueva, se ha apreciado una disminución progresiva de los donantes potenciales no identificados como muestra el grafico: año: 1997-10 N. R. 1998-13 N. R. 1999- 14 N. R. 2000-15 2001-18 2002-9 año 2003-12 año 2004- 4 2005-0 año 2006-0.

CONCLUSIONES
La evolución experimentada en el programa de coordinación de trasplantes nos demuestra que la interrelación con todos los profesiones de las unidades de críticos en el proceso de selección de los donantes potenciales, es una realidad en nuestro Hospital.

Contacto: Maria Pascual Escolà – mpascual@csub.scs.es

P-131 EL RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD PROFESIONAL COMO ESTRATEGIA DE MOTIVACIÓN EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Autor: Martín-Perles R.

OBJETIVOS

Facilitar el desarrollo de la cultura de la calidad en la empresa a través del reconocimiento público de la calidad profesional.

MÉTODOS

El asentamiento de una cultura de la calidad en una empresa prestadora de servicios requiere un proceso continuado en el que se contemple, de una forma integrada, un conjunto de acciones que faciliten la consolidación de dicha cultura entre todos los profesionales de la organización. En este marco, Servicios Sociosanitarios Generales tiene establecido, desde el año 2005, en los contratos de transporte sanitario que gestiona, un premio anual para reconocer la calidad profesional de uno de sus trabajadores. El procedimiento establecido contempla las siguientes fases: 1) Convocatoria del premio en el mes de diciembre. 2) Convocatoria del equipo evaluador: responsable de Recursos Humanos, jefe de Servicio, jefe de Tráfico, representante del Comité de Empresa y un trabajador de base. 3) Aplicación de la metodología de trabajo por parte del equipo evaluador: a) Cada miembro del equipo realiza una preselección de cinco trabajadores merecedores, a su juicio, del premio de reconocimiento de la calidad profesional. b) A cada uno de los cinco trabajadores preseleccionados se le evalúa de 0 a 5 en cada uno de los índices de calidad seleccionados: conducción, mantenimiento del vehículo, atención al cliente, relación con los compañeros, reconocimiento externo, valoración de los pacientes, incidencias. c) Valoración y análisis de las puntuaciones obtenidas por cada uno de los trabajadores preseleccionados. d) Elección del trabajador merecedor del premio de reconocimiento por su calidad profesional. 4) Redacción y firma del acta de elección por parte de todos los miembros el equipo evaluador. 5) Entrega del premio de la calidad profesional: 300 euros y placa. 6) Comunicación interna y externa del ganador.

RESULTADOS

Las actuaciones realizadas han sido altamente valoradas por los profesionales y han permitido difundir y asumir, por parte de los profesionales del transporte sanitario, las dimensiones asociadas a un servicio de calidad.

CONCLUSIONES

Los programas de reconocimiento de la calidad profesional, impulsados por la dirección de la empresa, se constituyen en elementos dinamizadores de mejora profesional, tanto a nivel individual como grupal.

Contacto: Rafael Martín Perles - rafaelmp@atriaservicios.com

P-132 CICLO DE MEJORA DEL SISTEMA DE INCENTIVACIÓN ECONÓMICA

Autores: Hijós LA, Aranguren F, Rubio L, Abadía I, Giménez-Sender M, Ara D.

MÉTODO

Como primer paso en la realización del análisis del problema, se realizó un diagrama de causa-efecto, de Ishikawa, con los siguientes pasos: Identificación de las causas mediante una lluvia de ideas y agrupación en la categoría correspondiente. Análisis de causas de primer orden: determinando la existencia de subcausas. Priorización de las causas intercurrentes. Búsqueda de soluciones.

RESULTADOS

Las causas fueron agrupadas en: A. Causas que dependen de los profesionales: A.1. Aptitud. No participación en la realización de los criterios. Escasa información del método. Poca transparencia del reparto. A.2. Actitud. Creencia de no necesidad de incentivación. Utilidad dudosa. No diferenciación de productividad. B. Causas que dependen de la realización. B.1. Internas. Contenido de la incentivación: 1. Criterios inadecuados (farragosos, liosos, poco equitativos, etc.). 2. Dificultad para la implantación de criterios nuevos (valoración de la asunción de responsabilidades, etc.). 3. No reconocimiento de diversas facetas del trabajo (realización de la atención continuada, etc.). Organización del método: 1. No seguimiento de los criterios de incentivación de la gerencia. 2. Información insuficiente entre los miembros del EAP. Método de incentivación: 1. Falta de correspondencia entre los criterios de gerencia y los del reparto. 2. Dificultades en la cuantificación del cumplimiento de los criterios (valoración por persona, por criterio, etc.). 3. Ponderación inadecuada (no individualidad en la asignación, poca diferencia entre los profesionales, diferencia de incentivación, falta de reflejo de la realidad, etc.). B.2. Externas. 1. Desconocimiento de la cantidad económica a priori. 2. Influencia de la cantidad del "torneo intergerencias" en el global.

CONCLUSIÓN

Las oportunidades de mejora propuestas por el GTC fueron: 1) Medidas educativas: información sobre criterios, formas de participación. 2) Medidas motivadoras: debatir sobre la utilidad y diferenciación de la incentivación *vs.* productividad. 3) Medidas organizativas: Solicitar información con tiempo y los criterios usados en el torneo. Realización de criterios aceptados por EAP, mensurables y fácilmente cuantificables. Realización de valoración de criterios nuevos en el EAP. Ponderación: en concordancia con los criterios de gerencia y consensuada en el EAP.

Contacto: Luis Hijós Larraz - lhijos@salud.aragon.es

P-133 NUEVO CICLO DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN INTERNA: COMUNICACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN EN EL HOSPITAL DE BASURTO

Autores: Herrero-Heredero R, Darpón-Sierra J, Arizabaleta-San Miguel J, Sánchez-González E, Toro-Pérez M, Urrutia-Johansson I.

OBJETIVOS

El Hospital de Basurto, desde el año 2002, tras lo resultados de la encuesta realizada a las personas 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. Para la mejora de este ítem se han realizado acciones de mejora generales en la comunicación interna. Uno de los objetivos para este año es la mejora en la comunicación integral de la cartera formativa del hospital.

MÉTODO

Para conocer el nivel de evaluación inicial se realizó una encuesta a todo el personal del hospital en los años 2001, 2003 y 2005. (En octubre de este año se realizará la cuarta encuesta del centro a sus trabajadores). Las encuestas están sectorizadas por grupos profesionales. Se ha revisado el plan de comunicación interna llevando acabo una definición exhaustiva de todas las acciones de comunicación interna. Fruto de la revisión de los resultados de la última encuesta, surgen varias áreas de mejora, una de las cuales es la mejora de la comunicación de las acciones formativas del hospital.

RESULTADOS

Se ha desarrollado un programa en web que permite gestionar todo el proceso de la gestión de la formación y abarca desde la notificación de la oferta lectiva hasta la obtención del certificado de asistencia y evaluación de cada uno de los eventos por parte de los asistentes, pasando por la publicación de programas y gestión de asistentes y docentes. El aprovechamiento de los SI permite comunicar de forma personal cada curso en función de la categoría profesional a quien va dirigido (vía correo electrónico), y en ese momento la persona puede inscribirse en el mismo de forma ágil. El hospital dispone de una base de datos de acciones formativas que es una herramienta más de evaluación de las competencias de los trabajadores. El trabajador puede en cualquier momento y lugar obtener los certificados de asistencia. Reducción de los tiempos de atención del servicio de gestión de RRHH.

CONCLUSIONES

Tras el breve tiempo de implantación de dicha aplicación, creemos que mejorará tanto los resultados de valoración de la comunicación como los de la formación por la posible correlación que hay entre ellos. Es un sistema que agiliza las tareas burocráticas del proceso y permite disponer de evaluaciones de cada una de las acciones lectivas, lo que a su vez permitirá disponer de información para realizar las mejoras detectadas. Es una buena herramienta para el control de la formación obligatoria de los MIR.

Contacto: Rafael Herrero Heredero - rafael.herreroheredero@osakidetza.net

P-134 METODOLOGÍA PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROCESO ASISTENCIAL Y DE MANTENIMIENTO

Autores: Molero-Pérez B, Martín-Navascues F, Díaz-Zubizarreta JM, Álvarez-Uria V, Mendiguren-Navascues N.

ANTECEDENTES

Desde 1993, el Hospital Comarcal del Bidasoa desarrolla la gestión por procesos en las llamadas de apoyo, desplegando un plan metódico y sistemático en aras a obtener un sistema garantista. Se comenzó con los procesos de restauración y gestión intracentro de residuos, y en los años sucesivos siguieron los procesos de mantenimiento, limpieza, lavandería, jardinería, telecomunicaciones y seguridad. Por tanto, el Servicio de Mantenimiento se encuentra dentro de un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.

OBJETIVOS

El objetivo ha sido diseñar un método basándonos en herramientas de calidad que facilita la comunicación entre los procesos asistenciales del hospital con el proceso de mantenimiento.

METODOLOGÍA

La herramienta que hemos desarrollado nos permite planificar, coordinar y controlar el inicio, desarrollo y finalización de las etapas en que se descompone el proceso. Las fases que componen nuestra herramienta fueron: 1) Detección del problema: falta de comunicación ante la reparación de un equipo entre ambos procesos. 2) Identificación de las causas de los problemas: gran demanda por parte de los procesos asistenciales por aumento de la carga de trabajo. 3) Definición del sistema innovador que facilite el *feedback*. 4) Comprobación de la efectividad. 5) Implantación del nuevo sistema. 6) Confirmación de resultados de este nuevo sistema. 7) Estandarización del nuevo sistema.

RESULTADOS

Este método sencillo nos facilita la comunicación entre ambos procesos, lo que redunda en la satisfacción del cliente interno y aumenta la cordialidad en el ámbito laboral. Tras un tiempo de implantación, en la reunión anual con mandos intermedios del hospital el Servicio de Mantenimiento recibió numerosas felicitaciones.

CONCLUSIONES

Con el desarrollo de un método basado en herramientas de calidad en el que garantizamos la planificación, desarrollo, comprobación y actuación ante lo imprevisto, redundaremos en la satisfacción del cliente, tanto interno como finalista, y en la mejora del ambiente laboral.

Contacto: Blanca Molero Pérez - blanca.moleroperez@osakidetza.net

P-135 EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO

Autores: Rabanal-Retolaza S, Gallego-Camiña I, De Allende-Achanlandabaso A, Aguirre-Larrakoetxea U, Villa-Valle R, Solozabal-Orbegozo K.

OBJETIVO
Mejora continua en el desarrollo de las competencias de los líderes del hospital. Definir e identificar a los líderes del hospital, describir y desplegar sus competencias, evaluar y revisar la implantación.

MÉTODO
1) Utilización de técnicas cualitativas de consenso para la definición e identificación de los líderes en el hospital; 2) Formación en habilidades de liderazgo, 3) Evaluación del liderazgo a través de: evaluación de tipo espejo de 360º entre los miembros del Equipo de Dirección mediante la herramienta "Los 12 Desafíos" de Euskalit, y realización de una encuesta de liderazgo al Equipo de Dirección mediante muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional.

RESULTADOS
1) Definición de líder en el Hospital de Galdakao-Usansolo; "Líder es aquel profesional que, teniendo bajo su responsabilidad un equipo de personas, bien de forma permanente o temporal, comparte la visión del hospital y moviliza a dichas personas para la consecución de los fines y metas de la organización". 2) Identificación de los líderes: Equipo Directivo, jefes de Servicios/Secciones/Unidades, supervisoras de Enfermería, gestores de proceso, profesionales que lideran equipos de trabajo y grupos de mejora (un total de 127 líderes). 3) El 80% de los líderes han sido formados en habilidades de liderazgo e inteligencia emocional. 4) Evaluación de 360º: cada miembro del Equipo de Dirección ha realizado su propia autoevalución sobre dimensiones como el reconocimiento, desarrollo de las capacidades de las personas, cohesión, mejora continua, implicación con clientes, sociedad, gestión por procesos, gestión del cambio, revisión del liderazgo, etc. Estas autoevaluaciones se han cruzado entre los miembros del equipo con el objetivo de identificar oportunidades de mejora sobre las que trabajar individualmente. 5) Encuesta; mediante muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional, se ha encuestado a un total de 80 líderes, que han emitido un total de 120 evaluaciones, 20 evaluaciones para cada miembro del equipo. 6) Resultados de la encuesta con valores medios por encima del 6 sobre 10.

CONCLUSIONES
1) La definición del liderazgo supera la tradicional visión que identificaba necesariamente al líder con el mando intermedio. 2) Utilización de un cuestionario que permite el contraste con las autoevaluaciones de 360º realizadas por el Equipo de Dirección. 3) Es necesario sensibilizar en una cultura de evaluación y mejora continua del ejercicio del liderazgo, empezando por la misma Dirección de la organización.

Contacto: Inés Gallego Camiña - ines.gallegocamina@osakidetza.net

P-136 RESULTADOS DE NUESTRA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2007

Autores: Torijano M, Fluriache P, Sánchez-Holgado J, Gómez-Gregorio A, Valero B, Corrochano E.

OBJETIVO
Conocer la calidad de vida profesional percibida por los trabajadores de atención primaria de nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se envió a todos los trabajadores una encuesta anónima autoadministrada que incluye el cuestionario de calidad de vida profesional de 35 ítems (CVP-35) validado para atención primaria. Cada ítem se puede responder según una escala de 1 a 10. Las preguntas se agrupan en tres dimensiones: apoyo emocional (con 12 ítems), percepción de demandas (11 ítems) y motivación intrínseca (10 ítems). Por último, se añaden dos preguntas que no se pueden englobar en estas categorías: la primera resume la percepción global de la calidad de vida profesional (CVP) y la segunda hace referencia a la capacidad de abstraerse del trabajo una vez finalizado.

RESULTADOS
Tasa de respuesta global de un 35,73%, mayor entre los que tienen un contrato fijo (40,75%), los facultativos (35,20%) y los que trabajan en un centro rural (64,94%). Respondieron más las mujeres, con un 56,3%, y el 42,4% tienen entre 46 y 55 años. La dimensión mejor valorada en general fue la percepción de la motivación intrínseca, con una media de 7,33 (DE 1,1). Esto supone "bastante" motivación (6-8). A continuación, la percepción de las demandas del puesto de trabajo presentó una media de 6,03 (DE 1,48). Esto supone "bastante" percepción de demanda (6-8). En cuanto al apoyo emocional, ha obtenido una media de 4,57 (DE 1,67), que supone "algo" de apoyo (3-5). Los ítems con puntuación más baja fueron: "posibilidad de promoción", con una media de 3,01 (DE 2) y una mediana de 2, y "reconocimiento de mi esfuerzo", con una media de 3,01 (DE 2) y una mediana de 4. Los ítems con puntuación más alta fueron "estoy capacitado para hacer mi trabajo", con una media de 8,18 (DE 1,2) y una mediana de 8, y "apoyo de mi familia", con una media de 8,13 (DE 1,7) y una mediana de 8. La calidad de vida profesional (CVP) media global es de 5,76 (DE 2,03), con una mediana de 6, y entre las categorías profesionales son los no sanitarios quienes presentan la media mayor, con un 6,19. La capacidad de desconexión al acabar la jornada presenta una media de 6,16 (DE 2,2) y una mediana de 6. Queda pendiente la comparación de resultados según las diferentes variables.

CONCLUSIONES
Es preciso elaborar estrategias para elevar la tasa de respuesta de este tipo de cuestionarios. Entre los respondedores, encontramos bastante motivación intrínseca con poco apoyo emocional.

Contacto: María Luisa Torijano Casalengua - mtorijano@sescam.jccm.es

P-137 MEJORA EN EL TIEMPO DE ENTREGA DE NUEVOS CORTES/TINCIONES ESPECIALES TRAS EL EXAMEN MICROSCÓPICO INICIAL

Autores: Martínez-Marín R, Estévez-Ligero S, Moreno-Canovas FT, Solé-Carasa B, García-Martínez D, Tortosa-Martínez I.

INTRODUCCIÓN
Una vez procesadas las biopsias y piezas quirúrgicas, tras la inclusión y corte de las mismas, se realiza la tinción estándar de hematoxilina-eosina. En ocasiones, tras un estudio microscópico inicial, para el diagnóstico definitivo es necesario ampliar el estudio histológico con nuevos cortes o tinciones especiales.

OBJETIVO
Mejorar los tiempos de entrega de la nuevas peticiones y técnicas especiales.

MATERIAL Y MÉTODOS
Tipo de estudio: Cuasi-experimental. Lugar: Hospital General Universitario de 400 camas. Evaluación: interna. Periodo: dos periodos de 12 días cada uno; la primera evaluación se realizo en enero de 2007 y la segunda evaluación en febrero de 2007, tras haber implantado las medidas correctoras. Medidas de intervención: se ha realizado un cambio organizativo en el laboratorio de inclusión y corte del Servicio de Anatomía Patológica. Análisis gráficos: programa Igual (comparación de medias). Variables de estudio: variable independiente (cambio organizativo), variable dependiente (tiempo de entrega).

RESULTADOS
En la primera evaluación realizaron un total de 180 nuevos cortes (15 ± 12,11) y un total 101 técnicas especiales (8,4 ± 7,9), empleando un tiempo medio diario de 6,05 ± 0,77 horas en la entrega. En la segunda evaluación: se realizaron un total de 185 nuevos cortes (15,41 ± 8,16) y un total 88 de técnicas especiales (7,33 ± 7,48), empleando un tiempo medio diario de 3,54 ± 0,44 horas en la entrega. La diferencia de tiempo en la segunda evaluación tras haber implantado las medidas correctoras es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES
Como consecuencia de las medidas de intervención, el tiempo de entrega de las nuevas peticiones ha disminuido con respecto a la situación anterior en una media de tres horas.

Contacto: Rosario Martínez Marín - rosario.martinez16@carm.es

P-138 FORMACIÓN CONTINUADA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD EN UN CIRCUITO PDCA

Autores: De Juan S, Muñoz V, Cobo R.

INTRODUCCIÓN
El adecuado procesamiento de materiales y equipos es un factor clave para el control de la infección nosocomial. La correcta limpieza previa a desinfección o esterilización, sumada a la adecuada realización de dichos procesos y al uso de productos adecuados, garantiza el estado adecuado del material previo a su uso. En el primer semestre 2006 se realiza actualización del protocolo de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos del área, edición de carteles a color plastificados y realización de su difusión y presentación a las supervisoras de enfermería para su difusión en cada CEP. Tras la evaluación de la adhesión al protocolo, seis meses después de su implantación se plantea el uso de la formación continuada como herramienta de mejora.

OBJETIVO
Mejorar la adhesión inicial al protocolo de procesamiento de materiales y equipos.

METODOLOGÍA
Impartición de sesión clínica en cada centro. Impartición de un curso acreditado específico para auxiliares de enfermería. Ambos impartidos por el personal de Medicina Preventiva. Utilización de la encuesta usada inicialmente para la evaluación de la adecuación al protocolo que incluía varios ejemplos de material no crítico, semicrítico y crítico, para responder sobre: procedimientos requeridos, productos adecuados y periodicidad con la que deben realizarse. Realización de análisis estadístico para comparación de resultados.

RESULTADOS
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el incremento de la adecuación global así como en el de los tres grandes bloques estudiados: periodicidad, procedimientos y productos. En cada uno de los equipos estudiados existió también un incremento estadísticamente significativo de la adecuación al protocolo implantado.

CONCLUSIONES
1) Se objetivó un aumento significativo en la adhesión al protocolo tras las estrategias de formación continuada llevadas a cabo. 2) El éxito de las medidas de mejora se basó en el acercamiento del protocolo establecido a cada uno de los trabajadores implicados en el procesamiento de materiales y equipos, mediante técnicas de formación continuada. 3) Este estudio demuestra la eficiencia de la implantación del circuito de mejora continua de la calidad PDCA.

Contacto: Vanessa Muñoz Sanz - vmunoz.hvtr@salud.madrid.org

P-139 MANUAL DE ACOGIDA AL PROFESIONAL EN EL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS

Autores: Fernández-Zapico D, Prado-López C., Díaz-Alonzo J, Fernández-Orviz F, Pozo-López D, Suárez-González T.

OBJETIVOS
En enero de 2006 se puso en marcha en el Centro Sanitario el Plan de Calidad en los Cuidados. Este plan responde a las necesidades de actualizar la Enfermería en el hospital, revisar y documentar los circuitos a realizar, incorporar recursos y producir, en definitiva, un cambio institucional, estructural y relacional interno y externo. Para el desarrollo del Plan de Calidad en los Cuidados se diseñaron varias líneas estratégicas, entre las que se encuentra la mejora de la comunicación interna con los profesionales. Como parte del desarrollo de esta línea estratégica se creó el documento que llamamos Manual de Acogida al Profesional. Los objetivos que pretendemos conseguir con este documento son: 1) Que el profesional de enfermería que tiene su primer contacto laboral con nuestro hospital esté en posesión de la información que necesita para desempeñar su trabajo. 2) Que conozca los circuitos de enfermería. 3) Disminuir la variabilidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS
El manual de acogida al profesional consta de tres apartados: 1) Documentación logística: contiene un plano del centro, información sobre formalización del contrato, intranet, sistema de entrenamiento virtual de enfermería, solicitud de permisos, teléfonos internos, teléfonos de guardias y funcionamiento habitual de los servicios de apoyo a la asistencia. 2) El circuito de cuidados de la unidad en la que el profesional va a desempeñar su trabajo. 3) El manual de procedimientos en lenguaje NIC. Para la elaboración de la documentación logística se organizó un grupo de trabajo formado por los supervisores del hospital. La revisión de los circuitos forma parte de otra línea estratégica del Plan de Calidad de los Cuidados y la realizaron los supervisores. La creación del manual de procedimientos en lenguaje NIC fue responsabilidad de la Comisión de Cuidados, formada por enfermeros clave del hospital, y también forma parte de otra línea estratégica del Plan de Calidad de los Cuidados, llamada Gestión Clínica de Cuidados. En todo momento se contó con el apoyo de una consultora externa especializada en enfermería. Se entrega una copia a cada profesional de enfermería de nueva incorporación.

CONCLUSIONES
El manual de acogida al profesional ha entrado en funcionamiento en junio de 2007. Está prevista la realización de una encuesta de satisfacción en 3 meses.

Contacto: Diana Fernández Zapico - gerencia.gae6@sespa.princast.es

P-140 PROPUESTA DE OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Autores: Sevilla E, García A, Morales F, Giménez MA.

INTRODUCCIÓN
Problemas detectados: demora de la atención en gimnasio, sobrecarga de agendas de los facultativos y dilatación del tiempo de revisión. Riesgo de inadecuación de tratamientos prescritos a la evolución clínica y funcional del enfermo.

MATERIAL Y MÉTODO
Tipo de estudio: descriptivo a través de la obtención (mediante corte transversal en el mes de febrero en el año 2007) de variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes incluidos en tratamiento en las salas del servicio de rehabilitación del Hospital Morales Meseguer. Muestra: pacientes que habían completado al menos un ciclo de tratamiento (sesiones de fisioterapia realizada entre dos visitas médicas).

RESULTADOS
Total de pacientes en tratamiento: 345. Total de mediciones: 107. Demora actual: 33 +/- 31 (0-139) días. Área I: 44 +/- 34 (26-139) días. Área VI: 26 +/- 26 (0-122) días. Ciclo de tratamiento (tiempo de inicio de la tanda de tratamiento menos revisión por facultativo): 40 +/- 19 (0-120) días. Sesiones prescritas: 17 +/- 5 (4-23). Sesiones realizadas: 19 +/- 7 (0-37). Patología de tratamientos: acv. 5%, otros neur. 8%, raquialgias 15%, hombro 13%, fractura 26%, artroplastias 8%, desviación de caquis 6%, traumas de partes blandas 10%, otros 16%.

CONCLUSIONES
El servicio de rehabilitación del Hospital Morales Meseguer atiende un tipo de patologías heterogéneo en el que predominan las algias osteoarticulares y patologías de origen traumático. La presión asistencial existente puede contribuir a la prolongación de los tiempos de revisión del paciente en tratamiento. Es necesario el establecimiento de un plan de actuación conjunta entre los profesionales integrantes del servicio de RHB del Morales con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada e incrementar el índice de rotación de los pacientes.

Contacto: Francisca Morales Jiménez - francisca.morales@carm.es

P-141 METODOLOGÍA DE ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Autores: Robles-García M, Gómez-Gutiérrez JM, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Alburquerque J.

OBJETIVOS
Establecer una metodología reglada que permita la actualización continua de los contratos de gestión (CG).

MÉTODOS
Los canales seleccionados como fuentes de identificación de oportunidades de mejora son: A) las líneas estratégicas definidas por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Cantabria y el Servicio Cántabro de Salud. B) Los resultados de la autoevaluación (modelo EFQM) en las gerencias. C) Los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes (calidad percibida). D) Los resultados de las encuestas de clima laboral de las personas. E) Los resultados alcanzados en los objetivos anuales del último contrato de gestión. F) Los informes procedentes de proyectos de *benchmarking*.

RESULTADOS
El Servicio Cántabro de Salud ha adaptado el contrato de gestión en estructura y contenido al modelo EFQM, focalizando sus objetivos en seis líneas estratégicas. Se ha establecido un método de actualización en el que participan la Subdirección de Asistencia Sanitaria y la de Desarrollo y Calidad Asistencial, consistente en la revisión continua de oportunidades de mejora, debilidades y sugerencias aportadas por los canales de información establecidos tanto en relación al avance hacia la excelencia como en continuidad a los proyectos puestos en marcha. Tras el proceso de identificación de acciones de mejora, se establece una puesta en común y una priorización de las mismas.

CONCLUSIONES
Los CG combinan, manteniendo el equilibrio, la búsqueda de la innovación y el avance hacia la excelencia, con el mantenimiento de los compromisos adquiridos y dando continuidad a los proyectos puestos en marcha. La metodología reglada de actualización refuerza los CG como importantes herramientas de gestión, pues se trata de documentos vivos que a pesar de contemplar las particularidades de cada gerencia no pierden la perspectiva global y el marco referencial.

Contacto: Mónica Robles García - mrobles@dg.scsalud.es

P-142 ¿PERCIBE EL CLIENTE INTERNO DEL LABORATORIO LOS ESFUERZOS QUE SE REALIZAN PARA SATISFACER SUS NECESIDADES?

Autores: Alonso I, Hernández M, Martínez M.

OBJETIVOS
Conocer si la calidad percibida por el cliente interno del laboratorio ha mejorado después de implantar acciones de mejora. El cliente interno es el médico hospitalario a quien el laboratorio da soporte en su labor asistencial.

MÉTODOS
La encuesta al cliente interno ha sido el instrumento utilizado para priorizar las acciones de mejora y monitorizar el incremento de calidad percibido (el valor de referencia es el resultado de la encuesta de la sociedad científica SEQC). Una vez aplicadas las acciones de mejora, se compararon los resultado entre la misma encuesta a tiempo cero y a los 2 años. 1) Población a estudiar: facultativos solicitantes de analíticas. 2) Muestreo: muestra aleatoria y estratificada en cuatro áreas hospitalarias, n = 111 (nivel confianza del 95%, error muestral del 6%, p = 50%). 3) Diseño del cuestionario: 16 preguntas (escala de 0-10). Las preguntas están englobadas en 5 procesos: oferta del catalogo de pruebas y servicios, proceso de solicitud, obtención de informes de resultados, accesibilidad y cualidad en las respuestas a las consultas, canales de comunicación. 4) 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.

RESULTADOS
Las diferencias totales entre las dos encuestas obtenidas en los diferentes procesos han sido (valores absolutos y porcentuales): 1) Oferta del catalogo de pruebas y servicios + 0,20 (2,5%). 2) Proceso de solicitud + 0,20 (3,0%). 3) Obtención de informes de resultados + 0,37 (6,6%). 4) Accesibilidad y calidad en las respuestas a las consultes + 0,27 (4,1%). 5) Canales de comunicación + 0,55 (9,3%). 6) Visión global + 0,2 (3%). Aplicando la t de Student, ningún resultado ha tenido un incremento estadísticamente significativo (NS) (p > 0,05). La percepción de los clientes de las diferentes áreas del hospital ha sido distinta (NS) pese a estar afectadas por las mismas acciones de mejora.

CONCLUSIONES
Se ha observado una tendencia de incremento positivo entre las dos encuestas. Las encuestas de satisfacción son útiles como método de priorización e indicador de la efectividad de las acciones de mejora, aunque hay que tener en cuenta el sesgo de la subjetividad frente a las expectativas de los clientes. No siempre el grado de calidad percibida es proporcional entre el esfuerzo y el resultado.

Contacto: Isabel Alonso Donada - ialonso@vhebron.net

P-143 MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA GERENCIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Autores: Robles-García M, Noriega A, Tato ML, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Alburquerque J.

OBJETIVOS
Profundizar en la definición, revisión e implantación de los canales de comunicación necesarios para la correcta gestión de la organización.

MÉTODOS
Etapas: Identificación de la necesidad de mejorar la comunicación interna entre las personas de la organización (autoevaluación EFQM en junio de 2006). Constitución del grupo de trabajo multidisciplinar. Definición de acción, enfoque y despliegue. Desarrollo de un diagnóstico de situación: 1) Realización de encuesta autocumplimetada dirigida a todos los profesionales de la gerencia regional del SCS en julio 2006, valorando la importancia percibida de la comunicación tanto a nivel global (4 preguntas) como en el entorno directo (15 preguntas). 2) Análisis de los canales de información físicos (tablón de anuncios, buzón de sugerencias) y virtuales (intranet corporativa, tablón virtual, web, buzón de sugerencias) existentes. Valoración global e identificación de oportunidades de mejora. Puesta en marcha de acciones de mejora.

RESULTADOS
Con una tasa de respuesta del 42,71%, los profesionales valoraron la importancia de las funciones de comunicación, con una puntuación media de 8,25 (DE:1,48), 7,06 (DE:1,48) con los propios equipos. Los aspectos peor valorados se relacionaron con la comunicación institucional (difusión de los proyectos institucionales, medios de comunicación utilizados, mecanismos de recogida de opinión y/o propuestas). Mejor valorada fue la comunicación en el entorno próximo. La observación directa de los canales (valorando aspecto, organización, actualización, accesibilidad, gestión, calidad de contenido y facilidad de uso) permitió identificar oportunidades de mejora (deficiente accesibilidad, ausencia de protocolo de mantenimiento). Entre las medidas puestas en marcha destacan la edición de una guía de comunicación, como refuerzo con recursos de interés para los profesionales, la reestructuración del tablón (cambio de ubicación, asignación de protocolo de gestión) y la potenciación de la accesibilidad a los canales digitales.

CONCLUSIONES
La comunicación interna es un criterio con repercusión importante para los profesionales. La comunicación en el entorno próximo (especialmente la accesibilidad) fue la dimensión mejor valorada.

Contacto: Mónica Robles García - mrobles@dg.scsalud.es

P-144 INFLUENCIA DE LOS MODELOS DE GESTIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL CUIDADOR EN RESIDENCIAS DE MAYORES

Autores: López Escribano A, García Alcaraz F, Jareño Collado P, Godes Victoria F, López Moyano JL, García Aranos J.

INTRODUCCIÓN
En los últimos años hemos asistido a una proliferación de centros residenciales con diferentes modelos de gestión. Las personas son el principal activo de una organización, especialmente en el caso de los servicios sociosanitarios. Se considera que el grado de calidad de los servicios está relacionado de forma directa con la calidad de vida profesional (CVP).

OBJETIVO
Conocer la percepción de la calidad de vida profesional del personal cuidador que presta sus servicios en las residencias de mayores de la ciudad de Albacete. Conocer si existe relación entre los diferentes modelos de gestión y la CVP.

MÉTODO
Diseño: estudio transversal descriptivo, realizado durante el mes de enero de 2007. Emplazamiento: residencias de mayores con más de 100 plazas de la ciudad de Albacete. Participantes: personal de enfermería y auxiliar. Material: cuestionario anónimo autoadministrado CVP-35, que mide la calidad de vida profesional en 35 ítems (valor 1-10), agrupados en demandas del trabajo, motivación intrínseca y organización/apoyo directivo.

RESULTADOS
(IC 95%): Se recibieron 258 cuestionarios, 38 de enfermeras y 220 de auxiliares (tasa de respuesta del 70,4% y 65,7% respectivamente). El valor medio de la CVP fue de 5,74 ± 2,27, y la percepción de la demanda se situó en 6,13 ± 2,41, con una motivación intrínseca de 7,41 ± 1,64 y un apoyo directivo de 3,93 ± 2,26. Los ítems con puntuaciones más altas fueron: "mi trabajo es importante", 9,44 ± 0,89, "estoy capacitado" 9,08 ± 1,23, y "cantidad de trabajo", 8,38 ± 1,37. Por el contrario, los ítems con puntuaciones más bajas fueron "conflictos con otras personas", 2,01 ± 1,61, "satisfacción con el sueldo" 2,74 ± 2,17, y "posibilidad de promoción", 3,07 ± 2,2. Existen diferencias en cuanto al apoyo directivo entre el personal de enfermería y auxiliar ($p < 0,05$), pero no en cuanto a la motivación y la carga de trabajo. Comparando los distintos modelos de gestión, no existen diferencias entre los modelos público y privados de carácter integral. Sin embargo, encontramos diferencias significativas entre los modelos mixtos y los demás en cargas de trabajo (6,3 *vs.* 5,7), motivación intrínseca (8,5 *vs.* 7,9) y organización/apoyo directivo (3,9 *vs.* 4,5).

CONCLUSIONES
La CVP que tienen nuestros profesionales es media-baja, con una alta motivación intrínseca y una percepción de apoyo directivo medio-bajo en un ambiente que necesita afrontar altas cargas de trabajo. Existen diferencias estadísticamente significativas en la CVP del personal cuidador en función del modelo de gestión.

Contacto: Alonso López Escribano - alonsol@sescam.jccm.es

P-145 EVOLUCIÓN DEL CONTRATO DE GESTIÓN EN EL PERIODO 2005-2007

Autores: Misiego-Peral A, García-Aísa JC, Pedrajas-Rubiales MB, Barrabés-Rodrigo MM, García-Orea MA, Marión-Buen J.

ANTECEDENTES
El sector sanitario constituye la estructura territorial organizativa para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón desde el año 2005. Hasta el año 2004 se estableció el contrato de gestión entre la gerencia del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) con las Direcciones de Centro de Atención Primaria y de Atención Especializada. Tras un análisis de situación, se concluyó lo siguiente: los interlocutores no eran los adecuados. No se transmitían suficientemente las líneas estratégicas de SALUD. No se generalizaba el uso del EFQM que el SALUD había adoptado previamente. Por dichos motivos y por el cambio en la organización del Sistema de Salud en Aragón, en el año 2005 se estableció un nuevo modelo de contrato de gestión, con las siguientes características: El contrato se establece con los gerentes de sector. Su estructura se adapta al modelo europeo, con 21 objetivos distribuidos en los 9 criterios del EFQM. Cada objetivo consta de 1 o más indicadores. Los sectores realizan su autoevaluación y la gerencia de SALUD la verifica.

RESULTADOS
En el periodo 2005-2007 se ha mantenido la misma estructura de contrato de gestión. No obstante, se han modificado objetivos en función de los resultados de las evaluaciones y de las nuevas necesidades asistenciales del SALUD. Los principales objetivos que se han incluido en este periodo de tiempo han sido fomentar la seguridad clínica y mejorar la gestión de las alianzas externas claves. Por otra parte, para monitorizar los objetivos del contrato de gestión se han llevado a cabo las siguientes acciones: Definir mediante adendas los indicadores para evitar problemas de interpretación y/o medición. Diseñar e implementar un cuadro de mandos en cada dirección de centro. Reuniones de seguimiento trimestrales de la gerencia del SALUD con los sectores.

CONCLUSIONES
El contrato es una herramienta dinámica que permite medir y modificar objetivos en función de las nuevas necesidades asistenciales y de los resultados de la autoevaluación. Además, el hecho de mantener estable su estructura, la evaluación continua y las reuniones de seguimiento han facilitado la interiorización y desarrollo de las líneas estratégicas del SALUD.

Contacto: Antonio Misiego Peral - amisiego@aragon.es

Mesa 10

SEGURIDAD DEL PACIENTE 1

P-146 - P-162

P-146 UTILIZACIÓN DEL AMFE PARA EL DISEÑO DE UN PROCESO SEGURO DE GESTIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN URGENCIAS

Autores: Busa-Ostolaza P, Hernando-Uzkudun A, López-García D, Preciado-Barahona MJ, Avilés-Amat J, Azpiazu-Eizaguirre MA.

OBJETIVO
Diseñar un proceso seguro de administración de medicación en Urgencias Generales.

METODOLOGÍA
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar donde participaron seis profesionales del Servicio de Urgencias y una farmacéutica del Servicio de Farmacia, asesorados por dos profesionales de la Unidad de Calidad, adiestrados en la utilización de la herramienta AMFE. Se estableció un calendario de reuniones quincenal. En primer lugar, se definió el flujograma de la gestión farmacoterapéutica. En segundo lugar, se analizó exhaustivamente cada paso del proceso, buscando los posibles problemas que se podían presentar, sus diversas causas y sus consecuencias. En tercer lugar, se procedió a la puntuación de cada fallo o problema potencial detectado. Finalmente, se estableció el punto de corte a partir del cual se establecerán las medidas correctoras.

RESULTADOS
Se han mantenido 6 reuniones de 2 h. 30 m. de duración. En los cuatro grandes pasos que se establecieron en el diagrama de flujo se han detectado 86 posibles fallos (ppff): 24 en la prescripción, 15 en la obtención de la medicación, 13 en la preparación y 34 en la administración. La priorización de los riesgos a través del IPR (índice de gravedad x índice de aparición x índice de detección) dio como resultado que dos ppff superaban los 500 puntos, lo que según el método está considerado como fallo crítico, diez ppff obtuvieron una puntuación entre 400 y 500; 16 entre 200 y 400 puntos; 22 entre 100 y 200 y los 36 restantes menos de 100 puntos. Los fallos críticos detectados son: orden médica verbal a la persona inadecuada (auxiliar o enfermera no responsable del paciente, a varias personas o a través de otros profesionales) y la no verificación, por parte de la enfermera, de la identidad del paciente en el momento de administrar la medicación. El equipo de trabajo ha decidido establecer el punto de corte para la elaboración de los planes de acción en 400 puntos. Estos resultados han sido difundidos a todo el personal del Servicio de Urgencias, con un doble objetivo: incluir a la totalidad de los profesionales en el diseño del proceso seguro, verificar el grado de acuerdo o desacuerdo con el análisis realizado y, posteriormente, recoger las aportaciones de todo el personal, lo que supone un enriquecimiento del proceso de mejora y facilita su implantación.

CONCLUSIONES
El trabajo en equipo multidisciplinar ha permitido detectar numerosos fallos a distintos niveles de responsabilidad. La herramienta se considera de utilidad para constatar la evolución de las mejoras

Contacto: Pablo Busca-Ostolaza – pablo.buscaostolaza@osakidetza.net

P-147 IDENTIFICACIÓN INFORMATIZADA DE PACIENTES COLONIZADOS O INFECTADOS POR SARM, MEDIDA EFICAZ TRAS 7 AÑOS DE EXPERIENCIA

Autores: Ferrer L, Catà T, Villegas E, Jericó C, Altés J, Ferrer-Ruscalleda F.

INTRODUCCIÓN
El número de pacientes con colonización a *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) que requieren ingresar en un hospital es un problema creciente. Estos casos tienen una implicación epidemiológica considerable como fuente de transmisión del patógeno intrahospitalaria.

OBJETIVO
Evaluar la aplicación de un sistema informatizado de identificación de pacientes infectados o colonizados por SARM tras 7 años de instauración y establecer el impacto sobre las medidas de control de la infección nosocomial.

MÉTODOS
Hospital de 200 camas, nivel B y 13.000 altas anuales. Programa de vigilancia del SARM: a) Detección diaria de casos, cultivo positivo a SARM, por el servicio de Microbiología. b) Marcaje automático e informático del número de historia clínica con VR (ver relevantes) visible desde cualquier pantalla. c) Vigilancia prospectiva en áreas de riesgo. d) Control de reingresos: instauración de aislamiento de contacto preventivo en pacientes identificados como VR y seguimiento según protocolo establecido. e) Descontaminación de pacientes colonizados según indicación.

RESULTADOS
Durante el periodo 2000-2006 han sido identificados 336 casos nuevos. Colonizados, frotis nasal positivo, 149 (44,%). El 60% de más de 80 años. Mortalidad 34,2%. Procedencia: domicilio 55%, centro sociosanitario (CSS) 35%, otro hospital 10%. Localización de la infección: 50% tejidos blandos, 20% respiratoria, 4% de catéter, 2% osteoarticular y otras 6%. El 50% ingresa al menos una vez y el 14% reingresa tres o más veces. El número de reingresos ha ido incrementándose anualmente, en 2005 49 episodios y en 2006 58 episodios de reingreso. No ha existido ningún brote epidémico durante estos años aunque se ha investigado en 4 ocasiones. Se ha mantenido una tasa estable en los últimos años tras un incremento inicial: 0,32 x 100 ingresos en 2000, 0,49 en 01, 0,46 en 02, 0,60 en 03, 0,50 en 04, 0,36 en 05 y 0,51 en 06.

CONCLUSIONES
La identificación informatizada de pacientes infectados o colonizados por SARM previamente permite aplicar medidas de control adecuadas en reingresos posteriores, con lo que se evita la transmisión intrahospitalaria. Es una medida que ha demostrado ser eficaz para mantener una tasa de infección por SARM estable.

Contacto: Lourdes Ferrer Ruscalleda - lourdes.ferrer@sanitatintegral.org

P-148 LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: Fernández-Díaz E, Iturburu I, Álvarez M, Aguirrezabal A, Balzola B, Yurrebaso MJ.

OBJETIVOS
Una historia farmacoterapéutica (HFT) incompleta o incorrecta puede suponer para el paciente hospitalizado tanto la privación de un tratamiento necesario durante su ingreso como la continuación de medicación que debería ser interrumpida. Esto puede originar complicaciones, como interacciones entre fármacos, exacerbación de su enfermedad o duplicidades terapéuticas. El objetivo de este estudio es comparar la HFT recogida por un farmacéutico con la recogida por un médico en los pacientes que ingresan en el servicio de cirugía general tanto de forma programada como desde el servicio de urgencias.

MÉTODOS
Durante los días 24 y 25 de abril de 2007, el residente de cuarto año de farmacia hospitalaria, mediante un protocolo normalizado y una entrevista clínica con el paciente (o cuidador), puesto que no hay acceso a la medicación domiciliaria (atención primaria), recogió las HFT de los pacientes ingresados en 25 camas del servicio de cirugía general. Posteriormente, se compararon estas HFT con las recogidas en el servicio de urgencias o con las obtenidas en la consulta de preanestesia, en el caso de ingresos programados, con el fin de detectar y analizar las posibles discrepancias. Estas se clasificaron en omisión: medicación no prescrita que el paciente tomaba, comisión: prescripción de tratamiento que el paciente ya no tomaba (ambas sin justificación explícita o clínica), dosis/pauta incorrecta/incompleta y duplicidad. Para la obtención de dos HFT fue necesario llamar a las residencias donde vivían los pacientes.

RESULTADOS
Total pacientes: 25 (14 hombres, 11 mujeres); edad: 68,9 ± 12,1. Ingresos: programados = 11, urgencias = 14. Número de medicaciones recogidas: farmacéutico = 97, médico = 87. Número total discrepancias = 38 [programados = 13, urgencias 25]. Número de pacientes sin discrepancias = 10. Tipo de discrepancia: omisión = 20 (52,6%), comisión = 9, dosis/pauta incorrecta/incompleta = 8, duplicidad = 1.

CONCLUSIONES
La incorporación de un farmacéutico en el equipo asistencial, y especialmente en el servicio de urgencias, supondría una disminución en el riesgo de errores de medicación, con lo que se evaluaría el tratamiento preingreso-estancia hospitalaria y no se valoraría exclusivamente el tratamiento hospitalario. La obtención de una HFT completa es fundamental para la conciliación de la medicación de los pacientes tanto al ingreso como al alta del hospital. La falta de registros únicos de salud supone un obstáculo para la obtención de la información clínica del paciente, necesaria para garantizar su seguridad.

Contacto: Elena Fernández Díaz - elena.fernandezdiaz@osakidetza.net

P-149 INFORMACIÓN, ACCESIBILIDAD Y EFECTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA

Autores: Mira JJ, Aranaz J, Vitaller J, Pérez-Jover V, Ivorra F.

ANTECEDENTES
La percepción del paciente de cómo ha sido tratado y con qué resultado es una medida del resultado de la actividad quirúrgica.

OBJETIVO
Analizar desde el punto de vista del paciente la ocurrencia de efectos adversos (EA) en cirugía ambulatoria. Ámbito: servicios quirúrgicos de hospitales. Encuesta realizada en 2006.

MÉTODO
Encuesta al alta a pacientes intervenidos en unidades de cirugía ambulatoria. Se ha evaluado la frecuencia con la que el paciente refiere un posible EA, la existencia de barreras para hablar con el cirujano y la facilidad de contacto una vez en casa. Como control de posibles sesgos, se analiza la relación entre la frecuencia de EA informado por el paciente y el hecho de que el resultado de la cirugía impidiera irse a casa conforme a lo previsto. Sujetos: 2.197 pacientes quirúrgicos, 71,3% de más de 40 años (29,4% mayores de 60 años). Tamaño muestral calculado para un error inferior al 2% para un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS
Un 2,5% de los pacientes afirmaron haber sido víctima de algún tipo de EA. Como cabía esperar, el porcentaje de pacientes que refieren haber experimentado un EA y que no pudieron irse a casa el día de la intervención como estaba previsto es significativamente elevado (52,5% *vs*. 1,5% (chi cuadrado = 425,55, p < 0,001). Un 1,6% de los pacientes que manifestaron no experimentar dificultades para hablar con el médico cuando lo necesitaba, frente a un 19,8% de los que dijeron que sí tuvieron dificultades, experimentaron un EA (chi cuadrado = 139,89, p < 0,001). El porcentaje de pacientes que informan de un posible EA es también mayor entre quienes dijeron no poder comentar sus dudas, 31,1% *vs*. 1,5%, (chi cuadrado = 261,93, p < 0,001), y entre quienes afirmaron tener problemas para contactar con el personal sanitario una vez ya en casa (32,3% *vs*. 1,6% (chi cuadrado = 236,32, p < 0,001).

CONCLUSIONES
La información y accesibilidad, especialmente una vez en casa, son dos elementos fundamentales a la hora de diseñar los procesos asistenciales en cirugía ambulatoria dada su relevancia para la seguridad clínica.

Contacto: José Joaquín Mira Solves - jose.mira@umh.es

P-150 AVANZANDO EN SEGURIDAD… CON FORMACIÓN

Autores: González-Llinares RM, Pérez-Boillos MJ, Aguirre-Aranaz R, Martínez-Martínez L, Urruela-Olivan M, Estévez-Hernández I.

INTRODUCCIÓN
Según ENEAS, la incidencia de efectos adversos (EA) relacionados con la asistencia hospitalaria es del 8,4%. El 7,63% están relacionados con los cuidados y de éstos el 3,66% con las úlceras por presión (UPP). La introducción de barreras para prevenir EA impacta en la seguridad de nuestros pacientes. Desde 1990 se utilizan barreras en el proceso asistencial, tales como el protocolo de prevención, la valoración del riesgo y cuidados de UPP, y un sistema de monitorización y seguimiento de las mismas a través de la aplicación informática Zaineri. La existencia de nueva evidencia disponible plantea la necesidad de actualizar e implantar estas barreras en el 2006-2007.

OBJETIVO
Actualizar, difundir y evaluar el uso de barreras relacionadas con UPP en Atención Especializada de Osakidetza.

METODOLOGÍA
Para la actualización y difusión de las barreras: constitución del grupo de mejora para revisión y actualización del protocolo y la escala de valoración, prevención y cuidados de UPP; edición y difusión del protocolo; planificación de la formación; modificación en el Zaineri. Para la evaluación del uso de barreras introducidas: criterios 6, 14 y 21 de la sexta auditoría externa sobre aplicación del proceso de atención de enfermería.

RESULTADOS
Grupo de mejora de 6 personas de diferentes organizaciones que realizaron la búsqueda de la mejor práctica existente, con colaboración de 20 profesionales o referentes de UPP y coordinados por la organización central. Protocolo editado y distribuido a todas las unidades. 18 talleres de formación sobre la prevención de UPP como práctica de seguridad para la mejora de los cuidados de salud mediante metodología interactiva. Asistencia de 907 profesionales. Grado de satisfacción positiva: 93,1% a 100%. Grado de satisfacción excelente: 64,8% a 100%. Modificación en Zaineri: escala de valoración del riesgo de UPP, frecuencia de revaloración, medidas preventivas según resultado de la escala y sistema de notificación. 100% de las organizaciones con protocolo actualizado. Al 95,7% de los pacientes se les realiza la valoración del riesgo entre las 8-10 h del ingreso. El 90,25% de las unidades notifican y realizan seguimiento de UPP.

CONCLUSIONES
La prevención eficaz y la puesta en marcha de barreras permite evitar o minimizar su apariencia. Las auditorías de historias son fuente de información para abordar problemas de seguridad. El enfoque adaptado ha supuesto una alta satisfacción entre profesionales.

Contacto: Rosa M González Llinares - rosamari.gonzalezllinares@osakidetza.net

P-151 IMPLANTACIÓN DE UN *BRIEFING* DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

Autores: Díaz-de la Serna A, Casado-Dones R, Ruiz-López P, Rodríguez-López A.

OBJETIVO
Presentar los resultados preliminares de la implantación de un *safety briefing* en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

MATERIAL Y MÉTODOS
Con la colaboración de la Unidad de Calidad elaboramos un *safety briefing* por los miembros de la UCSI para detectar posibles fallos en la seguridad de los pacientes. Desarrollamos un sencillo cuestionario que se responde al final de la jornada con todo el equipo. Las preguntas se refieren a cambios imprevistos en las técnicas de anestesia o cirugía, lesiones de órganos no previstos, PCR o muerte, fallos en el equipamiento y otros problemas de seguridad.

RESULTADOS
Se obtuvieron datos de 134 jornadas, y en el 50% se detectó algún problema de seguridad: Dos errores de medicación. Una parada respiratoria. 16 casos de cambio de la técnica de facoemulsificación a vitrectomía anterior. 3 casos de cambio de facoemulsificación a extracción extracapsular del cristalino por complicaciones en la primera. Dos casos de conversión de anestesia local a general. Problemas con el equipamiento quirúrgico y anestésico. En 9 jornadas se programaron intervenciones a pacientes no valorados previamente por anestesia, sin consentimiento informado y sin tener información sobre la intervención. Las medidas correctoras tomadas han sido: Fijar la dilución estándar de adrenalina para la infiltración de mucosas. Trabajamos con Farmacia para diferenciar el etiquetado de adrenalina y atropina para disminuir errores. Elaboración de una tabla de chequeo de la máquina de anestesia para verificar diariamente. La presentación de datos de cancelaciones de intervenciones por enfermos incorrectamente preparados hizo que cirugía tomara conciencia del problema y actualmente la mayoría de pacientes reciben información escrita, consentimiento informado de anestesia y cuestionario básico de salud, lo que facilita al anestesiólogo conocer la situación basal del paciente.

CONCLUSIONES
El *briefing* de seguridad se perfila como una herramienta sencilla y fácilmente disponible para mejorar la seguridad de los pacientes. Recomendamos su utilización en forma de base de datos para facilitar el manejo y la explotación de los datos recogidos. En nuestra unidad sustituye a la ficha de notificación de incidentes. Aporta la ventaja de comentar en grupo los problemas detectados y mejora el trabajo en equipo.

Contacto: Adelaida Díaz de la Serna - marnegro20@hotmail.com

P-152 REGISTRO DE CMA: UNA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Aranda T, Aparicio C, Orihuel I, Pérez P, Lorenzo JA, Zafra J.

INTRODUCCIÓN
El registro de enfermería es el soporte documental donde queda recogida la información de toda la actividad enfermera. Su principal finalidad es la asistencial, sin olvidar nunca la jurídico-legal, pues constituye el testimonio documental de los actos de los profesionales a requerimiento de los tribunales. Es imprescindible el registro para asegurar la continuidad de los cuidados y básico para garantizar la calidad de los mismos. En docencia e investigación es la base fundamental, ya que permite conocer la evidencia científica y supone la mejora continua de los cuidados.

OBJETIVO
Garantizar la seguridad del paciente en el proceso de CMA, asegurando la continuidad asistencial y la calidad de la información buscando la eficacia, efectividad y eficiencia de los cuidados.

MÉTODO
1) Se realizan grupos de trabajo con participación de los supervisores del hospital de día quirúrgico, URPA, quirófanos y cirugía de corta estancia. 2) Se analizan los registros existentes. 3) Se unifican los contenidos en un solo registro y se adaptan a la taxonomía NANDA, NIC, NOC. 4) Taller explicativo con personal de enfermería de dichas unidades. 5) Pilotaje y puesta en marcha del registro.

CONCLUSIONES
El registro de CMA: 1) Es imprescindible para la comunicación multidisciplinar. 2) Es obligatorio desde el marco legal y jurídico. 3) Es un soporte básico para la investigación de enfermería. 4) Ha mejorado la calidad percibida. 5) Ha permitido la mejora de la continuidad asistencial entre unidades. 6) Es un elemento de mejora en la seguridad del paciente. 7) Nos ha facilitado las actividades del proceso de cuidar.

Contacto: Tomás Aranda Salcedo - tomas.aranda.sspa@juntadeandalucia.es

P-153 PLAN DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD

Autores: Amigo-Fernández J, Sánchez-Rus J, González-Bravo A, Hernández-Vidal N, Soriano-Villalba G, Mengibar-García Y.

OBJETIVOS
Identificar las situaciones de riesgo en el área de urgencias para garantizar la seguridad de los pacientes. Reducir el numero de reacciones adversas que pueda provocar la administración de un fármaco.

METODOLOGÍA
Tras observar que algunos pacientes han sufrido accidentes, tanto físicos como derivados del tratamiento farmacológico, en nuestro servicio de urgencias, nos planteamos la necesidad de crear un grupo de mejora que identifique las situaciones de mayor riesgo y plantee las intervenciones a realizar. Una vez identificados los riesgos, se realiza un protocolo de actuación en el área de urgencias que reúne las acciones a seguir por el colectivo de enfermería en las siguientes situaciones: transferencia de silla a camilla y de camilla a camilla, dispositivos de freno y movilización de las camillas, uso de las barras de seguridad, protocolos de administración de fármacos y vigilancia de las complicaciones, uso del dispositivo de alarma en caso de emergencia médica. Se realiza sesión clínica para su difusión entre todos los profesionales sanitarios del centro y se consensúa el registro y comunicación de las incidencias.

RESULTADOS
Se consensúa la realización de una evaluación de las incidencias a los seis meses de su implantación (septiembre de 2007).

CONCLUSIONES
Esperamos que la identificación de los riesgos potenciales de nuestros pacientes en el área de urgencias y la realización de un protocolo de actuación y comunicación de incidencias nos sirva para asegurar una práctica de mayor calidad y una mayor seguridad para nuestros pacientes. Palabras clave: urgencias, seguridad, pacientes.

Contacto: Nuria Hernández Vidal - nhernandez.tarte.ics@gencat.net

P-154 LA FORMACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

Autores: Orbegozo Alberdi J, Zavala Aizpurua E, Hernando Uzcudun A, Merino Hernández M.

INTRODUCCIÓN
Se ha considerado la formación como un elemento fundamental para el cambio de la cultura, por lo que se programaron sesiones de formación de 6 horas de duración para todos los profesionales que trabajan en los servicios seleccionados: Urgencias, Intensivos, Farmacia.

OBJETIVO
Describir y evaluar las actividades de formación llevadas a cabo en 2 servicios del hospital.

MÉTODO
Se organizaron 17 cursos de formación de 6 horas de duración. En Urgencias se realizaron en 3 sesiones de 2 horas y en CMI en 1 sesión de 6 horas. En Farmacia el curso se celebrará en el mes de septiembre. Estas sesiones fueron acreditadas por el Consejo Vasco de Formación Continuada con 0,9 créditos. Para la realización del curso se utilizó el BIT formativo cedido por el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. El número de asistentes se limitó a un máximo de 15 personas/grupo con el fin de fomentar la participación y la utilización práctica de herramientas (AMFE). Además, se utilizaron las sesiones como grupos para identificar las prácticas seguras más importantes.

RESULTADOS
Número de profesionales formados: CMI/Urgencias. Médicos 23 (100%) y 17 (51%). MIR 4 (100%). Enfermeras 68 (94%) y 36 (78%). Auxiliares clínicas 34 (79%) y 29 (90%). Administrativas 5 (90%). Celadores 5 (100%) y 2 (50%). Total 134 (91%) y 91 (72%). Valoración global del curso: CMI/Urgencias 75% y 65% Aspectos más interesantes valorados por los asistentes: Sensibilizar de la importancia de los problemas de seguridad y eventos adversos en la atención sanitaria. Que muestra la posibilidad de análisis de los eventos adversos. La importancia de la implantación de registros para recogida de datos. La metodología de análisis de riesgos (AMFE). El trabajo en equipos multidisciplinares. Prácticas más seguras identificadas: urgencias, intensivos, órdenes médicas por escrito, identificación de pacientes, comunicación y trabajo en equipo, barras en camas y camillas, rotación del personal eventual, necesidad de formación, monitores y alarmas, protocolización y difusión de procedimientos, mejorar la comunicación del personal, barras de protección de camas nuevas.

CONCLUSIONES
La formación ha sido muy bien aceptada y se ha considerado de gran interés por parte de los profesionales. Hemos percibido una mayor implicación y satisfacción cuando el curso se ha realizado en solo una sesión. Las sesiones de formación no solo sirven para la transmisión de conocimientos sino para iniciar la detección de problemas de seguridad.

Contacto: Javier Orbegozo Alberdi - jorbegoz@chdo.osakidetza.net

P-155 PROGRAMA "EN BUENAS MANOS": UTILIZACIÓN DE HIDROALCOHOLES PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL

Autores: Mareca R, Aibar C, Félix M, Prieto P, Zamora MJ, López-Niño I.

OBJETIVOS
La higiene correcta de las manos es fundamental para la prevención de las enfermedades transmisibles y, concretamente, de las infecciones hospitalarias. Nuestro programa pretende mejorar los conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos, mejorar su práctica y, como consecuencia, reducir el riesgo de transmisión de infecciones.

MÉTODOS
La puesta en marcha del programa exige el compromiso del Equipo Directivo, la Unidad de Calidad Asistencial, la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica y el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del centro, y dentro de las actividades a desarrollar para llevarlo a cabo se incluyen: a) establecer los criterios objetivos para elegir el producto más adecuado en función de la bibliografía existente, b) diseñar material formativo e informativo adaptado a las características del centro, c) diseñar una encuesta para valorar diversos aspectos del producto empleado, d) establecer las fases de implantación y la priorización por servicios o unidades, e) seleccionar indicadores para medir su utilización y efectividad, f) programar la implantación final (definiendo actividades a realizar y contenido de los seminarios formativos) y, finalmente, g) evaluar todas estas actividades.

RESULTADOS
Existencia de material formativo e informativo específico y evaluación a los 6 y 12 meses de la implantación real de los resultados de la encuesta (consumo, aceptabilidad y efectos adversos dermatológicos) y de los indicadores seleccionados (uso del producto: nivel de cobertura y volumen consumido por paciente/día y resultados: comparación de tasas de infección antes y después de su utilización).

CONCLUSIONES
La utilización de soluciones hidroalcohólicas es una adecuada alternativa al lavado de manos, ya que mejora la accesibilidad, ahorra tiempo, es menos lesiva para la piel y presenta una actividad antimicrobiana superior al agua y el jabón. El éxito de su implantación puede estar condicionado por la metodología empleada para su introducción y difusión en la práctica diaria.

Contacto: Rosa Mareca Doñate - rmareca@salud.aragon.es

P-156 LA CALIBRACIÓN DE APARATOS COMO OBJETIVO A IMPLEMENTAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN UN GRUPO SANITARIO

Autores: Bueno-Domínguez MJ, Campos-Melero V, Colomés-Figuera L, Nualart-Berbel L, Fibla-Saltó J, Peris-Muria R.

OBJETIVOS
Realizar un diagnóstico del estado de calibración de aparatos de electromedicina de los centros del grupo sanitario para mejorar la calidad técnica tanto en la fase diagnóstica como en la terapéutica de la asistencia. Adecuar la seguridad eléctrica y funcional de los mismos a la normativa vigente y a los requisitos de la acreditación internacional Joint Commission (JCI).

METODOLOGÍA
Diseño de un registro de recogida de datos a cumplimentar por el responsable de mantenimiento o coordinador del centro: tipología de aparatos, tipo de revisión y periodicidad (eléctrica y funcional), empresa de mantenimiento, empresa que calibra o verifica y responsable del seguimiento. Revisión de normativa vigente y requisitos de la acreditación JCI. Análisis del estado de calibración y verificación de los aparatos de cada centro. Propuesta de mejora para la adecuación a la normativa priorizando según criterios: normativa, recursos económicos y repercusión de la adecuada calibración en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. Implementación de la propuesta de mejora en cada centro según cronograma.

RESULTADOS
Implementación del registro: 4 centros de agudos, 1 sociosanitario, 5 residencias y 5 centros de salud. Gran variabilidad en la tipología de aparatos entre ámbitos, entre centros y entre unidades de un mismo centro. Diferencias de adaptación al cumplimiento de normativa o requerimientos de acreditaciones. Gran variabilidad del estado de calibración entre centros e incluso entre unidades de un centro. Detección de aparatos con inadecuada valoración técnica y actuación sobre ellos. No definición de circuito de entrada de aparatos en algún centro, por lo que el censo no se ajusta y dificulta el control y adecuación de los mismos.

CONCLUSIONES
Tras el diagnóstico, se ha procedido a implementar acciones de mejora para consolidar este objetivo de SC a nivel de grupo: Creación de soporte informático de seguimiento. Reuniones con cada dirección de centro y responsable de mantenimiento, en las que se ha revisado el diagnóstico y se decide priorizar calibración externa e interna según: normativa, coste, área de utilización (críticos) y requisitos de acreditación. Unificación a nivel de centro y grupo de política de calibración, presentada a gerencia pero a implementar en cada centro según criterios anteriores. El hecho de pertenecer a un grupo y utilizar el *benchmarking* marca directrices en esta línea de trabajo, ajusta las propuestas económicas y unifica circuitos y empresas de calibración.

Contacto: M José Bueno Domínguez - mjbueno@grupsagessa.com

P-157 EVALUACIÓN DE UN PROYECTO PILOTO DE IDENTIFICACIÓN VISUAL DE PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Fernández García A, Domínguez Arias B, Burgos Hernández M, Martín Rodríguez MD.

OBJETIVOS
Evaluar un sistema de identificación visual de pacientes. Conocer la cultura de seguridad del personal de enfermería respecto a la identificación de pacientes.

MÉTODOS
Se realiza un proyecto piloto de colocación de un sistema de identificación visual de pacientes en los ámbitos de urgencias hospitalarias de adultos y paritorio. Se realiza una encuesta personal a todo el personal de enfermería del centro hospitalario en el que se recoge la información sobre el sistema de identificación visual y la cultura de seguridad. El proyecto constó de tres fases. Primera fase: informativa. Información sobre el proyecto a las personas de las áreas implicadas. Realización del protocolo de identificación visual del paciente. Normalizar la información a recoger en el sistema de identificación. Segunda fase: Formativa. Formación al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) de las distintas unidades del hospital acerca del protocolo de identificación visual del paciente. Formación al personal administrativo de urgencias de la aplicación informática diseñada para el proyecto. Tercera fase: Implementación. Implementación del protocolo de identificación visual. Recogida de las encuestas personales y gestión de los datos.

RESULTADOS
Los resultados obtenidos sobre incidencias del sistema de identificación visual del paciente, el nivel de satisfacción del personal de enfermería con respecto a este tipo de identificación y la cultura de seguridad sobre la identificación de pacientes.

CONCLUSIONES
El personal de enfermería es sensible a la necesidad de la identificación no verbal de los pacientes. La implantación del sistema identificativo no implicó aumento de las cargas de trabajo asistenciales para el personal de enfermería. El sistema de identificación visual no respondió a las expectativas de nuestro complejo hospitalario. El sistema de identificación visual fue bien aceptado por los pacientes y familiares.

Contacto: Adelina Fernández García - adelinafdez@hotmail.com

P-158 CÓMO IDENTIFICAR INFORMATIZADAMENTE A PACIENTES COLONIZADOS O INFECTADOS POR SARM PROCEDENTES DE OTRO HOSPITAL

Autores: Ferrer L, Capmany R, Güell E, Jericó C, Altés J, Ferre-Ruscalleda F.

INTRODUCCIÓN
En la práctica asistencial de estos últimos años viene siendo habitual el ingreso de pacientes trasladados de otros centros hospitalarios tras ser atendidos en urgencias por déficit de camas. En muchas ocasiones, estos pacientes proceden de áreas poblacionales no cercanas y con historial de múltiples ingresos en el centro de origen. La situación de endemia por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) difiere considerablemente entre hospitales.

OBJETIVO
Creación e implantación de un circuito de identificación informatizada de pacientes procedentes de otros hospitales tras una experiencia de siete años de identificación informatizada de pacientes propios a través de Microbiología.

MÉTODOS
En 2000 se creó un sistema automatizado de identificación de pacientes colonizados o infectados por SARM a través de una marca informática emitida por el laboratorio de Microbiología tras el resultado de un cultivo positivo a SARM. La identificación consiste en la aparición de VR ligada al número de historia clínica. Esta medida ha permitido aplicar precozmente el aislamiento de contacto preventivo en aquellos pacientes que reingresan tras un episodio de infección o colonización por SARM, y demuestra ser eficaz para la prevención de la transmisión intrahospitalaria de dicho microorganismo. Los pacientes procedentes de otros centros hospitalarios con antecedentes de SARM en el historial del centro de procedencia no eran registrados adecuadamente.

RESULTADOS
Creación en enero de 2007 de un circuito ágil que permite la identificación informatizada de pacientes procedentes de otros hospitales: 1) Detención de un paciente ingresado con historial previo a SARM por personal de enfermería o facultativo responsables. 2) Aviso a la enfermera de control de la infección nosocomial o al médico internista responsable del control de infección. 3) Incorporación en la aplicación informática del curso clínico de cualquier paciente de un botón con la descripción "gestionar relevantes" que únicamente aparece con la clave de acceso de las dos personas responsables mencionadas. 4) Incorporación a la historia clínica del paciente de VR tras acceder a la pantalla de "gestionar relevantes" y aceptar dicha incorporación.

CONCLUSIONES
La implementación de este nuevo circuito permite mejorar la identificación informatizada de pacientes infectados o colonizados por SARM, sean o no pacientes de nuestro centro, lo que representa una medida adicional al control de la infección nosocomial por SARM.

Contacto: Lourdes Ferrer Ruscalleda - lourdes.ferrer@sanitatintegral.org

P-159 PRESCRIPCIÓN INFORMATIZADA: ¿CONTRIBUYE A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

Autores: Torres M, Larrea N, Vidán J.

OBJETIVOS
Identificar factores relacionados con los errores de medicación en las prescripciones informatizadas realizadas en el hospital. Detectar los errores más frecuentes encontrados en la revisión de las prescripciones e informar tanto a los usuarios del programa como al grupo de desarrollo de historias clínicas.

MÉTODOS
Estudio descriptivo en el que se revisan un total de 818 prescripciones.

RESULTADOS
Con la revisión de dichas prescripciones, se encuentran las posibles áreas de mejora siguientes: Pauta horaria: El médico elige la frecuencia de administración y el programa automáticamente propone una pauta horaria, que no puede modificar enfermería y que a veces hace necesario realizar anotaciones manuales con cambio de horarios. Cuando se elige la frecuencia de administración de una vez cada 24 horas, asigna por defecto el medicamento a las 8 de la mañana, de modo que los pacientes con varios medicamentos que han de tomar una vez al día los toman todos juntos. La pauta horaria cada 8 horas genera automáticamente esta distribución: 16-0-8. Induce a error ese 0 h, pues parece que no debería administrarse medicación, que debería ser 24. El motivo es que la regleta horaria es de 0 a 23 h, en lugar de 1 a 24 horas. Campo Observaciones: En las formas no orales no existen campos propios que especifiquen la administración de medicamentos por vía parenteral. Diluyente, método de administración, sueros compatibles con los medicamentos, volumen final. Todos los datos van a un campo de texto libre (Observaciones). Medicamentos especiales como insulina, cloruro potásico y dopamina necesitan una prescripción que contenga la información necesaria en cuanto a dosis, intervalo de administración, horarios de administración y modo de administración. La falta de estos campos hace que el prescriptor introduzca en forma de texto libre las indicaciones necesarias (campo Observaciones). En el caso de la insulina, las diferentes formas de escribir las UI. Ejemplos: u, unid, valores numéricos sin indicar las UI. Duplicidad de prescripciones, especialmente en los casos en que se emplean protocolos establecidos que coinciden con medicamentos para analgesia.

CONCLUSIONES
Son necesarias modificaciones en el sistema actual de prescripción informatizada para minimizar los actuales errores, especialmente en el campo Observaciones, pues al ser dicho campo de texto libre se pueden generar los mismos errores que en la prescripción manual.

Contacto: Montserrat Torres Berdonces - mtorrebe@cfnavarra.es

P-160 RELEVANCIA DE LA GESTIÓN EN LA DECLARACIÓN DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Autores: Eriz N, Beitia A, Hidalgo K, Mora S, Muñoz R, San Juan S.

OBJETIVOS
1) Proteger al personal del hospital frente a los riesgos específicos de su actividad. 2) Informar de la importancia de la declaración del accidente biológico para activar el protocolo y evitar riesgos de infección tras un accidente biológico. 3) Concienciar de la importancia de las medidas preventivas para evitar accidentes.

MÉTODOS
Localización de la supervisión de guardia a través del teléfono móvil. Cumplimetar la parte correspondiente al mando inmediato del parte de investigación de accidente laboral y enfermedad profesional. Solicitud de pruebas analíticas por el médico de guardia al paciente fuente y al paciente accidentado. Remitir al profesional accidentado a la Unidad de Salud Laboral.

RESULTADOS
1) Presentación de los datos obtenidos en los años 2005-2006 y en el primer trimestre de 2007. 2) Numero de registros de declaración. 3) Numero de accidentes biológicos.

CONCLUSIONES
1) Nuestra participación el la gestión del proceso de declaración ha permitido garantizar una asistencia inmediata y efectiva ante un accidente biológico a los profesionales que desarrollan su actividad en nuestro centro. 2) La gestión de un proceso de declaración de accidentes biológicos ha permitido obtener un indicador real del 100% de declaraciones de accidentes biológicos, así como la evaluación y revisión de las medidas de prevención implantadas y el diseño de nuevos planes de mejora.

Contacto: Nieves Eriz Rivas - e.subide@yahoo.es

P-161 CARTEL GRÁFICO SOBRE ACTUACIÓN INMEDIATA EN ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO POR PUNCIÓN

Autores: Martínez Luján E, Alonso Díaz JL, Pérez Fernández I, Berlanga Cañada R, Pérez Martínez MJ, Martínez Legaz RM.

OBJETIVOS
Disminuir las posibles consecuencias de una punción potencialmente infecciosa para el trabajador sanitario. Proporcionar una guía didáctica, accesible, sencilla, ilustrativa y directa, a modo de cartel, a los sanitarios para que les sirva de consulta ante un accidente de este tipo.

METODOLOGÍA
Valoración de la estadística de siniestralidad del Servicio Murciano de Salud, evaluación y adecuación de su contenido. Aplicación de una técnica gráfica para la prevención de posibles consecuencias infecciosas.

RESULTADOS
Realización de un cartel gráfico y disposición en los lugares con mayor probabilidad de accidentes laborales por punción, como urgencias, sala de extracción de sangre y consultas. Conocimiento correcto sobre el protocolo a seguir por parte de los sanitarios ante un accidente de riesgo biológico.

CONCLUSIONES
Mejora de conocimientos por parte de todo el equipo de atención primaria sobre este tipo de casos, sean del equipo o sea personal sustituto.

Contacto: Eduardo Martínez Luján - raquel.berlanga@carm.es

P-162 UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN

Autores: Ortiz MM, García E, Serrano P, Gómez A, Navaon R.

INTRODUCCIÓN
A partir del año 2005, se incluyen objetivos de calidad en los contratos de gestión con las gerencias. Así, un objetivo de calidad es la gestión de riesgos sanitarios en los hospitales. El Hospital de Fuenlabrada inicia su actividad en junio de 2004, y en 2005 su actividad en seguridad.

METODOLOGÍA
Siguiendo las líneas estratégicas del Plan Estratégico del hospital, dentro del epígrafe "Una asistencia segura, ágil, resolutiva y eficiente", el hospital comienza a trabajar y elaborar un programa de actividades íntimamente relacionadas con la seguridad clínica. Se crea la unidad funcional, constituida por: director médico; representantes de calidad, de medicina preventiva, de farmacia y de enfermería, y médico asistencial. Las principales tareas a desarrollar son: 1) Formación en gestión de riesgos sanitarios. 2) Diseño de tres proyectos: la identificación de pacientes mediante pulsera identificativa. Lavado de manos con solución hidroalcohólica. Mejoras en la prescripción electrónica. 3) Creación de un grupo promotor que trabaje sobre notificación y análisis de EA.

RESULTADOS
La formación en materia de seguridad de pacientes de sus miembros. 1) Los miembros de la Unidad Funcional realizaron en la ALE varios cursos de formación en riesgos sanitarios, tanto en herramientas como en seguridad de medicamentos. 2) La formación se amplió a jefes de servicio, supervisores y jefes de área. 3) Durante el año 2007, se proponen la formación en seguridad de pacientes, de carácter obligatorio para todo el personal sanitario y no sanitario. El personal docente serán los miembros de la Unidad Funcional, con un total de 22 sesiones formativas a lo largo de todo el año 2007 y 2 cursos más extensos, a cargo de personal especializado en la materia, programados para el segundo semestre del año. 4) Se crea el grupo promotor de seguridad de pacientes. 5) Se ponen en marcha los proyectos de: a) lavado de manos, b) identificación de pacientes, c) mejoras de la prescripción electrónica.

CONCLUSIONES
1) Conocimiento y concienciación de todo el personal del hospital sobre la seguridad del paciente. 2) Identificación de pacientes mediante pulsera identificativa en las áreas de hospitalización, cirugía ambulatoria y hospital de día. 3) Formación y uso de las técnicas de lavado de manos y uso de la solución hidroalcohólica en todas las áreas asistenciales del hospital. 4) Funcionamiento del grupo promotor de riesgos sanitarios, que inicia tareas en notificación y análisis de EA.

Contacto: M Mercedes Ortiz Otero - mortiz.hflr@salud.madrid.org

Mesa 11

SISTEMAS DE INFORMACIÓN 1

P-163 - P-178

P-163 DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD (PC) CUADRIENAL EN UN ÁREA DE SALUD TIPO

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote J, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS
El PC ha de desarrollarse acoplando atención primaria y especializada. Incluye: planificación, ejecución, verificación, control de los resultados y planteamiento de nuevos enfoques. Tendrá una duración que permita su desarrollo y un alcance que intente cubrir objetivos humanos (desarrollo del potencial de los trabajadores), de la mejora científico-técnica (capacidad resolutiva), de eficiencia (justificación de la actividad) y de repercusión positiva sobre los usuarios (satisfacción, seguridad y responsabilidad social).

MÉTODOS
Planteamiento. Planificación y cambios de enfoque: Comisión de Dirección y asesoramiento del coordinador de calidad. Ejecución: Unidad de Calidad y el protagonismo de los servicios y unidades. Evaluación: coordinador de calidad y Comisión de Garantía de la Calidad. Áreas de actuación. Objetivos de calidad institucionales del Servicio Regional de Salud (SRS). Asesoramiento a la dirección en gestión por procesos (GPP): eje del PC imbricando actuaciones, evaluaciones y planificaciones de mejora. Gestión de riesgos: clínicos (atención), estructurales (estructura y repercusión social) y de las personas (tipo de trabajo: riesgos laborales, y organización de grupos humanos: riesgos organizacionales). Gestión del conocimiento: incorporación del conocimiento tácito y de la mejor evidencia científico-técnica del momento en aras a la eficiencia y la seguridad. Modelo de calidad: marco de actuación, referencia y comparación.

RESULTADOS
PC de 4 años y cronograma con etapas escalonadas de consecución de objetivos. Creación de la Oficina de Procesos: elaboración del mapa de procesos, identificación y mejora de los procesos del área y apoyo metodológico en la GPP. Creación de la Oficina de Gestión de Riesgos: detección de riesgos (clínicos, estructurales y de las personas) y asesoramiento en la elaboración de estrategias para neutralizarlos. Creación de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia: observatorio que incorpora y difunde la gestión del conocimiento a protocolos, guías, vías y procesos. Despliegue del modelo de calidad para propiciar la acreditación. Programa de Responsabilidad Social Corporativa (medioambiental, accesibilidad, seguridad, trato, transparencia).

CONCLUSIONES
Madurez en la implantación y consecución de los objetivos de calidad institucionales del SRS, manteniendo un nivel óptimo. Concordancia y sinergia con el Plan Marco de Calidad del SRS, abordando todas las áreas de actuación.

Contacto: Gabriel Martín Clemente - gabriel.martin@ses.juntaex.es

P-164 MONITORIZACIÓN DE LAS DEMORAS PARA ACCEDER A CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE GRÁFICOS DE CONTROL

Autores: López-Picazo JJ, Martínez-Ros C, Pedreño-Planes JJ, Santos M, LázaroMD, Alarcón JA.

OBJETIVO
La aparición de demora para acceder a las consultas en atención primaria es un problema emergente condicionado, entre otros, por el aumento poblacional y la carestía de médicos de familia. Es uno de los fenómenos que valoran más negativamente los usuarios, por lo que su abordaje adecuado se convierte en una prioridad de gestión. Para ello es necesario desarrollar un sistema de información capaz de detectar precoz y eficientemente la aparición o variación de demoras, así como de validar la efectividad de medidas correctoras. Presentamos el desarrollo de un sistema jerarquizado de monitorización de demoras mediante gráficos de control en una gerencia de atención primaria.

MÉTODO
Primero establecimos un sistema diario, automatizado y estandarizado de recuento de demoras a través de OMI-AP, nuestro soporte informatizado para historia clínica y citaciones. Este sistema está implantado en todas nuestras zonas de salud y desplegado en casi todas las consultas. Jerarquizamos la información en 4 niveles: profesional, centro, área y total de gerencia (2 áreas). Creamos gráficos de desarrollo para el primer nivel y gráficos de control para valores individuales (suma de días de demora en cada estrato), y utilizamos el rango móvil en el resto. Además, las consultas con mayores demoras son priorizadas mediante Pareto. El sistema ofrece datos diarios actualizados antes de las 9 h. Cuenta con sistemas de alarma para situaciones fuera de control o demoras superiores a 3 días. Está disponible para personal directivo y técnico autorizado a través de nuestra intranet.

RESULTADOS
En abril/mayo de 2007, el sistema informa diariamente sobre 420 consultas de medicina de familia y pediatría (91,7% del total). La media de días de demora total es 413 (rango móvil, 72 días). Supone 1,1 días/consulta (moda 0, mediana 0, P75 1, rango 7). Los gráficos de área detectan situación fuera de control esporádica coincidente con la Semana Santa. Se analizan variaciones personales.

CONCLUSIONES
El sistema diseñado es capaz de detectar precozmente situaciones de fuera de control y permite actuar en consecuencia en la práctica totalidad de las consultas. Además, está prevista la informatización completa (salvo contadas excepciones por imposibilidad técnica) antes del fin de 2007. Su disponibilidad y análisis prácticamente en tiempo en real lo convierten en una herramienta de alto valor para el seguimiento y control de las demoras en atención primaria.

Contacto: Julio José López-Picazo Ferrer - julioj.lopez-picazo@carm.es

P-165 MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA. DESARROLLO DE UNA PÁGINA WEB INTERNA

Autores: Garcés JM, Izquierdo-Álvarez S, García de Jalón-Comet A, Vela-Marquina ML.

OBJETIVOS
Desarrollar una página web interna dentro del Servicio de Bioquímica Clínica como vehículo de control y gestión de todos los documentos existentes dentro del Sistema de Gestión de Calidad implementado según la norma UNE-EN ISO 15.189, que a su vez sea una vía rápida de información de asuntos específicos y generales que afecten al laboratorio.

METODOLOGÍA
Se diseñó la página web contando con un ordenador que hacía de terminal. Se estructuró en diversas pestañas, con diversos contenidos, con la intención de especializar los temas y la documentación que afectaba de manera específica a cada unidad o sección dentro del laboratorio para lograr una mayor rapidez de localización de los documentos.

RESULTADOS
Para acceder a la página web es necesario un nombre de usuario y una contraseña. Una vez dentro, aparece una página estructurada en las siguientes pestañas: Inicio; Gestión de calidad (se encuentra recopilada toda la información referente al Grupo de Mejora y todos los documentos del SGC); Información (catálogo de pruebas del Servicio, Cuadro de Mandos, guardias del Servicio, etc.); Links (enlaces a servicios externos que puedan ser de interés); Acontecimientos (agenda del Servicio); Lo más destacado (resumen de lo más interesante de la web para que el acceso sea más sencillo). En la pestaña Inicio está el saludo de la Dirección del laboratorio, un cuadro de noticias que sirve para la comunicación inmediata de las últimas novedades y un botón de correo electrónico para el envío al administrador de la web de cuantos errores detectados, sugerencias y datos se considere necesario incluir. En "Gestión de calidad" hay varios apartados según los distintos tipos de jerarquías de la documentación dentro del SGC.

CONCLUSIONES
La implementación del uso de la página web interna para la gestión de los documentos lleva consigo una serie de ventajas: Gran accesibilidad a las plantillas de los distintos registros, así como un estricto control de su uso. Mayor confidencialidad y seguridad de los documentos en vigor; solo tienen acceso a los documentos las personas involucradas en el alcance de la acreditación; existen claves de acceso a la página web que solo conocen las personas integrantes del laboratorio. Adecuada convivencia de la documentación en soporte informático (a través de la página web) con el soporte papel. Facilidad de difusión de otros documentos importantes para el laboratorio, como: listas de guardias, cátalos de pruebas, resultados anuales de productividad, etc.

Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez - sizquierdo@salud.aragon.es - José Manuel Garcés

P-166 IMPLANTACIÓN INTEGRADA EN CALIDAD DE UNA RED DE TELEMEDICINA ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA A NIVEL NACIONAL

Autores: Navarro C, Blanch JM, Güell JA, Alonso M, Romero J.

OBJETIVOS
Mutua Universal obtiene la certificación ISO 9000:2001 en el 2003 para sus centros de asistencia primaria. En 2005 incorpora la asistencia hospitalaria, y durante el 2006 desarrolla, dentro de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), tras 6 años de experiencia en telemedicina (TM), una plataforma propia de TM que incorpora a la actividad diaria de la asistencia sanitaria tanto en la red de atención primaria como en la de Atención Hospitalaria. Se ha dado acceso a todo el territorio español, todo ello integrado en la Política de Calidad.

MÉTODO
Se han implantado 165 puestos de TM, se han desarrollado los procedimientos integrados a la Política de Calidad y se ha creado el Centro Coordinador de Telemedicina como gestor de todas las interconsultas solicitadas y responsable de verificar la disponibilidad de especialistas tanto en la urgencia como en la visita programada, así como de verificar los cumplimientos.

RESULTADOS
Valorados 6 meses de implantación, la utilización ha sido de 600 consultas mensuales. El tipo de consulta más demandada es la urgencia y la programada. La consulta diferida (TM asincrónica) pierde peso específico al preferir los profesionales la visita en línea por la interactividad que aporta. Geográficamente, aumenta su utilización en ubicaciones de difícil acceso al médico especialista o al medio hospitalario. Consolida una gran aceptación en ubicaciones insulares (Baleares y Canarias), donde se muestra como una gran herramienta de acceso, tanto en las capitales insulares como en las peninsulares. Por colectivos de usuarios, se consolida como un sistema eficaz de integración entre la red primaria y hospitalaria y como una vía de fidelización de aquellos profesionales que requieren una respuesta sanitaria especializada rápida en el día a día. A nivel de costes del sistema, se han reducido las visitas presenciales a especialista y el seguimiento de estas a nivel hospitalario en un 45% de los casos consultados, lo que redunda en una mejor eficiencia del sistema.

CONCLUSIONES
Se valora muy positivamente la integración de todos los centros sanitarios a una red propia de TM conectada con la historia clínica única a nivel nacional, permite disponer de información multimedia, agiliza la respuesta sanitaria y permite abordar un proyecto de calidad en la asistencia primaria-hospitalaria integrando formación continuada y fidelización de nuestros sanitarios por disponer de un mayor acceso al conocimiento de especialistas y disfrutar de un mayor soporte en las consultas médicas.

Contacto: Carlos Navarro Romero - cnavarro@mutuauniversal.net

P-167 ESTRATEGIA INFORMÁTICA PARA UNIFORMIZAR LA INFORMACIÓN EN LÍNEA SOBRE FÁRMACOS EN SITUACIONES ESPECÍFICAS EN AP

Autores: Gallego F, Gens M, Palacios L, Pagés A, Muiño I, Del Amo S.

OBJETIVOS
Uniformizar la información de la red a la que accede el profesional sanitario en la propia consulta sobre fármacos en situaciones específicas no contempladas en el sistema informático corporativo a través del cribado y consenso de vínculos electrónicos que permitan acceder por igual a los mismos contenidos, optimizar la gestión del tiempo y evitar la variabilidad interprofesional en la toma de decisiones.

MÉTODOS
Creación de una plataforma informática nueva desde la intranet que dé acceso a diferentes carpetas que vinculen a: 1) Buscadores acreditados de instituciones públicas (AGEMED y SEPAP) de fichas técnicas completas y actualizadas de fármacos comercializados en España que subsanan y amplían las limitaciones de actualización o de contenido en el vademécum informático; 2) Interacciones con antirretrovirales en VIH; 3) Uso en embarazo y lactancia con buscadores de clasificación de riesgo FDA; 4) Guía de prescripción terapéutica; 5) Guías de práctica clínica corporativas; 6) Evaluación de medicamentos y estándares de prescripción corporativos; 7) Control de calidad de polifarmacia o poliprescripción, y 8) Comunicación en línea de reacciones adversas y errores de medicación. La selección de páginas en internet se realiza mediante la búsqueda exhaustiva en los principales buscadores, Google, MSN y Yahoo, y se sigue una metodología de selección establecida según la calidad, fuentes, valores y objetivos de los autores y el tipo de organización e instituciones que la sustentan (la misma institución, universitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo o sociedades científicas de medicina familiar). Los contenidos de cada carpeta se consensúan siempre tras la presentación revisada por los responsables asignados por la comisión de calidad y el equipo directivo en sesión clínica conjunta, y se deciden los hipervínculos en línea aceptados.

RESULTADOS
Uso cotidiano desde la intranet de carpetas validadas con vínculos de acceso directo inmediato a contenidos que amplían y uniformizan la información específica sobre fármacos no accesible desde el sistema habitual corporativo, necesaria para una práctica asistencial ágil y homogénea.

CONCLUSIONES
El caudal informativo que supone la red no siempre responde a criterios de rigor científico. La selección de vínculos específicos adicionales supervisados sobre fármacos en la consulta diaria optimiza enormemente el tiempo y la toma de decisiones con rapidez y de forma fiable, y permite que todos utilicen el mismo recurso y pueda así disminuir la variabilidad asistencial.

Contacto: Ferrán Gallego de la Cruz - ferrangallego@yahoo.es

P-168 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ARAGÓN

Autores: Lou-Alcaine ML, Amorín-Calzada MJ, Bielsa-Rodrigo F, Abad-Díez JM, Gaspar-Escayola JI.

INTRODUCCIÓN
La violencia contra la mujer ha sido calificada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública, además de ser un atentado contra los Derechos Humanos. La ley ha marcado un punto de inflexión en España respecto a la concienciación de todos los sectores sociales y la implicación de las administraciones en la lucha contra esta violencia.

OBJETIVOS
Establecer un sistema de información que permita conocer el número y las características de las mujeres víctimas de violencia de pareja en la Comunidad Autónoma de Aragón. Métodos. Se ha establecido un grupo de trabajo específico interdisciplinar formado por profesionales de salud pública, del Servicio Aragonés de Salud y de planificación sanitaria y se han identificado las necesidades de información. Se ha adoptado la definición de caso acordada en el grupo de trabajo de vigilancia epidemiológica y sistemas de información de violencia de género creado dentro de la Comisión de Violencia de Género del Sistema Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como el conjunto mínimo de indicadores que se va a establecer a nivel nacional. Para iniciar la implantación del sistema de información en Aragón, se ha seleccionado el nivel de atención primaria por su accesibilidad y atención integral a la mujer.

RESULTADOS
Se ha diseñado un protocolo específico en atención primaria para la recogida automatizada de información de las mujeres víctimas de violencia. Incluye diferentes tipos de variables: sociodemográficas, sobre la agresión, del daño producido y de la intervención realizada. También proporciona ayuda para el profesional según el protocolo que estableció el Departamento de Salud y Consumo en 2005. Además, permite emitir el parte de lesiones.

CONCLUSIONES
La Comunidad Autónoma de Aragón tiene establecido un protocolo para la atención a las mujeres víctimas de violencia de pareja en el Sistema de Salud de Aragón. Sin embargo, no se dispone de información sobre cuántas mujeres son atendidas en el sistema de salud ni de sus características. Esta información es básica para identificar colectivos de riesgo, efectividad de las actuaciones planteadas, dificultades para una atención integral, y necesidades y carencias del sistema. Solo un sistema de información específico puede responder a estas necesidades, ya que desde los ya establecidos no es posible obtener la información precisa para orientar las políticas de salud.

Contacto: Natalia Enríquez Martín - nenriquez@aragon.es

P-169 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO (2000-2006)

Autores: Prat A, Santiñà M, González M, Martínez G, Grau J, Trilla A.

OBJETIVO
Describir la tendencia presentada por los principales indicadores de calidad técnica y de calidad percibida incluidos en el plan de calidad de un hospital universitario organizado en institutos de gestión clínica.

MÉTODOS
Estudio epidemiológico descriptivo que presenta la evolución de los indicadores de calidad durante el periodo 2000-2006. Las fuentes de obtención de los parámetros presentados han sido las siguientes: base de datos de las altas hospitalarias, registros específicos de prevalencia e incidencia, estudios de utilización, encuestas de opinión y base de datos de la unidad de atención al cliente.

RESULTADOS
La mayor parte de los indicadores técnicos han experimentado una tendencia evolutiva favorable. Los indicadores vinculados a la calidad percibida han presentado una trayectoria más heterogénea.

CONCLUSIONES
El modelo organizativo por institutos de gestión clínica ha mejorado las dimensiones asociadas a la eficacia asistencial. Los aspectos derivados de la percepción del servicio recibido requieren, de una parte, un proceso más gradual de cambio cultural orientado al cliente y, de otra, una ostensible mejora de los factores ambientales del hábitat hospitalario.

Contacto: Andrés Prat Marín - aprat@clinic.ub.es

P-170 UN PASO ADELANTE EN LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE

Autores: Díez A, Bonilla I, Garrido E, Nieto E, Tomás J, Cobo R.

OBJETIVOS
Mejorar el entendimiento con la creciente población inmigrante (del 3 al 10%, según publicaciones), y con ello disminuir los riesgos anestésicos asociados.

MÉTODOS
I. Fase: Identificación del problema. Dificultad de comunicación con el paciente inmigrante en la consulta de anestesia. Dificultad en la recogida de datos de la historia clínica. Falta de entendimiento del consentimiento informado y de las instrucciones perioperatorias. Se detectaron varios casos clínicos en que el paciente no cumplió instrucciones preoperatorias, como la ausencia de ayuno, con el riesgo de neumonitis por aspiración, exceso o defecto en la toma de medicación habitual, con riesgo de hipoglucemia, inestabilidad hemodinámica, sangrado y aumento del número de suspensiones en la puerta de quirófano. Basándonos en todo esto, pensamos que una buena comunicación con la población inmigrante supondría un área de mejora en el Servicio de Anestesiología. II. Fase: Desarrollo e implantación. Constitución del grupo de trabajo. Desarrollo y reuniones. Se descartó la presencia de un traductor simultáneo en consulta, por su alto coste. Se desarrollaron documentos clínicos para solventar el problema del idioma y se estructuró el contenido. Aprobación de dichos documentos traducidos. Distribución en la consulta de Anestesiología.

RESULTADOS
Documentos traducidos a varios idiomas: rumano, chino y marroquí. Se editó una historia clínica de apoyo para la consulta de anestesiología, dos consentimientos informados (para anestesia locoregional y general) e instrucciones pre y posoperatorias. Se aportan los resultados tras la implantación de dichos documentos.

CONCLUSIONES
La implantación de estos documentos supondrá una mejora en la comunicación con el paciente inmigrante. Por lo tanto, ha repercutido en una atención más segura y en la satisfacción de dicha población.

Contacto: Ana Díez Rodríguez-Labajo - milupiana@yahoo.es

P-171 CICLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO

Autores: Martín-Navascues F, Molero-Pérez B, Elizondo-Valero MI.

ANTECEDENTES
El Hospital del Bidasoa, desde el despliegue de los planes estratégicos 2000-2004 y 2007-2010, basa su gestión en el modelo de excelencia. De forma integrada, hemos desarrollado una gestión por procesos. A fin de buscar un sistema garantista, buscamos la certificación de los mismos a través de las normas ISO 9001:2000 y 14001:2004. El *feedback* de este conjunto de relaciones se realiza a través del ciclo de información.

OBJETIVOS
Los gestores de información tienen por objeto establecer el ciclo PDCA que preconiza el modelo EFQM (modelo de gestión en Osakidetza) para los procesos: económico financiero, aprovisionamientos y servicios generales no asistenciales.

METODOLOGÍA
Los responsables de los procesos evidencian sus acciones de forma diaria en los registros definidos al efecto, que figuran o están definidos en el control de registros. Con frecuencia mensual, complementamos los registros codificados como IR16 "Tabla de objetivos e Indicadores", que vienen a sintetizar las acciones anteriormente definidas relacionadas con los indicadores y los objetivos planificados, con la intención de verificar el seguimiento de los mismos. Este análisis se formaliza en el seno de la División Económica y de forma trimestral en el Consejo de Dirección. Finalizado el año, se confecciona el registro IR08 "Informe seguimiento de Indicadores", que resume los resultados obtenidos en el año y los indicadores y objetivos planteados a comienzo de año. En la revisión por la Dirección, se analiza el registro IR08 "Informe seguimiento de Indicadores" para la defensa y aprobación de los indicadores y objetivos del ejercicio venidero.

RESULTADOS
El sistema de registros es un elemento estructurado (por procesos), común (igual para todos los procesos), coherente con la misión, visión y valores de cada uno de los procesos, y con capacidad de adaptación a la variabilidad de los tiempos y a la profundización que requieran los temas, proyectos o procesos clave.

CONCLUSIONES
Nuestro sistema de información a través de los registros definidos y temporalizados está sirviendo de impulso o de espiral para fomentar la mejora continua. Sistematiza la planificación, el despliegue, el control y los ajustes necesarios que requieren nuestros procesos. Fomentan la cultura común a través de un mismo lenguaje. Tiene gran facilidad de adaptación y manejo al tratarse en hojas electrónicas.

Contacto: Fernando Martín Navascues -fernando.martinnavascues@osakidetza.net

P-172 EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DUPLICADAS

Autores: Varea-Lahuerta K, Rodríguez-Le Halper JM.

OBJETIVO
Minimizar lo máximo posible el error de duplicidades de número de historia clínica (HC).

MÉTODO
En los pacientes en que se ha detectado duplicidad de número de HC de febrero a abril de 2007 por el procedimiento extraordinario, es decir, cuando se detecta la duplicidad de forma accidental a lo largo de un proceso de admisión, archivado, asistencial, etc., se ha procedido a: Definir los ítems a evaluar en los registros del fichero de identificación de pacientes (FIP): apellido 1; apellido 2; nombre; fecha de nacimiento; DNI; TIS y número de seguridad social (SS). Contactar telefónicamente con los pacientes en los casos en que ha sido necesario confirmar datos. Evaluar la cumplimentación de los citados ítems. Evaluar el error en lo cumplimentado. Revisión de los procedimientos existentes para la apertura/asignación de número de HC y modificarlo si procede. Difusión de los procedimientos revisados y modificados entre todo el personal responsable de la asignación de número de HC a un paciente. Sensibilización a los profesionales implicados acerca de la importancia y las repercusiones negativas de las duplicidades para los pacientes y profesionales.

RESULTADOS
1) Número de pacientes evaluados con HC duplicada: 30. 2) Nivel de cumplimentación de los ítems evaluados: apellido1; apellido2; nombre y fecha de nacimiento: 100%. DNI: un 73% estaba cumplimentado en alguno de los dos registros; un 7% estaba sin cumplimentar en ambos registros. TIS: un 40% cumplimentado en alguno de los dos registros; un 20% estaba sin cumplimentar en ambos registros. SS: un 80% estaba cumplimentado en alguno de los dos registros; un 3% estaba sin cumplimentar en ambos registros. 3) Error de cumplimentación en los ítems evaluados: apellido1: un 3% en alguno de los dos registros; apellido2: un 10% en alguno de los dos registros. Nombre: un 3% en alguno de los dos registros. Fecha de nacimiento: un 23% en alguno de los dos registros y un 7% en ambos registros. DNI: un 13% en alguno de los dos registros y un 3% en ambos registros. TIS: un 3% en alguno de los dos registros. SS: un 26%. 4) 4 pacientes tenían asignado 3 números de HC. 5) En 2 pacientes, los datos en la FIP eran correctos en ambos registros, y el error estaba en la carpeta de la HC.

CONCLUSIONES
1) La cumplimentación de los datos en el FIP de la AS400 presenta una oportunidad de mejora. 2) La evaluación interna es útil e indispensable para el abordaje de la mejora en la calidad de nuestros procesos.

Contacto: Karmele Varea Lahuerta - carmen.varealahuerta@osakidetza.net

P-173 STOP A LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN PAPEL

Autores: Velasco S, Jiménez M, Delgado M, González MD, Márquez RM, Jaraiz F.

INTRODUCCIÓN
El cierre definitivo del archivo de historias clínicas del Hospital Municipal de Badalona es la culminación de un proyecto iniciado en 2005 con el fin de eliminar el movimiento físico de las 1200 historias clínicas solicitadas diariamente desde las diferentes áreas de la organización. Este hospital forma parte de la entidad sanitaria Badalona Serveis Assistencials, que gestiona también cinco centros de atención primaria y un centro sociosanitario.

OBJETIVO
Exponer la experiencia de nuestra organización, que ha conseguido informatizar la historia clínica en todos los niveles asistenciales y prescindir del archivo de historias clínicas en formato de papel.

METODOLOGÍA
La estrategia que se ha seguido para llevar a cabo este proyecto está basada en la idea de la disminución progresiva de movimientos de las HC (entradas y salidas). El objetivo principal fue conseguir que las visitas sucesivas que tenían historia en formato papel no generaran movimientos posteriores, para lo que fue necesario diseñar un circuito mediante el cual toda historia que llegaba al archivo después de cualquier asistencia era digitalizada e identificada como tal, de manera que a medida que el proceso avanzaba el archivo activo iba transformándose en archivo pasivo. Las distintas áreas del hospital han ido adoptando el nuevo sistema de trabajo de forma gradual, primero los servicios quirúrgicos, por ser los que menos salidas generan y, posteriormente, los servicios médicos, que suelen tener un índice mayor de reiteración. Actualmente, se puede decir que la demanda de historia en papel es 0.

RESULTADOS
La HC puede ser consultada de forma inmediata y simultánea tanto por el especialista como por el médico de familia, lo que agiliza los circuitos de derivación y el acceso a los resultados diagnósticos y ahorra tiempo y molestias al enfermo. Por otro lado, a nivel económico podemos hablar de disminución de costes, pues el archivo electrónico posibilita la liberación de espacios que pueden ser destinados a otras actividades y la reducción de personal administrativo que se puede reubicar en otras áreas de la organización.

CONCLUSIÓN
La informatización de los archivos de HC supone un paso decisivo hacia un modelo de sanidad más innovador y eficaz.

Contacto: Soledad Velasco Velasco - svelasco@bsa.gs

P-174 CUADRO DE MANDO INTEGRAL: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS PARA LA MEJORA EN LA COMARCA EZKERRALDEA ENKARTERRI OSAKIDETZA – SVS

Autores: Caballero PS, González-Toledo A, Hernando OR, Arteta FA, López-de-Gauna P, González GJA.

PALABRAS CLAVE
Cuadro de mando integral, procesos, orientación a resultados.

OBJETIVOS
Las organizaciones excelentes se destacan por determinar y desarrollar objetivos según la estrategia de mejora continua previamente definida. La finalidad de un cuadro de mando es la de evidenciar la necesidad de tomar acciones para alcanzar los objetivos previstos y mejorar los procesos. Esto implica llevar a cabo mediciones periódicas en tiempo útil tanto de los enfoques aplicados como de su despliegue, con el fin de disponer de datos objetivos que sustenten el avance de la organización hacia unos buenos resultados en relación con sus grupos de interés, y efectuar los ajustes necesarios para alcanzar esos objetivos. Se pretende con el diseño y despliegue de un Cuadro de Mando Integral en la comarca disponer de una herramienta que reagrupe y sintetice los indicadores en un conjunto de sistemas, procesos y datos, para representarlos de manera que puedan ser utilizados por la dirección y por los responsables en la mejora de la gestión de actividades y recursos, que permitan conseguir los resultados que avalen la estrategia planificada.

MÉTODOS
Reuniones de trabajo y consenso entre el equipo directivo y el *staff* de apoyo, con la asesoría de un consultor. Elaboración de: Autoevaluación EFQM. Plan estratégico. Plan de gestión anual. Mapa de procesos. Fichas y flujograma de procesos. Objetivos por comarca. Objetivos por unidad. Cuadro de Mando Integral. Despliegue de la intranet. Indicadores de proceso. Evaluación. Resultados directos e indirectos de satisfacción con el servicio, de eficiencia y eficacia en la gestión de recursos.

RESULTADOS
Representación gráfica del cuadro de mando, mapa de procesos, ficha de procesos, objetivos, plan de gestión, visión en la intranet de todas las páginas, etc.

CONCLUSIONES
El grado de desarrollo de sistemas de indicadores es un reflejo del nivel de madurez de las organizaciones, ya que la calidad de los indicadores es muy importante para la gestión y para la toma de decisiones. De hecho, la calidad de las decisiones está directamente relacionada con la calidad de la información utilizada. Las nuevas tecnologías permiten una difusión y mantenimiento rápido, fácil, y probablemente se demostrará eficaz con respecto a los sistemas utilizados hasta ahora.

Contacto: Sinesia Caballero Pérez - sinesia.caballeroperez@osakidetza.net

P-175 MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Autores: Barragán-Pérez A, Santiago-García M, Moreno-Valero M, Canovas-Inglés A, Carrillo-García M, Fernández-Álvarez J.

OBJETIVOS
Evaluar el número de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) no declaradas respecto de los procesos atendidos. Analizar el cumplimiento de la información sobre EDO tras intervención para su mejora.

MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo. Emplazamiento: Centros con la aplicación informática OMI del Área de Salud: 282.709 HC informatizadas de 355.027 personas adscritas (79,63%) el 25/5/2006. Inclusión: HC con episodios codificados por CIAP y descripción de EDO. Periodos de estudio: 26/5/2005 al 25/5/2006 (primera evaluación) y 26/5/2006 al 25/5/2007 (segunda evaluación). Variables: código CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria), EDO y cumplimiento de la declaración. Intervención tras primera evaluación: Revisión del procedimiento de cumplimentación de EDO en OMI debido a que la aplicación permite cancelar el proceso de declaración de un episodio catalogado de EDO aunque codifique el episodio; selección de las 3 EDO más frecuentes para mejorar su declaración; información de resultados de la primera evaluación al Consejo de Gestión y a la Comisión de Calidad del Área. Análisis descriptivo con obtención de medidas de tendencia central, 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. Primera evaluación: Episodios con descripción de EDO atendidos: 4.141. EDO declaradas: 3.359 (81,12%), correspondientes a 49 entidades. Las más frecuentes: varicela: 2.102 casos (86,44% declarados), gripe (todas formas): 1.533 (87,612% declarados), hepatitis A: 224 (25,89% declarados). Segunda evaluación: Episodios con descripción de EDO atendidos: 5.800. EDO declaradas: 5.023 (86,60%). Las más frecuentes: Varicela: 2.088 casos (93,53% declarados), gripe (todas formas): 3.330 (88,05% declarados), hepatitis A: 158 (36,71% declarados).

CONCLUSIONES
Las EDOS más frecuentes son gripe y varicela (más de 86% del total). La tasa de EDO no declarada no es excesiva (< 15%). Ha mejorado el cumplimiento de la declaración en conjunto (del 81,12% al 86,60%). Ha aumentado la declaración de las 3 EDO más frecuentes: varicela de 86,44% a 93,53%; gripe de 87,61% a 88,05% y hepatitis A de 25,89% a 36,71%. La aplicación informática debería evitar el incumplimiento en la declaración y facilitar la concienciación de los profesionales en la comunicación de la información.

Contacto: Alberto Javier Barragán Pérez - albertoj.barragan@carm.es

P-176 INTRANET COMO SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Marimón Virgili E, Baiget Ortega A.

OBJETIVO
Mejorar la comunicación interna del personal sanitario y administrativo de un Equipo de Atención Primaria.

MÉTODOS
Con el software Microsoft Sharepoint Services 3.0 se ha diseñado una página web interna (intranet) que consta de una página principal y unas páginas secundarias dirigidas a cada estamento. En la página principal encontramos un tablón de anuncios con las nuevas noticias, las sesiones que se realizarán en el centro, los movimientos de personal, y enlaces de interés general para poder navegar por internet de carácter sanitario así como los programas básicos del centro. En las páginas secundarias se encuentra información más específica para cada estamento. Todo es ampliamente modificable y ampliable.

RESULTADOS
El sistema de archivos de intranet actual ocupa 517 MB. Se ha dado de alta a 68 usuarios. Desde el inicio del funcionamiento de la intranet, el 26 de febrero de 2007, hace 85 días laborales, se han registrado 86.313 visitas, con una media de 1,015 visitas/día. El estamento con un mayor número de visitas ha sido el administrativo, con una media de 25,60 visitas/día por persona, seguido por el personal de enfermería con una media de 11,82 visitas/día por persona, los médicos de familia con 8,9 visitas/día y finalmente los pediatras con 7,1 visitas/día. Las páginas más visitadas fueron la página principal, con 390 visitas/día, seguida del apartado de registro y seguimiento de pruebas complementarias, con 25,9 visitas/día.

CONCLUSIONES
El sistema de archivos y comunicación interna (intranet) es una herramienta de alta funcionalidad, flexible y práctica a la hora de trabajar, en la que los trabajadores están constantemente informados y actualizados de las novedades y el funcionamiento del centro. Permite almacenar grandes cantidades de información y, a la vez, permite realizar consultas rápidas y eficaces para agilizar el trabajo asistencial.

Contacto: Andreu Baiget Ortega - abaiget@casap.cat

P-177 EL CONSENTIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS, ELEMENTO CLAVE DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Autores: Navarro-Jiménez I, Martínez-Medina E, Manzanares-Lazaro JA, Serrano-Escudero C, Serradell-Martínez ME, Marmol-Cantero JJ.

OBJETIVOS
En nuestro centro se lleva a cabo un protocolo de actuación para transfusión sanguínea. En cuanto al servicio de cirugía, en aquellos pacientes sometidos a cirugía mayor que conllevan riesgos de necesitar transfusión en su fase intraoperatoria destacamos la necesidad de la información al paciente por parte del personal sanitario, durante la fase preoperatoria, de toda la información referente a la transfusión, como en qué consiste, qué riesgos hay y de qué alternativas se dispone. De esta forma, un paciente bajo los efectos anestésicos ya ha decidido sobre si acepta o no acepta ser transfundido. Valorar la eficacia del protocolo desarrollado en nuestro hospital. El objetivo del presente estudio es medir el nivel de cumplimiento de informar al paciente en el periodo previo a una intervención quirúrgica, y el grado de aceptación de éste a ser transfundido.

MÉTODO
Se realiza un estudio retrospectivo tomando como muestra aquellos pacientes que durante el año 2006 fueron sometidos a una intervención quirúrgica de prótesis total de rodilla (PTR) y cadera (PTC). Tomamos esta muestra por la frecuente necesidad de transfusión tras este tipo de cirugía. Obtenemos 105 historias de pacientes intervenidos de PTR y PTC durante el año 2006. De cada historia obtenemos si en su fase preoperatoria el paciente fue informado de la posible necesidad de transfusión sanguínea, si el propio paciente aceptó la transfusión, y si finalmente necesitó ser transfundido.

RESULTADOS
91 pacientes fueron informados de la posible necesidad de transfusión sanguínea. 26 de estos pacientes precisaron de transfusión durante la cirugía. Solo se presenta un caso en el que el paciente fue transfundido durante la intervención quirúrgica sin haber firmado el consentimiento necesario, aunque sí había dado su autorización verbal. Destacar que 4 de los pacientes informados no aceptaron firmar el consentimiento de transfusión recogido en nuestro protocolo.

CONCLUSIONES
Valoramos la necesidad del uso de un protocolo de actuación ante una transfusión para garantizar la calidad asistencial. Así mismo, destacar la importancia de que todos los pacientes sean informados en su fase preoperatoria de la posible necesidad de ser transfundido, para evitar que sean sometidos a una transfusión sanguínea sin su consentimiento previo.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-178 INFORMACIÓN Y AGILIZACIÓN DEL USO COMPASIVO DE MEDICAMENTOS Y VISADO DE RECETAS

Autores: Lozano J, Pinillo JA, Morte I. Cartagena J, Vicente JP, Borrás E.

OBJETIVOS
Estudio de los aspectos legales relacionado con el visado de recetas y del uso compasivo de medicamentos. Planteamiento de la utilidad del visado de recetas en la detección de prescripciones de medicamentos con indicaciones ajenas a las autorizadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). El beneficio del uso compasivo para el paciente y su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio predominantemente bibliográfico con datos de relaciones en el tratamiento del uso compasivo realizados en el Hospital General Morales Meseguer y sobre datos de visados de recetas en el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales de Murcia.

RESULTADOS
Se recogen los aspectos legales sobre las especialidades cuya indicación se encuentra al margen de las autorizadas por la AEMPS. Se observa desconocimiento del médico en las indicaciones autorizadas por dicha agencia, así como un incremento considerable en las solicitudes de uso compasivo en los últimos años. Se detectan quejas en el ámbito hospitalario al solicitar el uso compasivo por la excesiva burocracia. Dichas solicitudes ronda el 60% en pacientes oncológicos. El consentimiento informado se cumple en torno al 100% de las peticiones, pero falta la hoja de información al paciente y falta el informe de seguimiento terapéutico y de resultados. La AEMPS autoriza el 98% del tratamiento del uso compasivo. Su uso incrementa el gasto farmacéutico anual en un 4-4,5%.

CONCLUSIONES
Es necesario agilizar el trámite de los medicamentos de uso compasivo potenciando el uso de aquellos que realmente demuestran eficacia. Es muy importante la realización de los informes de seguimiento terapéutico y de resultados remitiéndolos a la AEMPS.

Contacto: Josefa Lozano Marín - chachafefi@yahoo.es

Mesa 12

VOZ DEL PACIENTE 1

P-179 - P-193

P-179 EL TRABAJO EDUCATIVO EN EL AULA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON

Autores: Fort Aran R, Sagarra Claverol G, Torelló i Cahiz L, Miquel Fernàndez A, Canet M, Craywinckel G.

OBJETIVO
Facilitar la continuidad educativa a los niños y niñas hospitalizados.

MÉTODO
Se ha realizado un análisis de las necesidades de formación basado en el contacto diario con los niños/as hospitalizados, sus familias y su entorno escolar atendidos durante los cursos 2004-2006.

RESULTADOS
Se ofrece formación reglada a los niños hospitalizados en edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. Esta formación se imparte en un aula hospitalaria y a pie de cama por un equipo de cuatro maestras. Durante el curso escolar 2004-05 se atendieron 867 niños, 431 encamados y 436 en el aula. Durante el curso escolar 2005-06 se atendieron 603 niños, 457 en la habitación y 146 en el aula. El aumento del número de niños a los que se imparten las clases a pie de cama ha obligado a replantear el sistema organizativo del aula hospitalaria.

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos nos han hecho plantear la necesidad de mejorar y ampliar la atención educativa que reciben. A nivel organizativo, hemos creado un aula para cada servicio de hospitalización, a la que se ha dotado de ordenadores portátiles con internet para poder atender las necesidades educativas en las habitaciones. En ambos casos se utilizan materiales innovadores tanto a nivel informático como a nivel manipulativo. Este proceso influye positivamente en la continuidad de la escolarización y aprendizaje del niño/a.

Contacto: Roser Fort Segarra - mcanet@vhebron.net

P-180 ACOGIDA A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI: MEJORA BASADA EN UN TRÍPTICO INFORMATIVO

Autores: Domínguez-Gómez MD, García-Brioles S, Velayos-Amo C, Gutiérrez-Pozuelo M, García-Gálvez MM, Álvarez J.

INTRODUCCIÓN
Cuando un paciente ingresa en una unidad de cuidados intensivos (UCI), su familia se encuentra ante una situación desconocida y difícil, en la que sufren una importante carga de miedo y ansiedad. La atención a las familias con la información más adecuada es un valor añadido a la práctica asistencial que forma parte de la búsqueda de la excelencia.

OBJETIVOS
Facilitar la acogida a las familias de los pacientes mediante la realización de un tríptico informativo que se entregará en la primera visita. Mejorar el conocimiento de las características de la unidad, horarios, normas y personal que trabaja en la UCI.

MÉTODO
El grupo de calidad de la UCI ha promovido la elaboración del tríptico de acogida a las familias. Como preparación se hicieron reuniones periódicas de puesta en común para elaborar las diferentes propuestas y recoger las sugerencias de todo el personal de la UCI. A continuación se discutieron todas las propuestas y se consensuó el texto final.

RESULTADOS
El tríptico elaborado consta de los siguientes apartados: 1) Introducción: breve presentación de la unidad y del propio tríptico. 2) El servicio: se detalla en qué consiste una UCI y los aparatos que van a encontrar. 3) Recursos humanos: se describen las personas que forman parte del equipo de la unidad y que se van a encargar de la asistencia de estos pacientes durante su estancia en UCI. 4) El ingreso: en este apartado se especifica cómo es el proceso que se sigue cuando un paciente es ingresado en la UCI; se informa a las familias de cómo se recibe y estabiliza a su familiar, la información que van a poder recibir y lo que deben preparar para la primera visita: teléfono de contacto, informes médicos, etc. 5) Normas del servicio: se describen las diferentes normas destinadas al bienestar de los pacientes y el correcto funcionamiento de la unidad; se detallan los horarios de la información médica y de las visitas a los pacientes, así como las diferentes recomendaciones, precauciones y prohibiciones. 6) Otros: se informa de otros servicios de los que dispone el hospital. 7) Por último, se abre a las familias de los pacientes la posibilidad de comunicarnos sugerencias que ayuden a mejorar la atención de sus familiares.

CONCLUSIONES
Un tríptico informativo es una medida sencilla que puede mejorar la acogida de las familias de los pacientes y aumentar la calidad percibida. Mejorar el conocimiento de la UCI facilita la información médica, el cumplimiento de las normas de la unidad y la corresponsabilidad de las familias.

Contacto: María Dolores Domínguez Gómez - mgarciaga.hflr@salud.madrid.org

P-181 CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS UN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Autores: Sánchez-Romero S, Asensio-Peña MC, Zazo-Carretero J, García-Ochoa-Marín ME, Jiménez-Morón D, Arias-Horcajadas F.

OBJETIVOS
Que los pacientes identifiquen aquellos aspectos relacionados con la hospitalización que ellos valoren como negativos o como fuente de conflicto, tanto aquellos relacionados con la calidad de la asistencia que reciben como los relacionados con las normas de funcionamiento interno de la unidad y de la propia institución y que perciben como más deficitarios. Establecer las áreas que se consideran susceptibles de cambiar para resolver los conflictos que se generan en la unidad, así como medidas concretas de cambio y mejora.

MÉTODOS
8 sesiones grupales de terapia ocupacional. Registro en un formulario de texto libre de los problemas y propuestas de mejora de la calidad de vida percibida durante su hospitalización. Los problemas detectados se analizan agrupándolos por bloques temáticos conforme pudieran estar referidos a su relación con el personal asistencial, normas de la unidad o normas/servicios del hospital. Se contemplan las medidas de mejora de calidad propuestas por los pacientes conforme a su viabilidad y objetivo a corto, medio o largo plazo. Se transmiten las propuestas de mejora a los responsables asistenciales correspondientes para que sean consideradas y se puedan establecer las medidas concretas de solución de problemas que procedan en cada caso. A los 6 meses, se repite el proceso de reuniones grupales para identificar problemas detectados por los pacientes, el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida y el grado de implantación de las medidas de mejora propuestas 6 meses antes.

RESULTADOS
Considerando las particularidades de las unidades de psiquiatría, las principales áreas de conflicto se relacionan con las normas de la unidad, horario de reparto de tabaco, cierre de las habitaciones, salidas de la unidad, tiempo de terapia limitado, tiempo limitado de consulta con facultativo responsable, tiempo de duración del ingreso, etc.

CONCLUSIONES
Los conflictos se repiten en su mayoría en la reevaluación. Las propuestas de cambio siempre se transmiten a los responsables asistenciales. Se percibe una mayor calidad subjetiva en los problemas relacionados con el personal asistencial, pues se considera que se puede intervenir más a corto plazo. En referencia a las necesidades relacionadas con las normas internas de la unidad y del centro, no se aprecian cambios sobre su valoración.

Contacto: Sergio Sánchez Romero - ssanchezro@fhalcorcon.es

P-182 MANUAL DE ACOGIDA AL USUARIO DEL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS

Autores: Fernández-Zapico D, Díaz-Migoya J, Fernández-Orviz F, Díaz-Alonos J, Pozo-López D, Suárez-González T.

OBJETIVOS
En enero de 2006 se puso en marcha en el centro sanitario el Plan de Calidad en los Cuidados. Este plan responde a las necesidades de actualizar Enfermería en el hospital, revisar y documentar los circuitos a realizar, incorporar recursos y producir, en definitiva, un cambio institucional, estructural y relacional interno y externo. Para el desarrollo del Plan de Calidad en los Cuidados se diseñaron varias líneas estratégicas, entre las que se encuentra la detección e implementación de oportunidades y la de mejora de alto impacto y bajo coste. Se consideró que una de estas oportunidades era la creación de un manual de acogida al usuario que recogiese la información que el paciente necesita a su ingreso. Los objetivos perseguidos son: 1) Mejorar la accesibilidad aportando al paciente la información que necesita sobre el funcionamiento del hospital. 2) Aumentar la satisfacción del usuario del hospital. Material y métodos: se creó un grupo de trabajo formado por profesionales del servicio de atención al paciente, el servicio de admisiones, la división médica y la división de enfermería, que con la colaboración de una consultora externa especializada en enfermería diseñó el documento definitivo. Este documento está basado en la encuesta de satisfacción interna que se realizó sobre el servicio de admisiones y el acceso a los servicios del hospital.

RESULTADOS
El documento está en funcionamiento y se entrega a todos los pacientes que tienen contacto con el servicio de admisiones para: consultas, pruebas diagnósticas o terapéuticas, urgencias y hospitalización. Consta de: 1) Descripción de la cartera de servicios del centro. 2) Ubicación y horario de las consultas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas. 3) Horarios de información médica en las unidades de hospitalización, urgencias y UCA. 4) Plano con la ubicación de los diferentes servicios. 5) Teléfonos del hospital, del área sanitaria y de centros de referencia. Pasados 6 meses desde la puesta en funcionamiento, está prevista la realización de una encuesta de satisfacción para evaluar su funcionamiento.

Contacto: Diana Fernández Zapico - gerencia.gae6@sespa.princast.es

P-183 CÓMO MOTIVAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Autores: Blázquez MJ, Martí R, Sánchez L, Hernández S, Alonso N.

OBJETIVOS
Las encuestas de satisfacción constituyen el principal método para evaluar la satisfacción de nuestros pacientes. Con la mejora del porcentaje de participación se logrará una medida de satisfacción que reflejará de manera más aproximada la satisfacción del paciente con nuestros servicios. La mejora tiene el objetivo de lograr un porcentaje de participación superior al 5%.

MÉTODO
1) Creación de un grupo de trabajo que trabaje en aportar ideas que mejoren el porcentaje de participación (PP) en las encuestas de los pacientes. Fijar miembros, nombrar al líder del equipo y establecer la metodología de las reuniones. 2) Aprobación de la propuesta final aportada por el grupo de trabajo, que consiste en una batería de medidas: a) comunicar a los pacientes las mejoras implantadas gracias a su participación, b) rediseñar el modelo de encuesta, c) cambio del método de entrega de encuestas en función del tipo de encuesta: encuesta de ambulatorio: fijar un día semanal de entrega de encuestas desde todas las unidades o consultas a todos los pacientes que acuden; encuesta de paciente ingresado: fijar un punto de entrega y un punto de recogida de encuestas (instalación de buzones de sugerencias); motivar al personal para que incentive la participación, por ejemplo comunicando a las personas que entregan el aumento de participación que se obtiene gracias a su aportación. 3) Puesta en marcha de la mejora. 4) Medición de resultados.

RESULTADOS
Aumento de la participación en encuestas de pacientes ambulatorios en el primer trimestre de toma de medidas del 2% al 7%. Aumento de la participación en encuestas de pacientes ingresados en el primer trimestre de toma de medidas del 3% al 5%.

CONCLUSIÓN
Las acciones emprendidas están teniendo los primeros resultados con éxito. La medida a alcanzar ha sido lograda a los tres meses de implantada la mejora.

Contacto: Rita Martí Usón - rmarti.ghq@quiron.es

P-184 EFECTOS ADVERSOS DE LOS TRATAMIENTOS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PADRES

Autores: Mira JJ, Pérez-Jover V, Tomás O, Guilabert M, Nebot C, Galán A.

OBJETIVOS
Determinar la frecuencia con que los padres de niños en tratamiento por pediatras informan de efectos adversos (EA) asociados a la medicación y analizar relaciones entre frecuencia de EA informados por los padres y tiempo de consulta, capacidad de comunicación del pediatra e información.

MÉTODO
8.282 padres encuestados. Los padres respondieron si sus hijos habían tenido algún EA con el tratamiento que hubiera motivado una segunda visita al pediatra y valoraron la atención, información y valoración global de la atención pediátrica. Adicionalmente, se solicitó información sobre el tiempo de consulta, si fue informado de posibles efectos secundarios de la medicación y posibles complicaciones y si cambiaba con frecuencia el pediatra que les atendía. Estadísticos utilizados: chi cuadrado y regresión logística.

RESULTADOS
Frecuencia de EA informados por los padres del 14,8% (1.223/7.059 casos), sin diferencias debidas al sexo del niño (chi cuadrado = 0,71; p = 0,40). En menores de 2 años (16,4%) y de 5 años (17,2%) coincidieron mayores tasas de EA (chi cuadrado = 30,27; p < 0,0001). Los informantes menores de 20 años (28,1%) y de más de 50 (19,5%) refirieron mayores tasas de EA (chi cuadrado = 22,81; p < 0,0001). Los padres sin estudios (18,9%) o con estudios primarios (16,1%) informaron con mayor frecuencia de EA (chi cuadrado = 20,12; p < 0,0001). Con una duración de consulta inferior a 5 minutos (19,6%) o superior a los 15 minuntos (17,6%), coinciden mayores tasas de EA informados por los padres (chi cuadrado = 49,15; p < 0,0001). Cuando cambia con frecuencia el pediatra, la tasa de EA se incrementa de forma significativa hasta un 27% (chi cuadrado = 223,73; p < 0,0001). Los padres que consideran que han contado con tiempo suficiente en consulta para explicar al pediatra lo que le pasa a su hijo informaron de una menor tasa de EA (12,8 *vs*. 36,3%; chi cuadrado = 238,95; p < 0,0001). Los padres que reconocen haber sido informados de posibles complicaciones del tratamiento y precauciones a adoptar informan de una menor tasa de EA (12,5 *vs*. 32,3%; chi cuadrado = 238,69; p < 0,0001). La tasa de EA informados por los padres se relacionó con la satisfacción, y a una mayor tasa de EA le correspondió una menor satisfacción de los padres (OR 1,74; IC 95%, 1,53-1,99; p < 0,0001).

CONCLUSIONES
La frecuencia de EA se asocia a la insatisfacción del paciente. Inadecuada información, cambio frecuente de pediatra, insuficiente tiempo de consulta o padres jóvenes y con escasa formación aparecen asociados a una mayor frecuencia de EA en AP.

Contacto: M Virtudes Pérez Jover - v.perez@umh.es

P-185 TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DE DÍA. EL GRUPO DE PREINGRESO COMO FACILITADOR DE LA VINCULACIÓN

Autores: Otín JM, Martí A, Fernández M, Dalmau N, Ortín A.

El hospital de día (HD) se ha confirmado como una estructura asistencial altamente eficaz y eficiente en el tratamiento de la esquizofrenia. Las distintas fases sintomáticas y clínicas de este síndrome (prodromos, eclosión, crisis, recidivas, cronicidad, interrelación con el entorno, fortaleza y fragilidad de los cuidadores, etc.) precisan de un abordaje pluridisciplinar y necesariamente coordinado para mantener la coherencia y continuidad asistencial. La indicación de ingresar en un hospital de día debe ir acompañada de la voluntariedad del paciente, del apoyo de la familia o cuidadores, de las expectativas de mejoría de los profesionales y de una situación clínica que permita la asistencia diaria en un mínimo de riesgo asumible. Durante los años de andadura del HD se han trabajado con especial cuidado los aspectos de vinculación del paciente para facilitar que pueda recibir el tratamiento adecuado. El momento del ingreso es especialmente difícil en estos pacientes, en ocasiones por la sintomatología, en ocasiones por la vivencia previa de un ingreso involuntario, por la ausencia de *insigth*, etc. Desde hace años venimos utilizando un grupo de preingreso como herramienta de facilitación de la vinculación al programa terapéutico. La impresión subjetiva es de eficacia y utilidad para el programa de atención a la esquizofrenia en el HD, y por lo tanto se trata de un elemento de calidad en el tratamiento de estos pacientes. Se diseña un trabajo de evaluación del programa sobre la base de dos premisas subjetivas: 1) facilita la vinculación al programa terapéutico y 2) disminuye las ansiedades paranoides y la reticencia al ingreso. Evaluamos la muestra de pacientes derivados, evaluados e ingresados durante un año y el impacto del grupo de preingreso en el resultado. Evaluamos durante un periodo de tres meses la muestra de pacientes derivados al HD para ingresar según los mismos parámetros anteriores y solicitamos la valoración subjetiva del usuario a fin de contrastarla con la impresión subjetiva del equipo asistencial.

Contacto: José M. Otín Grasa - jmotin@cpbssm.org

P-186 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA. EL BARÓMETRO DE CALIDAD

Autores: Herrero-Heredero R, Darpón-Sierra J, Mezkorta-Etxaurren K, Urrutia-Johansson I, Ibáñez-Zubiarrain A, Ruiz-Ruiz J.

OBJETIVOS
El Hospital de Basurto, en su encuesta anual a los pacientes hospitalizados, evalúa la estructura física. Dentro de esta se evalúan la calidad y la variedad de la comida. Los resultados no han sido bajos (se han obtenido un 91% y 94% que valoran positivamente estos ítems), si bien es verdad que han sido unos de los más bajos y su objetivo no se ha alcanzado (nos habíamos fijado unos objetivos del 95% para ambos ítems). Por ello, se ha visto la necesidad de evaluar de forma directa y objetiva la percepción que tienen los usuarios del servicio, estudiar y, en su caso, proponer o aplicar las medidas necesarias para localizar áreas de mejora.

MÉTODO
El método ha sido la encuesta aleatoria dirigida a los pacientes hospitalizados. Se ha seleccionado una muestra de 300 pacientes realizada en junio de 2006. El cuestionario constaba de 13 preguntas cerradas en las que se analizan factores como: cantidad, temperatura, variedad, dieta, hábitos alimentarios, preferencias en primer y segundo platos, información sobre características de la dieta y evaluación global del servicio. Han contestado a la encuesta el 69,33% de los pacientes.

RESULTADOS
A la vista del análisis de los resultados respecto al servicio, la calidad de la comida es calificada como muy buena o buena por el 90% de los pacientes, el sabor y la condimentación es calificado por el 72% como bueno o muy bueno y la limpieza y la presentación alcanzan valores del 99% y el 97%, respectivamente. Con respecto a la cantidad servida, el 96% de los pacientes piensan que es suficiente en las comidas y cenas, y disminuye su valoración en los desayunos y meriendas, que alcanzan valores del 91% y el 86%, respectivamente. En cuanto a la temperatura, todas las comidas alcanzan valores superiores al 93%. La variedad de la comida es uno de los ítems peor valorados y se comporta de igual forma que en el análisis de la cantidad, es decir, se valora poco la variedad del desayuno (77%) y de la merienda (82%) y el resto superan el 93%.

CONCLUSIONES
La realización de una encuesta de este estilo nos ha permitido segmentar por tipo de ingesta, lo que nos ha permitido localizar áreas de mejora en estos ítems: sabor y condimentación y cantidad y variedad en las ingestas del desayuno y merienda. Por ello, se ha establecido un plan de acción encaminado a mantener la tendencia de mejora de los dos aspectos anteriormente mencionados, siempre que no exista incompatibilidad con la dieta prescrita.

Contacto: Rafael Herrero Heredero - rafael.herreroheredero@osakidetza.net

P-187 SITUACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD EN UN ÁREA SANITARIA

Autores: De Dios del Valle R, Gutiérrez Martínez J, Huerta Díaz J, Turienzo Santos E, Pita Babio M, Fernández Santamarina AB.

OBJETIVO
Conocer los conocimientos, comportamientos y valoraciones del personal sanitario de atención primaria y atención especializada sobre la confidencialidad.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal. Encuesta anónima autoadministrada de 21 preguntas que valoran conocimientos, comportamientos y valoraciones sobre la confidencialidad. Se envía a todos los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud de un área sanitaria y de su hospital de referencia. Se registran variables sociodemográficas.

RESULTADOS
169 encuestas (tasa de respuesta: 57,1%). Edad media: 42,44% (DE: 7,5). El 58,6% pertenecen al hospital, el 69,2% son mujeres y un 56,2% son profesionales de enfermería. Respecto a los conocimientos, solo existen diferencias significativas en el conocimiento de la Ley 41/2002, y en atención primaria (AP) conocen el contenido el 11,4%, frente al 1% en el hospital (AE) ($p < 0,001$). En los comportamientos se producen diferencias significativas en todos los ítems encuestados. Así, los profesionales de AP preguntarían sobre el estado de salud de un amigo por iniciativa propia a un compañero en el 35,7%, frente al 51,5% en AE (p: 0,045). La información se da en lugar reservado en un 64,3% en AP, frente al 10,1% en AE ($p < 0,001$). Nunca se habla de casos en controles o unidades administrativas en el 54,3% en AP, frente al 18,4% en AE ($p < 0,001$). Al presentar una sesión, siempre ocultan los datos del paciente en un 91,4% en AP, frente al 59,8% en AE ($p < 0,001$). El 2,9% de los profesionales de AP piensan que se trata mal o muy mal la confidencialidad en su centro, frente al 31,3% de los de AE ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES
No existen diferencias en los conocimientos, pero en la práctica diaria los profesionales de atención primaria presentan un comportamiento más respetuoso con la confidencialidad de los pacientes.

Contacto: Ricardo de Dios del Valle - ricardo.dedios@sespa.princast.es

P-188 MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Autor: Martín-Perles R.

La adecuada integración de la calidad técnica y percibida es uno de los elementos de mayor valor en la definición de servicios. Las empresas proveedoras del servicio de transporte sanitario deben disponer de procedimientos de evaluación que les permitan integrar en sus procedimientos de trabajos la voz de sus diferentes clientes. En este sentido, Servicios Sociosanitarios Generales ha definido e incorporado en sus esquemas de gestión un modelo de evaluación para conocer la calidad percibida de su servicio de transporte sanitario, orientado a la adopción de medidas de mejora en función de los resultados obtenidos. De esta forma, el proceso se estructura en las siguientes fases: 1) Evaluación simultánea de la calidad percibida para los segmentos de clientes establecidos: pacientes por motivos de traslado (entrevista telefónica sobre muestra estratificada y aleatoria), responsables asistenciales (cuestionario autocumplimentable: cumplimiento de compromisos, colaboración y servicialidad, profesionalidad, accesibilidad, empatía, apariencia, imagen y satisfacción global) y cliente financiador (entrevista semiestructurada: relación con el jefe del servicio de transporte sanitario, cumplimiento de las condiciones del contrato, gestión de incidencias, áreas de mejora, elementos de insatisfacción, indicador centinela y otras consideraciones de interés). 2) Análisis de información, ponderación de variables, obtención del índice global de satisfacción y elaboración del informe preliminar. 3) Presentación y análisis del informe preliminar con el jefe del servicio de transporte sanitario y con el cliente financiador. 4) Elaboración y aprobación, por parte del jefe del servicio de transporte sanitario y del cliente financiador, del Plan de Mejora. Firma del documento de mejora anual. 5) Establecimiento de los mecanismos y cronograma de seguimiento de los mismos. 6) Evaluación anual de seguimiento de la calidad percibida y cumplimiento del documento de mejora anual. 7) Retribución variable del jefe del servicio de transporte sanitario en función de los objetivos alcanzados. Resultados: se ha logrado identificar la percepción de los diferentes segmentos de clientes respecto a las dimensiones de la calidad percibida seleccionados.

CONCLUSIONES
Disponer de un sistema que permita conocer la percepción de los diferentes clientes con respecto al servicio recibido permite introducir planes de mejora concretos y operativos orientados a las necesidades y expectativas de los clientes externos.

Contacto: Rafael Martín Perles - rafaelmp@atriaservicios.com

P-189 OPORTUNIDADES DE MEJORA SUGERIDAS POR LOS PACIENTES A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CALIDAD PERCIBIDA

Autores: Nieto P, Bermúdez R, Mas A, Ramón T, Calle J, Gomis R.

OBJETIVO
Recoger las sugerencias de los pacientes incluidas en el cuestionario EMCA de valoración de calidad percibida y satisfacción con la atención recibida en hospitales y centros de atención primaria en el año 2006.

MÉTODO
Unidad de estudio: pregunta abierta "Según su experiencia, si tuviera usted que elegir una sola cosa que el hospital/centro de salud debería mejorar, ¿qué elegiría?", incluida en cada uno de los 6.686 cuestionarios EMCA cumplimentados por una muestra de pacientes atendidos en los hospitales y centros de salud del Servicio Murciano de Salud, en cuatro semanas, una por trimestre, del año 2006.

RESULTADOS
Atención hospitalaria. Servicios quirúrgicos: Cuestionarios analizados, 814. Tasa de respuesta a la pregunta, 63,3%. Seleccionan como única cosa a mejorar: habitaciones individuales (6,79%); la comida (5,63%); la limpieza (5,63%); ampliación y/o mejora de las instalaciones (5,24%); trato del personal más humano, más amable (4,66%). Servicios médicos: Cuestionarios analizados, 688. Tasa de respuesta a la pregunta, 71,1%. Escogen prioritariamente para mejorar: la comida (7,56%); la limpieza (6,54%); habitaciones individuales (5,93%); trato del personal más humano, más amable (4,29%); ampliación y/o mejora de las instalaciones (4,08%). Obstetricia. Partos: Cuestionarios analizados, 391. Tasa de respuesta a la pregunta, 82,3%. Eligen para mejorar: trato del personal (en general) más humano, más amable (9,62%); ampliación y/o mejora de las instalaciones (9,31%); información (más amplia, más exhaustiva) (5,27%); la limpieza (5,27%); trato del personal de enfermería (4,65%). Atención primaria: Cuestionarios analizados, 4.793. Tasa de respuesta, 69,5%. Escogen cómo única cosa a mejorar: excesivo tiempo de espera para entrar en la consulta (8,43%); excesivo tiempo entre petición de cita y consulta (6,30%); ampliación y/o mejora de las instalaciones (5,31%); trato del personal del área de administración (4,95%); atención telefónica (4,59%).

CONCLUSIONES
A pesar de que contestar una pregunta abierta requiere por parte del encuestado un pensamiento más profundo y analítico, las tasas de respuesta obtenidas son muy elevadas, lo que sugiere la necesidad de manifestar con sus propias palabras sus opiniones. Estas preguntas nos permiten identificar oportunidades de mejora no previstas y/o refuerzan las ya manifestadas, orientando sobre la priorización de las actividades a realizar en los planes de mejora.

Contacto: Adelia Mas Castillo - adelia.mas@carm.es

P-190 EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL PROCESO DE TRANSFUSIÓN: ¿ESTÁN REALMENTE INFORMADOS LOS PACIENTES?

Autores: Alcalde G, Pereda A, Pujana I, Intxausti E, Achaerandio A, 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 revisar el proceso de información de la transfusión.

METODOLOGÍA
Se seleccionó una muestra de pacientes transfundidos en el hospital de enero a marzo de 2007. Se excluyeron los pacientes incapaces de responder y aquellos cuyo acompañante no era al que se había informado sobre la transfusión. Se diseñó un cuestionario dirigido a valorar la información que se había suministrado sobre el proceso de transfusión, además de comprobarse en la historia si había consentimiento informado (CI) escrito.

RESULTADOS
Se realizaron 20 encuestas. La valoración global de la información recibida sobre la transfusión fue: regular o mala (27%), buena (27%), muy buena (27%) y excelente (16%). Un 47% respondió que no había recibido información sobre los riesgos de la transfusión. En los casos en que hubo información, la mayor parte fue escrita (60%) y el resto oral. En la mitad de los casos, la información fue suministrada por el médico, y en el resto por personal de enfermería (23%) o "no sabía" (23%). La mitad de las personas valoró de forma negativa la información suministrada sobre las posibles reacciones transfusionales (mala o regular), y estos pacientes carecían en su mayor parte de consentimiento informado escrito. El 90% de los pacientes consideró que se encontraba mejor después de la transfusión y un 10% respondió que igual. Del total de pacientes, tan solo un 33% tenían CI escrito en la historia, una proporción similar a la de evaluaciones previas. Sin embargo, la valoración global de la información en los pacientes con CI escrito (3,2) no fue muy diferente de la de los pacientes sin CI escrito (3,08). Los pacientes que declararon haber otorgado un CI oral (26%) tuvieron una valoración global incluso más elevada (3,6) que los pacientes que declararon un CI escrito (3,5) (31%).

CONCLUSIONES
La implantación del CI del proceso de transfusión está aún por detrás de las normas legales, tanto por la obligación de informar como por saber quién suministra la información. La información presenta una peor valoración en las encuestas de satisfacción en comparación con otros apartados de la asistencia. La mejor valoración del proceso de información corresponde a los pacientes a los que se realizó la transfusión previo CI, y la mejor valoración correspondió a los de CI oral, incluso por encima de los casos en que el CI fue escrito.

Contacto: Guillermo Alcalde Bezhold - guillerno.alcaldebezhold@osakidetza.net

P-191 CALIDAD PERCIBIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS POR GÉNERO

Autores: Lombraña M, Arrizabalaga P, Izquierdo L, Santiñá M.

INTRODUCCIÓN
La calidad asistencial es un factor fundamental para definir un buen servicio. La calidad en la estancia hospitalaria refleja el grado de satisfacción de las necesidades y aspiraciones del enfermo, tanto las reales como las percibidas, y se dedica a su asistencia un consumo óptimo de los recursos asistenciales disponibles.

OBJETIVO
Analizar la influencia de la calidad asistencial extrínseca o percibida de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva del género.

MATERIAL Y MÉTODO
Análisis descriptivo transversal retrospectivo de 2.714 encuestas a los usuarios ingresados durante los meses de octubre y noviembre durante el periodo de 2003 a 2005. La muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 3,41. El análisis estadístico de variables cuantitativas se realizó con el test de la t de Student-Fisher y las variables cualitativas con la prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS
Del total de 2.714 encuestados, el 44,7% fueron hombres de 55 ± 17,3 años, y el 53,3% mujeres de 48 ± 18,4 años. El 68% residían en la ciudad de Barcelona. El 36% tenían un nivel de estudios primarios, el 18% un nivel de formación profesional y el 22% un nivel universitario. El 58% de los pacientes ingresados procedían de urgencias. Los hombres se consideraron mejor informados que las mujeres sobre las normas de hospitalización ($p < 0,0001$), y conocían más el nombre del médico/a ($p < 0,0001$) y de la enfermera de cualquiera de los turnos de mañana, tarde y noche. Las mujeres se consideraron mejor informadas que los hombres acerca de su enfermedad ($p < 0,05$) y de las pruebas. Los aspectos relativos al confort (habitación, limpieza, silencio) y la hostelería mostraron diferencias entre ambos sexos. No hubo diferencia en cuanto a elección del mismo centro en el futuro.

CONCLUSIONES
Dependiendo de la categoría del género, se perciben distintos aspectos que configuran la calidad asistencial. El género no solo condiciona dicha percepción, sino que debería ser un factor a tener en cuenta en sistemas organizativos orientados a la satisfacción de las necesidades del paciente.

Contacto: María Lombraña Mencia - lombrana@clinic.ub.es

P-192 DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Nieto P, Mas A, Joseba J, Ramón T, Parra P, Bermúdez R.

OBJETIVO
Determinar los principales factores relacionados con los niveles de satisfacción en atención primaria de salud.

MÉTODO
Estudio observacional transversal de la satisfacción global de los usuarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) mediante una encuesta de satisfacción. La información analizada es la suministrada en 4.964 cuestionarios EMCA (encuesta de valoración de la calidad percibida y satisfacción con los servicios de salud), enviados por correo a la población usuaria con una edad igual o superior a 14 años, de una muestra aleatoria simple (n = 15.226) de la población atendida (n = 110.799) en los centros de salud del SMS durante una semana de cada uno de los trimestres del año 2006. La variable de resultado es la satisfacción global, y las variables de estudio son la edad, sexo, nivel de estudios, estado de salud, competencia profesional y trato del personal del centro. Se han considerado pacientes satisfechos aquellos cuya valoración fue 8 o más sobre un máximo de 10.

RESULTADOS
Satisfacción global media: 7,40. Perfil de la población usuaria: mujeres, mayores de 64 años, sin estudios o con estudios primarios y con un estado de salud regular. Perfil de la población insatisfecha: mujeres, jóvenes de 14 a 24 años ($p < 0,001$), con un nivel de estudios medios ($p < 0,001$) y un estado de salud regular, malo o muy malo ($p < 0,001$). Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre la percepción de la profesionalidad del personal por parte del encuestado y su estado de satisfacción, de manera que una valoración de la profesionalidad buena o muy buena está relacionada con mayores niveles de satisfacción. La misma relación se observa con respecto a la percepción del trato recibido.

CONCLUSIONES
El análisis de los datos confirma, tal como era de esperar, que son las mujeres jóvenes, con un nivel de estudios medio y con mal estado de salud, las que presentan un mayor grado de insatisfacción con la asistencia en atención primaria. Los mejores niveles de trato y profesionalidad están asociados con mayores niveles de satisfacción. Esta información debería contemplarse a la hora de realizar comparaciones entre áreas de salud, regiones o países, y por supuesto a la hora de priorizar las intervenciones dirigidas a la mejora de la satisfacción de los usuarios.

Contacto: Pilar Nieto Martínez -pilar.nieto@carm.es

P-193 "INCALIDAD" DEL ENTORNO TERAPÉUTICO: PRÁCTICAS SANITARIAS QUE PUEDEN COMPROMETER EL ROL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: Arantón L, Rumbo JM, Martínez ML, Facio A, Poza A, Fraga ML.

INTRODUCCIÓN
La participación del usuario y el protagonismo de los pacientes en los cuidados son una de las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) para favorecer entornos terapéuticos de calidad.

OBJETIVO
Determinar qué practicas sanitarias pueden considerarse potencialmente negativas (indicadores de incalidad/no calidad) para crear un entorno terapéutico que facilite el bienestar y autocuidado del paciente hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS
Revisión bibliográfica y creación de un equipo de mejora tipo QIT (Quality Improvent Team), que tras un estudio observacional en unidades de hospitalización analiza las distintas fases del proceso asistencial e identifica y establece (por consenso dentro del grupo nominal) 10 situaciones asistenciales con riesgo de ser consideradas generadoras de incalidad.

RESULTADOS
El equipo de mejora QIT, multidisciplinar, integrado por personal asistencial y de gestión, aplicando diversas herramientas metodológicas propias del área de gestión de calidad (*brain-storming*, técnica nominal de grupo, parrilla de priorización, etc.) identifica 10 situaciones que pueden generar insatisfacción y/o comprometer la seguridad del paciente: 1) Dirigirse al paciente sin identificarse. 2) Identificar al paciente por el número de habitación o cama. 3) Trasladar o movilizar al paciente sin las oportunas justificaciones terapéuticas. 4) Administrar tratamientos o cuidados sin aclarar posibles riesgos o efectos secundarios o sin solicitar consentimiento informado. 5) Realizar actividades de suplencia (higiene, alimentación, etc.) en lugar de actividades de ayuda o acompañamiento que favorezcan su autonomía. 6) No promover actividades ocupacionales, terapéuticas o de ocio que puedan repercutir en su mejoría de salud. 7) Ocultar, restringir o limitar la información al paciente (glucemias, tensión arterial, temperatura, evolución, etc.). 8) Usar lenguaje técnico en la relación con el paciente. 9) Comentar, ignorando la presencia del paciente, aspectos o temas que no conciernen a su estado de salud. 10) No hacer partícipe a las familias de las actividades de cuidados (autonomía).

CONCLUSIONES
Solo evidenciando los problemas estaremos en disposición de corregirlos; en este estudio hemos identificado prácticas profesionales potencialmente negativas para la satisfacción y bienestar del paciente. Se precisarían otros estudios más específicos para estimar el riesgo estadístico concreto de cada situación y sus consecuencias reales para poder así establecer las medidas preventivas y correctoras necesarias.

Contacto: Luis Arantón Areosa - luis.aranton.areosa@sergas.es

Mesa 13

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD 2

P-194 - P-209

P-194 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE PACIENTES ALÉRGICOS EN RELACIÓN CON EL PASO DEL TIEMPO

Autores: Maiquez-Mojica V, Martínez-Medina E, Navarro-Jiménez I, Góngora-Hervás J, Robles-Vicente M, Carrillo-Izquierdo MD.

INTRODUCCIÓN
La alergia a medicamentos es una reacción producida por la toma de un producto que no responde a los efectos farmacológicos del mismo, que es impredecible y que se reproduce con pequeñas cantidades del mismo. La alergia a medicamentos constituye actualmente uno de los problemas serios que se plantean en la actividad asistencial. Por lo tanto, es necesario extremar las precauciones y tomar las medidas necesarias para prevenir este tipo de accidentes.

OBJETIVO
Estudiar la incidencia de pacientes alérgicos, averiguando el fármaco más frecuente de las alergias, y valorar la relación de ser alérgico con el género. Comparar la incidencia de pacientes alérgicos en relación en el tiempo.

MÉTODO
Se toman muestras de pacientes quirúrgicos cuya intervención requiere ingreso. En la valoración preoperatorio existe un apartado dedicado a las alergias o posibles reacciones alérgicas. Para la comparativa en el tiempo, se utiliza una muestra del año 2006 y otra del 2007; más concretamente, de todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso en los meses de febrero de ambos años.

RESULTADOS
En el año 2006 obtenemos una muestra de 108 pacientes, de los cuales el 14,8% sufren algún tipo de alergia. De los pacientes alérgicos, el 16,12% son mujeres y el 10,86% son hombres. Entre los fármacos que con mayor frecuencia han producido reacciones adversas, cabe destacar la penicilina y el ácido acetilsalicílico. En el año 2007 se obtiene una muestra de 146 pacientes intervenidos en el mes de febrero. El 20,5% de la muestra resultó ser alérgica, y apenas hay diferencias en relación con el género. Entre los fármacos citados por los pacientes como causa de su alergia, aparecen de nuevo la penicilina y el ácido acetilsalicílico y se añaden las pirazolonas.

CONCLUSIONES
No existe relación entre el índice de alergias y el género. Se observa un aumento del número de pacientes alérgicos en el transcurso de un año. Dentro de nuestra muestra, la penicilina es el fármaco que más alergias produce.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-195 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA UFISS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: Cros C, Piñol N, Ramos G, García P, Jara S, De Febrer G.

INTRODUCCIÓN
La UFISS de Geriatría realiza diversas funciones, principalmente la valoración de pacientes geriátricos ingresados en el hospital de agudos y la gestión de casos para agilizar el mejor recurso al alta. Se debe mantener una relación constante con los diferentes servicios asistenciales para adecuar la coordinación y mejorar la proactividad. Durante el año 2006 se recibieron 529 consultas (MI239, COT 150, CIR 78). Tiempo de repuesta de la consulta: 2 días. Tiempo de resolución del caso: 3-4 días.

OBJETIVOS
Conocer el grado de satisfacción de los diferentes servicios asistenciales hospitalarios respecto a la UFISS de Geriatría.

METODOLOGÍA
1) Confección, diseño y validación de una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los diferentes servicios asistenciales del hospital de referencia. Respuesta gradual analógica: 1 poco satisfactorio - 5 muy satisfactorio. 2) Realización de la encuesta durante el año 2006. 3) Análisis de resultados y propuestas de mejora.

RESULTADOS
1) Participación de 35 profesionales de los diferentes servicios asistenciales (Medicina Interna, COT y Cirugía). 2) ¿Conoces el recurso de la UFISS? Respuestas: 1-2, R: 2-3, R: 3-12, R: 4-7, R: 5-12. 3) ¿Has derivado algún caso a la UFISS de Geriatría? R: 1-1, R: 2-3, R: 3-5, R: 4-9, R: 5-16. 4) ¿Te han resuelto la situación? R: 1-0, R: 2-2, R: 3-3, R: 4-13, R: 5-16. 5) ¿Crees que el tiempo des de que hiciste la consulta hasta que se valora el caso es aceptable? R: 1-0, R: 2-5, R: 3-8, R: 4-12, R: 5-9. 6) ¿Crees que la UFISS de Geriatría indica y utiliza correctamente los recursos externos del hospital? R: 1-0, R: 2-0, R: 3-8, R: 4-17, R: 5-8. 7) En las diferentes preguntas realizadas hay una buena valoración de las respuestas. En cuanto al conocimiento de la UFISS, hay algunos profesionales que refieren desconocerla. La pregunta con menor aceptación hace referencia al tiempo de respuesta de las consultas, que es globalmente positivo.

CONCLUSIONES
1) La UFISS de Geriatría presenta un buen grado de aceptación. 2) Creemos que es necesario realizar de forma periódica dicha encuesta de satisfacción con las modificaciones oportunas. 3) La encuesta nos permite proponer las siguientes acciones de mejora: realizar sesiones informativas en los diferentes servicios asistenciales dirigidos a los profesionales de nueva incorporación respecto a las funciones de la UFISS de Geriatría. 4) Es conveniente registrar y difundir los tiempos en que se realiza la valoración y se resuelve el caso para mejorar la sensación subjetiva del profesional.

Contacto: Gabriel de Febrer Martínez - gdefebrer@grupsagessa.com

P-196 EL IMPACTO QUE PRODUCEN EN LA ACCESIBILIDAD LOS HIPERFRECUENTADORES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Apiñaniz-Fernández de Larrinoa A, Viñegra-García G, Quintas-Díez J, Elexpuru-Markaida J, Bacigalupe-Artacho M.

OBJETIVOS
El objetivo principal es identificar a los pacientes que hiperfrecuentan un servicio de urgencias hospitalarias y definir sus características. Los objetivos secundarios son la correlación de estos con la accesibilidad.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo que se desarrolla en el Hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz. En la muestra se incluyen los pacientes que acudieron al servicio de urgencias 12 o más veces durante el año 2006. Mediante las bases de datos electrónicas, Clinic y Pch, se recogen los datos desagregados por sexo, edad, patología y numero de ingresos. Por otra parte, se obtienen datos cuantitativos y cualitativos, como el tiempo consumido en urgencias, grado de gravedad, índice de abandonos y fugas, interconsultas, diagnóstico al alta tras ingreso, pruebas complementarias y derivaciones desde atención primaria.

RESULTADOS
El 2,6% de las visitas a urgencias fueron originadas por hiperfrecuentadores (66 pacientes), ya que acudieron 12 o más veces al servicio de urgencias en 2006. Los hombres (65%) fueron más hiperfrecuentadores que las mujeres (35%). La edad media se situó en torno a los 50 años. Los pacientes con patología psiquiátrica (37%) tuvieron mayor tendencia a utilizar el servicio. También acudieron frecuentemente los paciente con intoxicación etílica (10%), patología osteoarticular (8%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8%), enfermedades neurológicas (8%) y catarro de vías altas en pacientes pediátricos (8%). Del total de visitas a urgencias generadas, el 10% originaron un ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES
La saturación de los servicios de urgencia y la tendencia a la inadecuada utilización tiene correlación directa con factores como la accesibilidad (el caso que nos ocupa está ubicado en el centro urbano), el funcionamiento de la atención primaria y especializada y la coordinación interniveles. Está en discusión la definición del paciente hiperfrecuentador y en qué medida tiene repercusión sobre la accesibilidad, los profesionales sanitarios y el equilibrio de recursos del sistema.

Contacto: Antxon Apiñaniz Fernández de Larrinoa - a-apinaniz@ej-gv.es

P-197 ESTUDIO COMPARATIVO 2005/2006: ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA EN LA PETICIÓN DE CITA MÉDICA EN LOS EAP DEL ÁREA 1 DE MADRID

Autor: Amaro Granado J.

OBJETIVO
Evaluar el impacto de las acciones de mejora puestas en marcha sobre accesibilidad del usuario en la petición telefónica de asistencia sanitaria (cita en consulta) de facultativo en 2006 con respecto a 2005 en los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Área 1 de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal realizado en 2005 y 2006. La población a estudio son 28 EAP del Área 1 urbanos. El tamaño muestral es de 210 solicitudes de cita por cada EAP (alfa 5%, precisión 6%). La selección de los usuarios se realiza mediante muestreo aleatorio sistemático del total de usuarios adscritos al EAP. Recogida de información: entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI), con entrevistadoras adiestradas. Variables de estudio: llamada fallida (5 intentos fallidos), llamada efectiva, petición de cita. Análisis comparativo de resultados de los estudios de 2005 y 2006.

RESULTADOS
Área: intentos de cita realizados: 6.145 en 2005 y 6.160 en 2006; llamadas fallidas (no contactamos): 8,7% en 2005 y 8,6% en 2006; llamada efectiva: 91,3% en 2005 y 91,4 en 2006; no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Obtenemos cita en 24 h: 83,7% en 2005 y 81,4% en 2006, con un empeoramiento en 2006 respecto a 2005 ($p < 0,05$). Datos por centro: llamada efectiva (conectamos): en 4 EAP (14,3%) se han producido mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,05$); en 3 EAP (10,7%) se ha empeorado ($p< 0,05$), en 14 EAP (50%) se producen resultados mejores en 2006 que en 2005, aunque sin diferencias significativas. Cita en 24 horas: los resultados de 2006 mejoran los de 2005 en 13 EAP (46,4%), aunque solo en tres (10,7%) la mejoría es significativa ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES
1) En el conjunto del área, la facilidad para conectar telefónicamente con el centro se mantiene igual en los dos años. 2) En la comparación por centros observamos que entre el 10,7% y el 14,3% de los centros ha mejorado, con mejoras significativas, y que en casi la mitad de los centros se producen mejores resultados en 2006 que en 2005, aunque esta mejora no llega a ser significativa. 3) En el CS Arganda del Rey, la medida de mejora fue la instalación de un sistema de citación automático por reconociendo de voz. En este centro la mejora de los resultados de 2006 respecto a 2005 fue realmente espectacular. Se ha pasado del 64,8% al 95,0% en los resultados que miden la facilidad de conectar con el centro y del 53,7% al 77,3% en los resultados de obtención de cita en las 24 horas posteriores a la petición.

Contacto: Javier Amaro Granado - jamaro.gapm01@salud.madrid.org

P-198 PLAN PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE CITAS

Autores: Vázquez Jiménez MM, Barranco Pérez J, Ruiz Romero JA, Pérez Rielo A.

OBJETIVOS
1) Disminuir la presencia del paciente en las instalaciones de la Gestoría de Usuarios para la tramitación de la cita. 2) Disminuir el tiempo de permanencia del paciente "en cola" para la obtención de la cita. 3) Mejorar la confortabilidad y privacidad de las instalaciones de Gestoría de Usuarios. 4) Disminuir el tiempo de espera del paciente hasta la comunicación de la fecha de cita.

MATERIAL Y MÉTODOS
Mediante una técnica de grupo, compuesto este por trabajadores del hospital de cada una de las áreas que podían tener algún tipo de relación con la gestión de las citas (facultativos, enfermeros, auxiliares, administrativos de la Gestoría de Usuarios, celadores, secretarios de planta, etc.), para detectar en primer lugar puntos de mejora y después trazar una serie de planes de acción para desarrollar esas áreas de mejora.

RESULTADOS
Tras las sesiones de trabajo se establecieron 8 planes de acción (cada uno de estos planes se desarrolla con unos objetivos específicos, unas líneas de acción y un cronograma de implantación): 1) Autonomía de los servicios asistenciales en la gestión de la cita. 2) Reorganización del trabajo de la Gestoría de Usuarios. 3) Mantenimiento de agendas. 4) Estabilidad de la fecha de cita. 5) Mejora de la información al paciente. 6) Acogida en consultas. 7) Disponibilidad de la historia clínica en consultas. 8) Gestión de colas en la Gestoría. Posteriormente, para cada uno de los 8 planes se constituyó un equipo de mejora. Se establecieron una serie de acciones específicas, con un cronograma y una propuesta de indicadores para medir el grado de implantación de dichos planes de acción.

CONCLUSIONES
Los diferentes servicios y unidades afectados por los cambios deben recibir la propuesta de nuevas actuaciones de manera integrada como un único proyecto coherente y con una secuencia lógica de implantación y no de manera parcelar y repetitiva, aun cuando estas actuaciones tengan origen en recomendaciones elaboradas por diferentes equipos de mejora.

Contacto: María del Mar Vázquez Jiménez -mariam.vazquez.sspa@juntadeandalucia.es

P-199 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL A TRAVÉS DE UN ÁREA DE MEJORA DE EFQM

Autores: Mejón R, Martí-Valls J, Agudo C, Torres MJ, Gómez J, Carbonell JM.

OBJETIVOS
Regular y mejorar el acceso de los pacientes ambulatorios en un hospital de tercer nivel teniendo en cuenta sus necesidades y la eficiencia de los recursos. Mejorar el sistema de citación para hacerlo más operativo y funcional aplicando un sistema de ventanilla única (polivalencia y autosuficiencia en todos los puntos de atención al usuario) y diseñar un sistema de multiprogramación (concretar las citaciones en los mínimos contactos y con la menor demora posible).

MÉTODOS
A través del Plan de Calidad de EFQM (European Foundation Quality Management) en un hospital de tercer nivel se identificaron 8 acciones de mejora: Definición de patologías y servicios con una demora de más de 30 días. Acordar con atención primaria los criterios de referencia y priorización de los pacientes. Definir circuitos y protocolos de acceso y diseñar mecanismos para gestionar la prioridad de las citas. Desarrollar la ventanilla única y la multiprogramación homogénea de las tres áreas. Promover medidas para dar más capacidad de primeras visitas a las consultas. Revisar la información y mejorar la calidad de la comunicación con el paciente. Dar información a todos los profesionales y formación a todos los que interactúan en las consultas. Informatizar las citas desde atención primaria al hospital y las contrarreferencias.

RESULTADOS
Diseño de un plan de gestión de las listas de espera de consultas para disminuir la demora a menos de 30 días en 17 servicios. Elaboración de protocolos con Atención Primaria que quedan vinculados a los acuerdos de gestión. Inicio de un *call center* en una de las áreas y rediseño de agendas. Diseño de un circuito homogéneo de citación y planes de gestión a los servicios con más demora. Unificación de criterios y un plan de formación para todo el personal administrativo. Incremento del número de primeras visitas con ampliación de horario. Prueba piloto con 5 servicios para informatizar las citas desde Primaria y 1 servicio para pruebas diagnósticas.

CONCLUSIONES
La mejora en la accesibilidad y la simplificación de los trámites internos son consideradas por los pacientes como un incremento de la eficacia. El programa de calidad EFQM es una herramienta útil para identificar y analizar puntos fuertes y áreas de mejora del hospital. Este estudio ha servido para mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales y aumentar la satisfacción de los pacientes clientes.

Contacto: Rosa Mejón Bergés - rmejon@vhebron.net

P-200 REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS DEMORAS DE LAS RUTAS DE MENSAJERÍA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE BASURTO

Autores: Tejada-Halfmann A, Mendoza-Ruiz C, Martínez-Matienzo I, Varela-Soto B, Aguayo-Gredilla FJ, Eguileor-Gurtubai M.

OBJETIVOS
Uno de los factores que influyen en el trabajo del laboratorio es la hora de llegada de las muestras desde los centros de extracción. Analizar las causas de las demoras y fijar objetivos permite mejorar el servicio de transporte y la efectividad de los resultados. En el presente trabajo se diseña un sistema de control horario de mensajería que permite analizar y controlar la llegada de muestras y las eventuales demoras que se produzcan.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se crea una base de datos de Access para registrar los horarios de llegada de las muestras. Se clasifican los orígenes de llegada en Hospitalarios (Hos) y Ambulatorios (Amb) y se establecen los horarios diana. Diariamente se registra la llegada de las diferentes rutas de mensajería y se comparan con los horario diana. Se establecen cinco categorías: excelente (Ex; sin demora); aceptable (Ac; demora < 15 min); retraso ligero (RL; demora 15-30 min); retraso moderado (RM; demora 30-60 min), y retraso grave (RG; demora > 60 min).

RESULTADOS
La distribución de resultados de acuerdo con su demora fue la siguiente: Ex 70%; Ac 18,7%; RL 8,5%; RM 2,5%, y RG 0,4%. Los resultados de las rutas ambulatorias (93% Ex+Ac y 0,4 DG) fueron globalmente algo mejores que las hospitalarias (82% Ex+Ac y 0,3% DG). Dentro de las rutas ambulatorias, la que presentó mejores resultados fue la Amb1 (100% Ex+Ac y 0% DG), mientras que la Amb7 (68% Ex+Ac y 1,9 DG) tuvo las mayores demoras. Dentro de las rutas hospitalarias, la que presentó mejores resultados fue la Hos14 (100% Ex+Ac y 0% DG), mientras que la Hos3 (70% Ex+Ac y 4,1% DG) tuvo las mayores demoras.

CONCLUSIONES
1) La mayor parte de las muestras llegaron sin demora (70% Ex), mientras que solo un 0,4% llegaron con demora grave. 2) La ruta con mejores resultados fue la Amb1 (98% Ex+Ac y 0,2 DG) y la que tuvo mayores demoras fue la Hos3 (70% Ex+Ac y 4 DG). 3) La lejanía física no fue el factor determinante para los retrasos mayores, ya que la ruta más alejada (Amb8) presentó unos excelentes resultados (90% Ex+Ac y 0% DG). 4) A pesar de la cercanía física, las rutas hospitalarias no fueron las que presentaron las menores demoras, y existen resultados con demoras graves. 5) Hay una gran dispersión de resultados dentro de las rutas hospitalarias, oscilando entre el 11,5 del 100% de resultados Ex+Ac y el 4,1 del 0% de DG. 6) El análisis de causas del circuito de mensajería permitirá introducir mejoras que disminuyan las demoras en la llegada de las muestras al laboratorio.

Contacto: Francisco Javier Aguayo Gredilla - pxaguayo@hbas.osakidetza.net

P-201 INFLUENCIA DE LOS RECURSOS SOCIALES Y ACCESIBILIDAD A LA UNIDAD EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON PROCESOS DE SALUD COMPLEJOS

Autores: Espelt-Aluja MP, Plana-Ollé M, Canela-Armengol TM, Rodríguez-Pena M, Forés-Palacios ML, Rodríguez-Fernández M.

JUSTIFICACIÓN
La incorporación de la gestión de casos a la prestación de servicios a las personas en su entorno habitual es de reciente aparición en nuestra demarcación. Desde septiembre 2006, la unidad da respuesta a una población de 326.605 habitantes en un territorio diverso con 2 núcleos de población de aproximadamente 100.000 habitantes y mucha ruralidad, lo que significa dispersión y condiciones estructuradas específicas. Contamos con 2 hospitales de referencia de tercer nivel y 2 hospitales comarcales. La literatura contrastada dice que hasta el 0,5% de la población total se beneficiaría de una mejora en la atención de los servicios de gestión de casos. Pensamos que, en función del grado de institucionalización de un territorio, varían las necesidades de atención por la gestora de casos.

OBJETIVOS
Análisis de recursos sociosanitarios del entorno: identificar a la población objeto de intervención por nuestra unidad en el territorio Tarragona-Reus; disminuir el tiempo de respuesta de las solicitudes mejorando la accesibilidad a la unidad.

METODOLOGÍA
Estudio exploratorio-explicativo. Variables: número de camas sanitarias; número de plazas de residencias; número de plazas de centros de día; número de solicitudes de intervención por la unidad; profesional que solicita intervención; tiempo de respuesta solicitado; tiempo de respuesta efectivo; concordancia entre solicitud inicial y tipo de respuesta final.

RESULTADO
El índice de cobertura en servicios relacionados con la dependencia es 9,98%, y la primera comunidad es Castilla-La Mancha, con un 14,04%, y la última Galicia con un 4,8%. La institucionalización media es del 4,37%. En centros de día ocupamos el primer lugar, con un 0,95%; como dichos centros son de reciente aplicación, estarían sujetos a variaciones importantes en un futuro. Desde el 1/9/2006 al 31/5/2007, en la unidad se han recibido 939 solicitudes, de las que 704 (75%) son de coordinación, pero al realizar el análisis de la situación esta demanda baja a 648 (69%). De las solicitudes recibidas por profesionales, el 39% pide intervención antes de 24 horas y el 61% antes de 48 horas. El tiempo medio de respuesta es: 10 horas hábiles.

CONCLUSIÓN
La proximidad y facilidad para el ingreso en camas sociosanitarias en algunos territorios influye en la utilización de estos recursos por parte de las instituciones sanitarias. En el periodo de incorporación de las gestoras de casos a la continuidad asistencial, consideramos que la alta accesibilidad ha sido un factor decisivo para la utilización de nuestros servicios por parte de las unidades asistenciales, tanto hospitalarias como de primaria.

Contacto: M. Pilar Espelt Aluja - pespelt.tarte.ics@gencat.net

P-202 UTILIZACIÓN DE PÍLDORA POSCOITAL EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE ARAGÓN

Autores: Enríquez-Martín N, Amorín-Calzada MJ, González-Álvarez B, Hernández-Gil E, Abad-Díez JM, Gaspar-Escayola JI.

INTRODUCCIÓN
La prescripción y administración gratuita de la píldora poscoital (PPC) en los centros públicos del Sistema de Salud de Aragón viene regulada por la Orden del Departamento de Salud y Consumo, de 3 de octubre de 2005. El objetivo de esta nueva prestación es reducir el número de embarazos no deseados y abortos, especialmente entre adolescentes y jóvenes, así como mejorar la accesibilidad y adecuación en el uso de este anticonceptivo de emergencia autorizado en España desde 2001.

OBJETIVOS
Se analiza la utilización de PPC en 2006 y la evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en los últimos años en Aragón.

MÉTODOS
La principal fuente de información es el registro de usuarias de PPC del Sistema de Salud de Aragón implantado en octubre de 2005, que contiene la identificación de la usuaria, las fechas de nacimiento y prescripción y el centro dispensador. En Aragón, los centros autorizados son: centros de salud, servicios de urgencias del hospital, puntos de atención continuada y centros de orientación familiar. Otras fuentes: venta en farmacias y registro de IVE de Aragón.

RESULTADOS
En 2006 se han registrado 8.459 prescripciones en 6.735 usuarias. La mayoría corresponden a Atención Primaria (58,6%). La PPC se ha prescrito principalmente en el grupo de 18 a 24 años (47,4%) y en el de 25 y más años (38%). Un 12,6% de tratamientos corresponden a mujeres menores de 18 años. El índice de cobertura en la comunidad en 2006 es de 26,5 tratamientos administrados por cada 1.000 mujeres. Por grupos de edad, este índice es: 19 en menores de 16 años; 79,6 en el grupo de 16 a17 años; 84,4 en el de 18 a 24 años, y 12,9 en el de 25 y más años. La venta en farmacias desde 2001 tiene su máximo en 8.620 dispensaciones en 2004, y va decreciendo pasando de 7.988 en 2005 a 1.924 en 2006. En el periodo 1994-2005 el número de IVE en Aragón ha pasado de 1341 a 2.744, y la tasa de abortividad en mujeres en edad fértil ha pasado de 5,4 a 10,9 por 1.000. En 2005, en el grupo de 20 a 24 años dicha tasa fue de 20,4 por 1.000.

CONCLUSIONES
La tasa de abortividad mantiene una tendencia creciente en Aragón, especialmente en las mujeres de 20 a 24 años. El grupo de mujeres que más utiliza la PPC son las mujeres de 18 a 24 años. La puesta en marcha de la dispensación gratuita de la PPC ha originado un importante descenso de la venta en farmacias. La administración gratuita ha mejorado el acceso a este tratamiento. Se necesita más tiempo de seguimiento para poder evaluar el impacto sobre la tasa de abortividad.

Contacto: Natalia Enríquez Martín - nenriquez@aragon.es

P-203 ANÁLISIS DE DEFICIENCIAS EN LA PROVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA A LA CONSULTA PROGRAMADA DE NEUMOLOGÍA

Autores: Pérez-Maiquez M, Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, López-López E, García-Torres P, Andújar-Espinosa R.

OBJETIVOS
1) Analizar las deficiencias en la provisión a la consulta de Neumología de las historias clínicas (HC) y de la documentación contenida en las mismas. 2) Determinar el tipo de pruebas que faltan y su impacto en el funcionamiento de la consulta.

MÉTODO
Estudio analítico descriptivo prospectivo de casos consecutivos. Unidades de estudio: historias clínicas de los pacientes citados en una consulta especializada. Periodo de estudio: tres meses. Muestreo: consecutivo. Herramientas: hoja de recogida de variables cuantitativas y cualitativas: número de historias clínicas solicitadas (HC s), no recibidas (HC no r), incompletas (HC i); tipo de pruebas (radiología, laboratorio, anatomía patológica y microbiología), tiempo de demora resultante en la atención al paciente, número de salidas y número de llamadas telefónicas para la localización de pruebas. Dimensión: accesibilidad interna. Las variables se expresan como medias + desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variables se realiza mediante la prueba de Kruskal Wallis.

RESULTADOS
De marzo a mayo de 2007, 48 días consecutivos de consulta (de lunes a viernes). 870 HC s, 170 HC no r (19,5%), 53 HC i (7,5%). En total, en un 27% de casos había fallos en la recepción de la HC. 104 salidas de consulta para búsqueda de pruebas (2,2 ± 1,1 por día) y 170 llamadas telefónicas (3,5 ± 1,4 por día). Localización de HC no r: ilocalizables: 80 (47,1%), archivo: 68 (40%), propio servicio: 12 (7,3%). Las 253 deficiencias halladas ocasionaron demora en el 93,4% de los pacientes (media = 47 ± 43 minutos). Existe una relación significativa entre los días de la semana y el porcentaje de HC no r e H i, especialmente los martes (57% de HC con deficiencias), pero no se encuentra relación entre los días de mayor actividad programada y el número de deficiencias. Los servicios proveedores de pruebas que más deficiencia muestran son Radiología (44,3%), Laboratorio (21,3%), Microbiología (18%) y Anatomía Patológica (16,4%). Localización de pruebas: 50,8% en servicio emisor y 47,5% en archivo.

CONCLUSIONES
1) Casi un tercio de las historias solicitadas en la consulta de Neumología tienen deficiencias. 2) Este problema ocasiona demora en la atención a los pacientes e interrupciones en el trabajo ordinario de la auxiliar de enfermería. 3) El mayor número de fallos en las historias incompletas se relaciona con el servicio emisor y las pruebas radiológicas y de laboratorio.

Contacto: Manoli Pérez Maiquez - encarnación.lopez7@carm.es

P-204 MEDIDAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL ÁREA SANITARIA DE CUENCA

Autores: Prada E, Navarro L, Ruiz G, Granizo V, Franquelo R.

La mejora continua y el diseño del enfoque por procesos, entre ellos el de la orientación al cliente, debe ser definida en cada laboratorio clínico. El proceso analítico se ha clasificado tradicionalmente en fase preanalítica, analítica y posanalítica, y corresponde a la fase preanalítica todo lo ocurrido desde que el clínico realiza la petición al laboratorio hasta que la muestra es analizada. Dentro de esta fase, el transporte de muestras biológicas desde los diferentes puntos de extracción al laboratorio central es un punto esencial, y además este aspecto ha adquirido una gran relevancia en los últimos años, al producirse una tendencia a la centralización de los diferentes laboratorios en grandes laboratorios. En el momento de evaluación de esta fase, la hora de llegada de estas muestras al laboratorio central es un criterio clave. El Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, conocedor de esto, mantiene un registro diario de la hora de llegada de cada una de las rutas procedentes de los centros de salud. Esta medida sirve para conocer el número de incidencias que se producen (se considera incidencia cuando la hora de llegada de las muestras supera las 11:15 h). El 1 de septiembre de 2006, ante el creciente aumento de incidencias en la hora de llegada de las rutas, se introdujo una nueva hoja de control de este proceso para intentar asegurar la trazabilidad completa del proceso y reducir el número de incidencias. Esta nueva hoja es individual para cada centro de salud y se registra la hora de finalización de la extracción, la hora de salida de las muestras del punto de extracción por parte del personal del centro de salud y la hora de llegada de muestras al laboratorio por parte de nuestro personal. El 1 de mayo de 2007 se realizó una revisión del número de incidencias cuatrimestrales ocurridas en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 30 de abril de 2007. El resultado de este estudio es el siguiente: número de incidencias del año 2005: primer cuatrimestre: 35; segundo cuatrimestre: 37; tercer cuatrimestre: 22; número de incidencias del año 2006: primer cuatrimestre: 36; segundo cuatrimestre: 82; tercer cuatrimestre: 40; número de incidencias del año 2007: primer cuatrimestre: 23.

CONCLUSIONES
De los datos podemos concluir que la introducción de esta nueva hoja ha contribuido a reducir el número de incidencias en la hora de llegada de muestras biológicas a nuestro laboratorio, ha aumentado la calidad de estas muestras y, en definitiva, se ha producido una mejora en el servicio que realiza nuestro laboratorio.

Contacto: Enrique Prada de Medio - eprada@sescam.jccm.es

P-205 EXPERIENCIA COMO MIEMBROS ACTIVOS EN UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE EFQM

Autores: García-Ameijeiras C, Mejon-Verges R, Pajin-Santos MA, Bayona A.

OBJETIVOS
Presentar la experiencia de un equipo multidisciplinar de profesionales que han participado en un área de mejora, enmarcada en las estrategias de mejora continua de la calidad, impulsada por la gerencia del hospital y tutelada por el Plan de Calidad, según el modelo EFQM. Mejorar la accesibilidad de los pacientes ambulatorios al hospital.

MÉTODO
Constitución del grupo de mejora integrado por 17 profesionales de diferentes procedencias intra y extrahospitalarias, con una estructura de soporte técnico específica. Revisión de los contenidos principales del área de mejora: misión, requerimientos, acciones e indicadores, utilizando el sistema DELIBERA de participación. Creación de subgrupos de trabajo identificados por acciones de mejora. Identificación de los sistemas de seguimiento, evaluación y conclusiones.

RESULTADOS
Se realizaron 12 reuniones plenarias y se constituyeron 5 subgrupos que trabajaron cada una de las líneas identificadas en el grupo como prioritarias. El índice medio de asistencia a las reuniones fue del 88,3%. Los indicadores globales de utilidad (muy útil-útil 96,2%, útil a medias 3,7%). Número de acciones finales priorizadas: 5. Número de indicadores finales propuestos: 9. Partiendo de la identificación de puntos débiles de nuestra organización, a través del Plan de Mejora de EFQM y con la participación de profesionales de las 3 áreas del hospital, se definieron las acciones de mejora siguientes: Definir patologías y servicios y diseñar planes de gestión para rebajar las listas de espera a menos de 30 días. Acordar con Atención Primaria los criterios de referencia, priorización y contrarreferencia de pacientes. Definir circuitos y protocolos de acceso y diseñar mecanismos para gestionar la priorización de las citas. Desarrollar la ventanilla única y la multiprogramación homogénea de todas las áreas y promover medidas para aumentar la capacidad de primeras visitas. Revisar la información y mejorar la calidad de la comunicación con el paciente.

CONCLUSIONES
La satisfacción del paciente debe ser percibida como una prioridad en el ámbito asistencial. Se ha disminuido la demora de las citaciones y se ha simplificado el circuito de derivación. Se han homogeneizado los protocolos de citación de visitas entre los distintos niveles asistenciales. Debe considerarse un éxito organizativo y de los grupos dinamizadores culminar un proceso de estas características. Las acciones de mejora priorizadas consolidan indirectamente la cultura de un único hospital.

Contacto: Carmen García Ameijeiras - 8710mga@comb.es

P-206 MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE SUEÑO MEDIANTE INTERVENCIÓN MÉDICA DE ENTREVISTA TELEFÓNICA

Autores: Caballero J, Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, Abellán T, Menchón P, García P.

HIPÓTESIS
Una intervención médica con entrevista telefónica (EMT) a los pacientes con sospecha de SAHS mejora la accesibilidad al reducir la lista de espera y el tiempo de demora, es más eficiente que la consulta presencial (CP) (mejor relación tiempo asistencial/número pacientes atendidos) y no modifica las decisiones diagnósticas (estudios de sueño realizados).

OBJETIVOS
1) Mejorar la accesibilidad a la Unidad de Sueño de un hospital de área mediante una EMT. 2) Comparar los resultados entre EMT y CP a las cinco semanas del inicio.

MÉTODO
Estudio descriptivo transversal antes-después. Dimensión: accesibilidad. Herramienta: cuestionario telefónico. Periodo evaluado: 5 semanas. Variables: número de pacientes, días de espera, número de pruebas. Intervención: precita telefónica. EMT: cuestionario de 52 ítems: demográficos, anamnesis, factores de riesgo, hábitos de sueño y síntomas. Diez pacientes por sesión, una sesión semanal, tiempo asistencial: 10 minutos/paciente. Estadística: comparación entre variables con la prueba de la chi cuadrado y el test de comparación de medias para datos independientes.

RESULTADOS
Del 18 mayo al 11 de junio de 2007, se realizan cinco EMT. 72 precitas telefónicas, 50 EMT (69,4%) y 22 fallos (30,5%): 43 estudios de sueño (87,7%); la CP solicita 50 de 53 pacientes (94,3%) ($p = 0,628$). Antes de EMT: 319 pacientes en lista de espera, tiempo de demora: 1 año. La EMT reduce el número de pacientes a 269 (15,6%) *vs.* CP a 299 (6,2%) ($p = 0,0002$). La estimación de continuar con la EMT durante 10 meses produciría una reducción del tiempo de demora de 480 a 240 días ($p < 0,001$), del número de pacientes atendidos de 160 a 400 ($p < 0,001$) y del tiempo asistencial total de 303 a 66 horas ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES
1) Tras la intervención telefónica, existe una mejora importante de la accesibilidad a la consulta de sueño. 2) La estimación de los resultados de esta intervención a largo plazo reduce considerablemente el número de pacientes en lista de espera y el tiempo de demora. 3) La EMT resulta más eficiente que la consulta presencial y no modifica las decisiones diagnósticas.

Contacto: Julián Caballero Rodríguez - jcaballero@separ.es

P-207 INDICADORES DE CALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO: EL CASO DE LA EPISIOTOMÍA

Autores: Rodrigo I, Montes Y, Álvarez N.

INTRODUCCIÓN
Diferentes iniciativas, entre ellas la Declaración de Madrid, con la participación de 28 países, consideran necesario que las políticas sanitarias reconozcan que hombres y mujeres tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes. El Servicio Navarro de Salud (SNS-O), dentro del panel de indicadores de perspectiva de género en la equidad en la salud, analiza el porcentaje de episiotomías realizadas en partos vaginales no instrumentales. La episiotomía es un procedimiento que, de manera tradicional, se ha realizado de forma sistemática en los partos vaginales con el fin de evitar desgarros del periné y facilitar la expulsión del feto. Sin embargo, en los años 80 se debate la práctica sistemática de este procedimiento, ya que se cuestiona la relación entre beneficios y riesgos.

OBJETIVO
El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia de este indicador en el SNS-O, así como las áreas de mejora derivadas del mismo.

METODOLOGÍA
Se han analizado 25.332 partos vaginales no instrumentales durante 8 años en dos hospitales pertenecientes al SNS-O. La fuente de datos ha sido el CMBD.

RESULTADOS
Aunque el porcentaje de episiotomías es claramente descendente, la velocidad y magnitud del descenso es diferente en los dos centros. En uno de ellos el porcentaje ha pasado del 94% al 35% en los últimos 5 años. En el otro centro, la disminución ha sido más reciente, con un descenso de un 10% anual. En 2006, la diferencia en la proporción de episiotomías realizada entre los dos centros fue del 48% (IC al 95%, 44,7-51,7). Expresado de otra manera, las mujeres tienen un riesgo 2,5 veces mayor de tener una episiotomía en función del centro en el que sean atendidas (IC del RR al 95%, 2,4-2,7). Por otra parte, si no se realizan episiotomías, se podría incrementar el número de desgarros perineales, sobre todo de grado 3 y 4. Sin embargo, en nuestros centros la realización de episiotomías selectivas no ha conllevado un incremento de desgarros de grado 3 y 4. En el centro donde más estrictos son los criterios para realizar una episiotomía, el porcentaje de desgarros de grado 3 y 4 se ha mantenido y ha tenido una incidencia media de 0,7%, cifra similar a la de la bibliografía para episiotomías restrictivas.

CONCLUSIONES
En los dos centros se aprecia una tendencia clara pero desigual hacia una disminución del número de episiotomías rutinarias. El grupo de mejora PARTOS, del proyecto MAPPA-Horizonte, ha diseñado un protocolo de actuación con el fin de difundir una actuación uniforme en toda la red y evitar la variabilidad no deseada.

Contacto: Isabel Rodrigo Rincón - mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

P-208 MESA DE CAMAS. UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN

Autores: Gómez-Rodrigo J, Alcaraz-Esteban M, Martínez-Alonso JR, Forés-Moreno G, Mattos-Antelo JC, Montserrat-Capella D.

OBJETIVO
Establecer un sistema eficiente para optimizar el proceso diario de ingreso de pacientes adaptando la disponibilidad de camas a las necesidades existentes.

MÉTODOS
La "mesa de camas" es un foro de gestión y participación constituido desde la dirección médica en noviembre de 2006. Analiza diariamente la situación del hospital y las expectativas de ingreso de pacientes urgentes y programados. Presidida por la dirección médica con participación de la dirección de enfermería, está integrada por los responsables de admisión y urgencias y por los jefes de 6 servicios clínicos que gestionan el 75% de las camas médicas. En cada sesión se informa sobre las incidencias de la guardia, se identifica a los pacientes del servicio de urgencias que cumplen criterios para ser derivados y se valora la disponibilidad de camas según la previsión de altas. El estudio abarca los seis primeros meses de implantación y analiza la efectividad del procedimiento por medio de indicadores que miden el esfuerzo realizado (acciones de los servicios según la presión de urgencias). Se estima el impacto comparando indicadores hospitalarios con los del año anterior.

RESULTADOS
La elaboración del "protocolo de criterios de priorización de ingresos" fue el primer logro conseguido. La presión de urgencias que es considerada "fuerte" en 36 de las 111 sesiones realizadas influye significativamente en el proceso de derivación de enfermos y se ha detectado un esfuerzo notable en el 93% de los días con fuerte presión. El resultado global se resume con una estimación media de 2 camas conseguidas en cada día, cuantificando el esfuerzo diario realizado por los servicios participantes, positivo en todos los casos, con los valores del porcentaje de camas habilitadas diariamente por la presión de urgencias, que oscilan entre 0,10% y 3,29%. La comparación de indicadores hospitalarios con los del año anterior evidencia una clara mejoría en la estancia media (de 9,44 a 9,08) y número de altas (de 3.096 a 3.386) y destaca a uno de los servicios (Oncología), que presenta una tendencia diferente del resto explicada por la puesta en marcha del hospital de día en ese año.

CONCLUSIONES
El procedimiento ha institucionalizado por consenso el "protocolo de criterios de priorización de ingresos" y ha demostrado la factibilidad de creación de grupos de participación resolutivos y eficientes que favorecen el *feedback* horizontal y vertical. Se confirma la evidente mejoría de la gestión diaria de camas.

Contacto: Javier Gómez Rodrigo - jgomez.hpth@salud.madrid.org

P-209 EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE REDUCCIÓN DE REPROGRAMACIONES DE CONSULTAS EXTERNAS

Autores: Dios-del Valle R, García-Fernández MJ, López Gómez AI, Martín-García-Maroto MM, Garzon-Hernández JM.

OBJETIVOS

Evaluar el proyecto de mejora para la reducción de las reprogramaciones de consultas externas.

MÉTODOS

Análisis de la situación: las reprogramaciones de consultas generan conflictos organizativos en el hospital e insatisfacción del paciente y tienen un coste asociado no despreciable. Entre los factores causales más destacados están los siguientes: inestabilidad de agendas, elaboración de agendas por los servicios sin participación de la dirección y facilidad de acceso al cambio. En 2006 el Servicio de Admisión se planteó como proyecto de mejora reducir el número de reprogramaciones con actuaciones que incidiesen en los factores causales, elaborar una normativa de gestión que diese estabilidad, elaborar un documento de solicitud de cambio con autorización de responsable asistencial dificultando el proceso, y establecer objetivos de reprogramación en los contratos-programa implicando a la dirección. Se estableció como objetivo llegar al 7% en 2006 y al 4% en 2007. De las medidas proyectas, se implantó el documento de solicitud del cambio en junio de 2006. Estudio descriptivo transversal. Se analizan las consultas realizadas y reprogramadas antes del proyecto (2004, 2005) y tras el proyecto (2006). Variables: servicio, año, consultas realizadas, reprogramadas, tiempo empleado en reprogramar (2 minutos por cita), coste del proceso (0,08 euros/llamada y 9,68 euros/hora de administrativo).

RESULTADOS

Se reprogramaron 10.093 (15,66%) en 2004, 11.794 (18,78%) en 2005 y 8.341 (13,03%) en 2006. Las jornadas laborales empleadas fueron 48,06 en 2004, 56,16 en 2005 y 39,72 en 2006. El coste fue de 4.064,1 euros en 2004, 4.749,1 en 2005 y 3.358,6 en 2006. Los servicios con mayor porcentaje de reprogramaciones fueron: Medicina Interna, Nefrología y Cardiología. Los tres redujeron el porcentaje de 2004 a 2006.

CONCLUSIONES

La medida ha conseguido reducir las reprogramaciones por primera vez y su impacto económico. No se alcanzó el objetivo probablemente por no haber implantado el conjunto de las medidas. Tenemos que avanzar en la participación de la dirección en el proceso.

Contacto: Ricardo de Dios del Valle - ricardo.dedios@sespa.princast.es

Mesa 14

ACREDITACIÓN Y NORMALIZACIÓN 2

P-210 - P-225

P-210 PILOTAJE DEL MODELO DE CALIDAD EXTREMEÑO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Del Mazo-Martínez CL, Vicaíno-Jaén FM, Benegas-Capote J.

OBJETIVOS

El modelo de calidad extremeño supone un verdadero cambio cultural en la política sanitaria, así como en la participación, pues está orientado hacia la calidad total. Desde la dirección general de calidad sanitaria (Consejería de Sanidad y Consumo) se promueve el pilotaje del modelo mediante la autoevaluación, que ponga de manifiesto las posibles dificultades y la posterior auditoría, necesaria para alcanzar la acreditación. La autoevaluación pretende: conocer el grado de cumplimiento de los estándares obligatorios (EO) y recomendables (ER) del modelo; detectar estándares que ofrezcan dificultad; mejorar y ampliar el catálogo de ejemplos; escalonar evidencias; perfeccionar las rutas de estándares; conocer el tiempo real necesario; detectar puntos fuertes y áreas de mejora; detectar las necesidades formativas; concretar la viabilidad para las demás áreas sanitarias.

MÉTODOS

Organización del pilotaje. Lugar: Hospital Comarcal Ciudad de Coria. Cronograma: autoevaluación (mayo 2006 - junio 2007) y auditoría (septiembre 2007 – marzo 2008). Plan de comunicación y difusión. Plan de formación para profesionales implicados. Designación equipo autoevaluación. Herramientas. Manuales de: estándares del modelo, autoevaluación y auditoría. Herramienta informática. Niveles de acreditación avanzada, óptima y excelente.

RESULTADOS

Se han evaluado los 320 estándares del modelo (150 obligatorios y 170 recomendables) de las 10 categorías. El cumplimiento ha sido de 110 estándares obligatorios y 50 recomendables. Se ha consolidado un equipo homogéneo de autoevaluación y mejora. Se establece un nuevo punto de partida enfocando las actuaciones para conseguir el 33% restante de cumplimentación de los EO del modelo de calidad.

CONCLUSIONES

El Hospital se acerca al primer grado de acreditación. Se establecen las bases para conseguir y mantener la acreditación mediante: Examen del informe de autoevaluación: propuesta de mejora de puntos débiles (categorías de gestión de procesos y de gestión de tecnologías y recursos materiales) y de mantenimiento de los fuertes (categoría de gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos); Examen del informe de conclusiones: modificación de estándares que ofrecen dificultad (de comprensión / de aplicación); Ampliación del catálogo de ejemplos; Utilidad y viabilidad de los manuales según el criterio del equipo de autoevaluación. La metodología seguida hace viable el sistema de autoevaluación del modelo para las demás áreas sanitarias.

Contacto: José Antonio Sánchez García – joseantonio.sanchez@ses.juntaex.es

P-211 ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET: ¿EXAMEN O MEJORA CONTINUA?

Autores: Mompó C, Vilarasau J, Casademont J.

OBJETIVO

Describir, en un hospital de agudos de Catalunya, la opción escogida para implantar los requisitos del nuevo modelo de acreditación del Departament de Salut como instrumento de mejora continua, en lugar de limitarse al objetivo de superar la auditoría externa.

METODOLOGÍA

1) Integrar los requisitos en los mecanismos de gestión de la calidad existentes en el centro (comisiones asistenciales y gestión por procesos): estableciendo a partir de ellos acciones de mejora y objetivos y delegando la responsabilidad de la consecución en los responsables de los procesos y comisiones. 2) Priorizar la asignación de recursos para las áreas de mejora propuestas en función de la utilidad de los requisitos (según la valoración de cada responsable). 3) Simplificar la elaboración de documentos y registros (minimizar la burocracia). 4) Establecer un único sistema documental en soporte informático que integre a todos los mecanismos de gestión de la calidad. 5) Compartir información y mejoras con otros centros: no inventar cuando se puede adaptar y mejorar.

RESULTADOS

La implantación del nuevo modelo de acreditación se ha incluido como objetivo estratégico del hospital. Un 69% de los procesos del centro (11 de un total de 16) tienen acciones de mejora referidas al cumplimiento de requisitos. Un 34% de las acciones propuestas para 2006 provienen de requisitos no cumplidos. De un total de 59 acciones establecidas para 2006, se han finalizado 13 (22%), siguen en curso 29 (49%), quedan pendientes de trabajar 14 (24%) y 3 se desestimaron. Dos de las comisiones asistenciales incorporan requisitos no cumplidos como objetivos para 2007.

CONCLUSIONES

1) La distribución de los requisitos entre los responsables de los procesos y las comisiones asistenciales ha facilitado la integración del nuevo modelo de acreditación como herramienta impulsora de la calidad, así como su seguimiento. 2) El enfoque hacia la utilidad y la simplicidad ha facilitado una óptima aceptación del nuevo modelo entre los responsables de los procesos y las comisiones, a pesar de suponer un reto mucho más elevado que el anterior modelo de acreditación. 3) El modelo ayuda a revisar y ordenar la documentación y los sistemas de información del hospital; establecer un único sistema documental nos ha permitido hacerlo sin excesiva burocracia. 4) Compartir la experiencia con otros centros nos ha permitido intercambiar dudas e incorporar soluciones, así como mejorar la red de *bechmark*.

Contacto: Carme Mompó Avilés - carme.mompo@sanitatintegral.org

P-212 CERTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD DE ODONTOLOGÍA

Autores: Martí R, Blázquez MJ, Hernández S, Sánchez L, Alonso N.

OBJETIVOS
Implantar un sistema de gestión de calidad en la unidad y certificarlo.

MÉTODOS
Se comenzó con la comunicación del proyecto y el nombramiento de un líder del mismo. Comunicación a todo el personal de la puesta en marcha del proyecto en enero de 2006. Nombramiento del responsable del proyecto en enero de 2006. Planificación de las fases del proyecto en febrero de 2006: 35 acciones a realizar en el periodo de febrero de 2006 a octubre de 2006. Recursos: 3 personas, el responsable del proyecto, 2 representantes de la unidad. Ejecución del proyecto: revisión de circuitos: entradas y salidas de clientes/pacientes, entradas y salidas de materiales. Tipos de clientes. Revisión de las competencias del personal de la unidad. Elaboración de un plan de formación. Evaluación del desempeño. Revisión de documentación existente: destrucción de la obsoleta e incorporación al sistema de la vigente. Incorporación de 179 documentos (en su mayoría instrucciones obsoletas). Creación de un sistema de control documental. Revisión del equipamiento de la unidad: inventario de 53 equipos. Revisión del cumplimiento de la legalidad vigente: ley protección de datos, de prevención de riesgos laborales, etc. Evaluación de la satisfacción de los pacientes a través de encuestas. Muestra del 20% de los pacientes atendidos. Informe de evaluación. Evaluación de proveedores y subcontratistas. Informe de evaluación favorable del 100% de los proveedores; detectadas 2 áreas de mejora. Implantación del sistema de gestión de auditoría interna e implantación de mejoras propuestas por la auditoría de certificación.

RESULTADOS
Control de la documentación: asegurar la validez, vigencia y autoría de los métodos de trabajo controlados. El 100% de los consentimientos informados han sido revisados jurídicamente y adaptados a la legislación. El 100% de los equipos han sido controlados a través de inventario (datos, mantenimientos y calibraciones). Se han implantado medidas de control de la unidad: limpiezas periódicas definidas, revisiones de esterilidad, etc. Se han implantado indicadores de control del proceso, con un resultado superior al propuesto como objetivo. Primeros resultados de la implantación de la gestión de incidencias: 0 incidencias. Clientes satisfechos: valoración de 8,5 sobre 10.

CONCLUSIÓN
Implantar un sistema de gestión permite obtener medidas objetivas de todos los procesos que se realizan en la unidad. Si además es certificable, se obtiene una ventaja comercial al demostrar la calidad del sistema ante un tercero.

Contacto: Rita Martí Usón - rmarti.ghq@quiron.es

P-213 SISTEMÁTICA ESTABLECIDA PARA VALIDAR EL CORRECTO DESARROLLO DEL CONCURSO DE TRANSPORTE SANITARIO URGENTE EN CATALUNYA

Autores: Marzal L, Gassó M, Campos O, Vilà M, Galup C, Miró AM.

OBJETIVO
Realizar la evaluación inicial de los proveedores de transporte sanitario urgente, ya que es un instrumento básico para garantizar la calidad del servicio prestado. Poner de manifiesto las posibles carencias e incumplimientos de la licitación: "Contractació de la prestació de serveis de transport sanitari urgent en l'àmbit de Catalunya".

METODOLOGÍA
La metodología se definió para evaluar y realizar el posterior seguimiento a los proveedores de transporte sanitario, así como las acciones que se debían llevar a cabo en caso de incumplimientos y desviaciones en el nivel de calidad deseado. Una empresa externa, siguiendo los puntos de revisión pautados, realizó una auditoría de todos los proveedores que abarcó la totalidad de los recursos del territorio. Se consideraron óptimos los resultados obtenidos con más de un 70% de cumplimiento. Variables: a) Carencias en la puesta en marcha del servicio de ambulancias. b) Carencias que puedan afectar a la asistencia del paciente. c) Carencias que puedan dificultar la labor del equipo sanitario. d) Carencias que puedan afectar a la seguridad de los ocupantes de la ambulancia. e) Carencias que puedan afectar a la seguridad de las ambulancias. f) Desviaciones de la imagen corporativa.

RESULTADOS
Porcentaje de cumplimiento de cada lote o tipo de vehículo según las variables fijadas. Los resultados encontrados fueron parecidos en todos los lotes. Las únicas deficiencias halladas hacían referencia a carencias que podían afectar a la seguridad de los ocupantes de la ambulancia y a las desviaciones de la imagen corporativa (color de la pintura de los vehículos).

CONCLUSIONES
Una vez realizado el análisis de los resultados, se convocó personalmente a cada uno de los proveedores y se procedió a entregarles un informe con el resultado de la auditoría. En el informe de la auditoría se hizo constar las no conformidades encontradas y el tiempo establecido para su solución: 15 días para aquellas que podían afectar a la seguridad del paciente o del equipo asistencial y dos meses para el resto. Para realizar la evaluación continua de los proveedores, se realizarán en los próximos dos años cuatro auditorías globales y ocho parciales, estas últimas según una muestra aleatoria.

Contacto: Luis Marzal Torrent - lmarzal@sem.es

P-214 IMPORTANCIA DE UNA GESTIÓN AMBIENTAL ADECUADA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Autores: Ramírez-Moreno JA, Ramos-Rolon G, Raya Serrano A.

INTRODUCCIÓN
Nuestra misión como hospital es, entre otras, prestar atención sanitaria a los ciudadanos ofreciendo una asistencia de calidad y asegurando su accesibilidad, equidad y satisfacción como usuario y como persona. Nuestra responsabilidad con la sociedad nos dirige a un firme compromiso por una sociedad sostenible, sin que las acciones de hoy comprometan la calidad de vida de las generaciones futuras. Manifestamos nuestra preocupación por el agotamiento de recursos naturales y la contaminación del medio ambiente, por lo que el hospital ha implantado un sistema de gestión ambiental que permita una mejora continua de nuestro desempeño ambiental para contribuir a la conservación del medio ambiente.

OBJETIVO
Nuestro objetivo es apoyar la protección ambiental y la prevención de la contaminación manteniendo el equilibrio con las necesidades socioeconómicas.

METODOLOGÍA
La sensibilización y formación de los profesionales y la declaración de intenciones a través de nuestra política ambiental ha sido el punto de partida para la implantación de un sistema integrado de gestión ambiental desarrollado a través de la elaboración y puesta en marcha de procedimientos que garanticen el cumplimiento de requisitos legales y ambientales aplicados a nuestra actividad, un control operacional y gestión de residuos adecuado, un seguimiento y mejora de los indicadores ambientales implantados, un control de no conformidades y acciones de mejora, y la difusión y comunicación de nuestros resultados.

RESULTADOS
Sensibilización de profesionales y usuarios. Garantía de cumplimiento de requisitos legales y ambientales. Implantación de medidas de consumo responsable y buenas prácticas ambientales. Monitorización del SGA y aplicación de ciclo de mejora continua.

CONCLUSIONES
Tras la implantación del SGA, el hospital ha conseguido un cambio de actitud y cultura tanto en los trabajadores como en los usuarios y familiares. La concienciación de todos ha hecho que el impacto ambiental de nuestras actividades se integre en el ciclo de mejora continua de nuestro sistema de calidad y se minimice de manera progresiva dicho impacto.

Contacto: José Antonio Ramírez Moreno - jaramirez@cordoba.sjd.es

P-215 CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 DE UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Autores: Mareca R, De Miguel C, Aibar C, Castán S, Navarro C, Villaverde V.

OBJETIVOS
Dentro de las líneas estratégicas y del compromiso del SALUD con la mejora de sus procesos en general y de la seguridad clínica de los pacientes en particular, se planteó durante el año 2006 la implantación en las centrales de esterilización (CE) de un sistema de calidad basado en la normas ISO 9001:2000. El objetivo de esta comunicación es analizar las repercusiones y el valor añadido que supone un proceso de normalización para los profesionales y para el sistema.

MÉTODOS
Las actividades desarrolladas en la práctica para llevar a cabo este proyecto en nuestro centro han sido: a) Formación del grupo de trabajo implicado en el proceso de certificación; b) Reuniones con la empresa consultora determinada por el SALUD como apoyo metodológico y técnico en el proceso de certificación; c) Elaboración de mapa de procesos de nivel 0 y nivel 1; d) Elaboración de procedimientos operativos (PO) e instrucciones técnicas (IT) a desarrollar en el proceso de esterilización; e) Revisión y reelaboración de la documentación elaborada, según el *feedback* obtenido a partir de los trabajadores implicados, el Servicio de Medicina Preventiva y la consultora; f) Distribución de los PO e IT elaborados en soportes visibles en las diferentes zonas de la CE; g) Análisis y valoración de registros existentes y elaboración de registros nuevos para recoger la actividad realizada en el proceso de esterilización; h) Clasificación e identificación de la documentación existente en la CE; i) Realización de auditoría interna, preauditoría externa y auditoría externa necesarias para la certificación.

RESULTADOS
Como resultado de la metodología empleada, se han elaborado los correspondientes mapas de procesos de nivel 0 y 1, 14 PO en los que se describen las distintas actividades de la CE destinadas a cumplir los requisitos establecidos por el cliente y 21 IT disponibles en el puesto de trabajo en las que se especifican con mayor detalle las acciones a realizar. Adicionalmente, como consecuencia de este proceso, se han incrementado los conocimientos y actitudes positivas respecto a la calidad asistencial y las buenas prácticas entre los trabajadores de la CE.

CONCLUSIONES
Dentro de la metodología empleada, la implicación de los profesionales que habitualmente realizan el trabajo ha sido, aunque muy laboriosa, el factor fundamental en la elaboración de la documentación y, sobre todo, en la implantación efectiva de sus contenidos, y ha supuesto un valor añadido para la organización y las personas.

Contacto: Rosa Mareca Doñate - rmareca@salud.aragon.es

P-216 ISO 9001:2000: ¿ES REALMENTE ÚTIL EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD?

Autores: Suárez-González T, Ron-Martínez N, Roibas-Valdes A, Fernández-Orviz F, Fernández-González A.

OBJETIVOS
Tras tres años de trabajo en el sistema de gestión de la calidad y en un futuro proyecto, surge la pregunta ¿realmente merece la pena? Nuestro objetivo es intentar adaptar al máximo la norma ISO 9001 a nuestro hospital, obtener el mayor beneficio posible y, como meta principal, lograr que los trabajadores del hospital, especialmente los clínicos, vean el sistema de gestión de la calidad como una herramienta útil para el desarrollo de su actividad y compatible con su labor diaria.

MÉTODOS
Elaborar y desarrollar un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 totalmente adaptado al hospital. Utilizar la sistemática de trabajo ya existente introduciendo las mejoras y adaptaciones a la norma necesarias de una forma progresiva y consensuada.

RESULTADOS
Los resultados prácticos se pueden observar ya en diferentes servicios del hospital. Como experiencia destacable y como impulso para continuar avanzando por este camino, queremos resaltar el laboratorio, en el que se pueden mencionar, entre otros, los siguientes resultados: Certificación por AENOR y, por tanto, reconocimiento explícito de las áreas de Hematología, Banco de Sangre, Bioquímica y Microbiología. Mejoras en el entendimiento con la dirección del hospital y búsqueda de objetivos comunes. Metodología de trabajo de forma escrita. Adecuación total de mantenimiento, calibración y verificación de equipos. Adecuación de las condiciones de transporte de muestras desde atención primaria. Establecimiento de objetivos procedentes de encuestas de satisfacción y sugerencias de mejora de los peticionarios del laboratorio. Alta implicación y colaboración de todo el personal del laboratorio (jefe del servicio, facultativos, técnicos, coordinadora de técnicos, enfermera del banco de sangre y secretaria).

CONCLUSIONES
Los resultados y la experiencia del trabajo realizado en el laboratorio hace que, desde otros ámbitos del hospital, el sistema de gestión de la calidad se vea y valore como una herramienta útil de trabajo, por lo que, a día de hoy, se demanda su crecimiento y extensión a otras partes del hospital desde la dirección, la Unidad de Calidad y otros servicios y, sobre todo, se demanda su continuidad y extensión desde el servicio pionero en el hospital: el laboratorio.

Contacto: Tácito Virgilio Suárez González - gerencia.gae6@sespa.princast.es

P-217 PROYECTO DE ACREDITACIÓN EN HEMATIMETRÍA SEGÚN UNE-EN ISO 15189 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Recasens V, Rubio-Martínez A, Montañés MA, Vela M, García-Mata JR, Solano V.

INTRODUCCIÓN
Dentro del plan estratégico autonómico se recoge la acreditación de los laboratorios conforme a la norma UNE-EN ISO 15189 de competencia técnica.

OBJETIVO
Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos y la competencia técnica (y por tanto de los resultados) y disminuir los riesgos derivados de la misma.

METODOLOGÍA
Se ha iniciado un programa de adecuación para la acreditación de la técnica de hematimetría. Evaluación y análisis de los requisitos, y valoración por la empresa externa colaboradora en el proyecto para el apoyo y preparación a la acreditación. Posterior formación en conceptos, sistemas de calidad y norma ISO 15189 a todo el personal involucrado en el área objeto de acreditación. Elaboración de toda la documentación, e implantación de todas las actividades, documentos y registros. Reuniones semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital y la Subdirección Médica de Servicios Centrales. Verificación de las actividades emprendidas mediante la realización de auditorías internas para la detección de no conformidades o desviaciones de la norma. Programación de la realización de auditoría externa para la acreditación. Como indicadores del proyecto, se han empleado los siguientes: Cumplimentación de las instrucciones programadas para la acreditación de hematimetría (indicador: número de instrucciones cumplimentadas dentro de los plazos de entrega establecidos; nivel aceptable del 97%). Elaboración de talleres de formación para todas las involucradas en el área objeto de acreditación (indicador: porcentaje de encuestas de evaluación de los asistentes con resultado satisfactorio; nivel aceptable superior al 70%).

RESULTADOS
Según el cronograma del proyecto, hasta la fecha se ha realizado la elaboración de toda la documentación escrita y la implementación, y se ha efectuado auditoría interna. La programación posterior contempla en los próximos meses: adecuación de las desviaciones detectadas, realización de la auditoría externa y adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas para la acreditación.

CONCLUSIONES
El desarrollo del proyecto ha ido cumpliendo satisfactoriamente las instrucciones programadas. Las etapas de formación y elaboración de documentación se han finalizado satisfactoriamente. La implicación de la dirección del laboratorio y hospitalaria son fundamentales para el correcto desarrollo del proyecto.

Contacto: Valle Recasens Flores - vrecasens@hotmail.com

P-218 SE HACE CAMINO AL ANDAR

Autores: Palacián MP, Egido P, Omeñana M, Vela ML, César MA, Revillo MJ.

OBJETIVO
Reflexionar sobre las dificultades y los logros en el proceso de acreditación llevado a cabo por un servicio de Microbiología en un hospital de nivel III autonómico. El proyecto de la acreditación por la norma UNE-EN ISO 15189 se aplica al conjunto de laboratorios clínicos del Servicio Autonómico de Sanidad. Se compone de nueve hospitales distribuidos en la comunidad autónoma. Cada uno dispone de dos a cinco laboratorios de distintas características: Microbiología, Bioquímica, Anatomía Patológica, Toxicología e Inmunología. En nuestro hospital de nivel III se inscriben tres laboratorios, y en Microbiología se decide que el alcance de la acreditación será el cultivo del virus de la gripe, dentro de la unidad de Virología.

MATERIAL Y MÉTODOS
El Servicio Autonómico de Sanidad contrata una consultora privada para apoyar en el proceso de acreditación. El proceso de implantación de la norma se plantea en tres fases: 1) Análisis de requisitos. Conocer la actividad que se desarrolla en el laboratorio. Obtención de información sobre la estructura jerárquica y funcional. Verificación de procedimientos y documentación con el fin de mantener o adecuar estos a los requerimientos de la norma 15189. 2) Implantación. Instrucciones de trabajo: conjunto de tareas que deben ser llevadas a cabo por responsables concretos en un plazo determinado. Talleres: reuniones con la consultora para tratar puntos de la norma dentro del proceso de acreditación, resolución de dudas y problemas. 3) Evaluación. Auditorías de evaluación, internas y externas.

RESULTADOS
Durante el proceso de acreditación, hemos encontrado numerosas dificultades: problemas con el sistema informático, control de inventarios, gestión de personal, suministros y escasez de tiempo. Pero también el estudio de la norma y su implantación ha servido para reflexionar sobre los procedimientos realizados hasta la fecha, realizar una formación exhaustiva del personal y aumentar su implicación en el proceso, la unidad entre los tres laboratorios y el convencimiento de la utilidad de la norma ISO 15189.

CONCLUSIONES
Ha servido para reflexionar sobre la calidad en nuestro laboratorio y se ha visto como una oportunidad de mejora, se consiga o no la acreditación. Los problemas que hemos encontrado pueden ser ventajas en un futuro próximo. Adquisición de una nueva sistemática de trabajo: protocolos de trabajo, registros y adecuación documental. Todo lo conseguido hasta la fecha puede ser exportado en el futuro al resto del laboratorio.

Contacto: Pilar Egido Lizán - pegido@salud.aragon.es

P-219 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: ISO 9001:2000 EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores: Macía J, Fernández-Ramos J, Tafalla C, Granados C, Zueras R, Galdos P.

INTRODUCCIÓN
El Servicio de Medicina Intensiva dispone de 12 camas y presenta unos indicadores de actividad en el año 2006 de 702 ingresos, con un índice de ocupación del 82,8%; el número de estancias totales fue 3.628, la estancia media 5,2 días y el número de altas 218.

OBJETIVOS
Implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en el Servicio de Medicina Intensiva con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y gestionar mejor nuestros recursos y mejorarlos, basándonos en el cumplimiento legal y reglamentario y cumpliendo las expectativas de los clientes.

MATERIAL Y MÉTODOS
1) Reunión de presentación con el coordinador de calidad. 2) Introducción a la ISO 9001:2000 y planificación de la implantación: definición del alcance, organigrama y diagrama de flujo de los procesos. Coordinación de toda la organización para describir los puestos de trabajo, asumir sus responsabilidades y desarrollar la documentación de sus actividades: compras, producción/servicio, almacenes, mantenimiento, administración. Coordinación de todo el personal para implantar el sistema de mejora continua: no conformidades (NC), correcciones y acciones correctivas, objetivos sobre indicadores que midan la eficiencia de los procesos, auditorías, formación, control de la documentación y de los registros, y acciones preventivas. 3) Desarrollo documental en papel y ficheros informáticos. 4) Aprobación de toda la documentación, distribución e información a todo el personal. 5) Realización de la auditoría interna. 6) Realización de la revisión por la dirección, adoptando decisiones de mejora sobre nuestra organización, el personal y el sistema de trabajo. 7) Cumplimentación de la solicitud de auditoría de certificación por la entidad elegida. 8) Auditoría de certificación. 9) Reunión de despedida con la dirección, recapitulación de las actividades a realizar en adelante, y respuestas a todas las cuestiones, dudas, iniciativas o sugerencias.

RESULTADOS
De abril a junio se efectuó la estructura documental base, con implantación y certificación. Se realizó una encuesta de satisfacción a pacientes y familiares en la que se obtuvo una valoración global de 9,13. Los ítems mejor valorados fueron el respeto a los derechos de los pacientes y la cantidad y claridad de la información médica. En la auditoría de certificación no se detectaron NC mayores ni menores.

Contacto: J. Macía - mpastier@salud.aragon.es - Carmelo Tafalla Bordonada

P-220 LA EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA PLATÓ EN LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA

Autor: López Coronas L.

OBJETIVOS

Describir la evolución de la Clínica Plató en la preparación, desarrollo y evaluación del modelo de acreditación de Cataluña. Aportar los resultados obtenidos en la autoevaluación. Reflexionar sobre nuestra experiencia en todo el proceso de acreditación.

MÉTODOS

A raíz del Plan Estratégico 2003-2006 y siguiendo la línea estratégica interna "Mejorar y difundir una imagen de alta calidad",en el 2003 se optó por implantar el modelo de calidad EFQM en la Clínica Plató. Para ello, ha sido necesario desarrollar un proceso de formación en el modelo para los profesionales clave de la organización, establecer un sistema documental homogéneo para la documentación que se elabore en el centro (planes, normativas, procedimientos) y diseñar la metodología para planificar los indicadores de seguimiento. A lo largo de estos 4 años se han realizado 4 evaluaciones sobre el modelo EFQM, 2 internas y 2 externas. En 2006 se realizó la autoevaluación del centro relacionada con el modelo de acreditación de Cataluña.

RESULTADOS

En 2007 los hospitales de Cataluña deben acreditarse siguiendo el nuevo modelo, para lo que es necesario superar el 60% de cumplimiento de los estándares esenciales (obligatorios). En la autoevaluación realizada en la Clínica Plató se ha obtenido el 97% de cumplimiento de los estándares esenciales (obligatorios). Si disgregamos la puntuación de los estándares esenciales por criterio, se han obtenido los siguientes resultados: 1) Liderazgo 100%; 2) Política y estrategia 100%; 3) Personas 94,7%; 4) Alianzas y recursos 100%; 5) Procesos 98%; 6) Resultados en los clientes 94%; 7) Resultados en las personas 100%; 8) Resultados en la sociedad 100%; 9) Resultados clave 89,9%.

CONCLUSIONES

La implantación del modelo EFQM impulsa un cambio cultural que afecta a la gestión de la organización y a la dinámica de trabajo de los profesionales del centro. Para ello, se requiere un fuerte liderazgo por parte del equipo directivo, de los mandos intermedios y, sobre todo, una elevada implicación de todos los profesionales. Gracias a estos 4 años de implantación del odelo EFQM y de intenso trabajo, ha sido posible obtener un elevado índice de cumplimiento de los estándares esenciales del modelo de acreditación de Cataluña. Sin embargo, somos conscientes de que la mejora de la calidad debe ser continua y que después de superar la acreditación debemos seguir trabajando en esta línea para proporcionar a nuestros clientes un servicio adecuado a sus necesidades y expectativas.

Contacto: Lidia López Coronas - lidia.lopez@clinicaplato.com

P-221 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: ISO 9001:2000 EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA (UHBP)

Autores: Tafalla C, Macía J, Fernández-Ramos J, Vinuesa M, Ríos B, García S.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Breve Estancia de Psiquiatría (UHBP) dispone de 20 camas. En 2006 se realizaron 323 ingresos, con un índice de ocupación del 90,7%; el número de estancias totales fue 6.603; la estancia media, 21 días, y el número de altas 320.

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en la UHBP con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y gestionar mejor nuestros recursos y mejorarlos, basándonos en el cumplimiento legal y reglamentario y cumpliendo las expectativas de los clientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1) Reunión de presentación con el coordinador de calidad. 2) Introducción a la ISO 9001:2000 y planificación de la implantación: Definición del alcance, organigrama y diagrama de flujo de los procesos.Coordinación de toda la organización para describir los puestos de trabajo, asumir sus responsabilidades y desarrollar la documentación de sus actividades: compras, producción/servicio, almacenes, mantenimiento, administración. Coordinación de todo el personal para implantar el sistema de mejora continua: no conformidades (NC), correcciones y acciones correctivas, objetivos sobre indicadores que midan la eficiencia de los procesos, auditorías, formación, control de la documentación y de los registros, y acciones preventivas. 3) Desarrollo documental en papel y ficheros informáticos. 4) Aprobación de toda la documentación, distribución e información a todo el personal. 5) Realización de la auditoría interna. 6) Realización de la revisión por la dirección, adoptando decisiones de mejora sobre nuestra organización, el personal y el sistema de trabajo. 7) Cumplimentación de la solicitud de auditoría de certificación por la entidad elegida. 8) Auditoría de certificación. 9) Reunión de despedida con la dirección, recapitulación de las actividades a realizar en adelante, y respuestas a todas las cuestiones, dudas, iniciativas o sugerencias.

RESULTADOS

De enero a marzo, generación de la estructura documental base, con implantación y certificación del UHBP. En la auditoría de certificación se detectaron 6 NC menores y no se detectaron NC mayores. Hemos implementado una acción preventiva para evitar causas de no conformidades, con la realización de cursos de formación de contención mecánica.

Contacto: Carmelo Tafalla Bordonada - mpastier@salud.aragon.es

P-222 ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA CALIDAD A LA INVESTIGACIÓN ASISTENCIAL?

Autores: De la Cera T, Sotorrío P, Intriago C, Franco A, Álvarez F.

INTRODUCCIÓN

La variabilidad en los resultados de la práctica clínica (en nuestro caso en los resultados analíticos de una prueba) está relacionada con aspectos derivados del proceso analítico (variabilidad no deseada) y con características específicas de los pacientes. La implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) puede eliminar esa variabilidad no deseada y sentar las bases sobre las que iniciar la investigación de las características de distintas poblaciones de pacientes.

OBJETIVO

Demostrar cómo el hecho de mantener la calidad en el grado de "cero defectos" permite avanzar en la generación de conocimiento científico.

METODOLOGÍA

Se implanta un SGC basado en la norma ISO 9001:2000 en el laboratorio de bioquímica que permite detectar no conformidades y establecer acciones que eliminen su aparición. A partir de la estabilidad del proceso, se estudia el registro de gestantes que realizan la prueba de O'Sullivan y su posterior confirmación. Variables: condiciones de realización de la prueba (ayuno o no), tiempo desde la ingesta, hora de extracción de cada punto de la curva y tratamiento preanalítico de la muestra.

RESULTADOS

En 2004 se determinaron un 5% de repeticiones de la prueba debido a errores en su realización. El estudio de estos casos llevó a la puesta en marcha de una acción correctiva (cambios en la presentación de la solución de glucosa, etiquetas identificativas para los puntos de la curva, implicación de las gestantes en el doble control de tiempos de extracción y dotación de una centrífuga), lo que supuso la eliminación completa de estas incidencias y el mantenimiento del nivel de cero defectos durante 2005 y 2006. Al eliminar la variabilidad del proceso analítico, se pone en evidencia la ausencia de un protocolo único de preparación de la gestante (un 59% en ayunas y un 41% no en ayunas). De los 1.372 test de 2006, el 28% fueron patológicos, un 22% correspondían a casos en ayunas y el 6% a gestantes en no ayunas.

CONCLUSIÓN

Tras la eliminación completa de la variabilidad inherente al proceso analítico, se pone de manifiesto la existencia de dos poblaciones diferentes de gestantes, según las condiciones previas a la realización de la prueba, con valores significativamente más bajos en las gestantes en no ayunas, lo que nos permite proponer la implantación de un protocolo único para la realización de la prueba o el establecimiento de dos puntos de corte, según las poblaciones. Esta conclusión no hubiera sido factible si se hubiera permitido mantener cierto grado de variabilidad en el proceso analítico.

Contacto: Tamara de la Cera - tcm_huca@hotmail.com

P-223 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO AMBIENTAL Y DE CALIDAD SEGÚN LAS NORMAS ISO 14001:2004 E ISO 9001:2000

Autores: Fernández-Ramos J, Macia J, Tafalla C, Granados C, Vinuesa M, Zueras R.

INTRODUCCIÓN

Se realiza una reunión inicial con la propuesta de certificación o la solicitud es realizada por el propio servicio o unidad a certificar, y en ambos casos la decisión final de la implantación es del servicio o unidad

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de gestión integrado ambiental y de calidad basado en las normas ISO 9001:2000 e ISO 14001:2004, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial, gestionar mejor nuestros recursos y mejorarlos, basándonos en el cumplimiento legal y reglamentario y cumpliendo las expectativas de los clientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1) Reunión de presentación del coordinador de calidad con el servicio o unidad a certificar. 2) Introducción a las normas ISO-9001:2000 e ISO 14001:2004 y planificación de la implantación: Definición del alcance, organigrama y diagrama de flujo de los procesos. Se informa a los servicios o unidades que se va a certificar la sistemática de su trabajo, y no se realiza evaluación de su actividad. A los servicios o unidades a certificar se los dota de todo el apoyo para que durante el proceso de certificación no se produzca ningún tipo de sobrecarga ni se entorpezca su actividad. 3) Desarrollo documental en papel y ficheros informáticos. 4) Aprobación de toda la documentación, distribución e información a todo el personal. 5) Realización de la auditoría interna. 6) Realización de la revisión por la dirección, adoptando decisiones de mejora sobre nuestra organización, el personal y el sistema de trabajo. 7) Cumplimentación de la solicitud de auditoría de certificación por la entidad elegida. 8) Reunión de despedida con la dirección, recapitulación de las actividades a realizar en adelante, y respuestas a todas las cuestiones, dudas, iniciativas o sugerencias. 9) Mantenimiento y seguimiento periódico mediante las auditorías internas anuales.

RESULTADOS

De septiembre a diciembre de 2006, generación de la estructura documental base y obtención de la primera unidad implantada y certificada. De enero a junio de 2007, ampliación del alcance implantando y certificando 7 nuevas unidades y/o servicios. De junio a diciembre de 2007, integración del sistema de gestión ambiental con el sistema de gestión de calidad. En ninguna de las 8 auditorías de certificación se detectaron no conformidades mayores. Finalizada esta primera fase de implantación con la norma ISO 900:2000, estamos elaborando el proyecto de implantación en el hospital de la norma de gestión ambiental ISO:14001.

Contacto: J. Fernández-Ramos - mpastier@salud.aragon.es - Carmelo Tafalla Bordonada

P-224 MEJORA DEL PROCESO: GESTIÓN DE PEDIDOS EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

Autores: Vela-Marquina ML, Pagès-Garriga RM, Parrilla Benedicto C, Izquierdo-Álvarez S, Yagüe-Larriba MD.

INTRODUCCIÓN
Con motivo de la tendencia hacia la mejora continua en el laboratorio en todos y cada uno de los campos y ante la inminente implantación de un sistema de gestión de la calidad según la norma UNE-EN-ISO 15.189 para laboratorios clínicos (requisitos particulares para la calidad y la competencia), se desarrolló un proyecto de mejora de la gestión de pedidos. Para ello se elaboró un programa que surgió por la necesidad de: preparar todos los meses una lista de los productos que usa cada sección y/o unidad del laboratorio de Bioquímica Clínica en la que se anoten las peticiones de material para el mes siguiente; confeccionar las listas para cursar dichas peticiones a la administración del hospital; controlar la recepción del material recibido.

OBJETIVOS
Con la implantación del uso regular del programa informático para la gestión de pedidos se pretende: 1) Preparar las listas mensuales para las que las secciones y/o unidades puedan anotar las peticiones de material, y generar automáticamente las listas para la administración. 2) La gestión y actualización de los concursos de material vigentes. 3) Conocer los materiales pendientes de recibir. Empleo normalizado de una herramienta de mejora: diagrama de flujo de los pasos a seguir para la preparación de un pedido de reactivos dentro del Servicio de Bioquímica Clínica.

MATERIAL Y MÉTODO
Se emplea el programa informático ADLAB y un ordenador exclusivo para la gestión de los pedidos, junto con la intranet del hospital. Aplicación de la herramienta "flujograma".

RESULTADOS
Se consiguió diseñar un flujograma específico y aclaratorio dirigido a las supervisoras en el que se detallaban todas y cada una de las etapas a realizar para el desarrollo correcto de la preparación de un pedido desde dentro del laboratorio de Bioquímica Clínica. Con la implantación del programa ADLAB y su uso normalizado, se ahorra en tiempo y se lleva un control más exhaustivo de todo el material recibido en cada una de las secciones y/o unidades del laboratorio.

CONCLUSIONES
Se logra una mayor agilidad en la confección de las hojas de pedidos tanto para las diferentes secciones y/o unidades dentro del laboratorio como para la administración. Se logra llevar un control sobre el material recibido mucho más estricto. Mejorando este proceso se contribuye a una buena implantación de un sistema de gestión de la calidad en el laboratorio.

Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez - sizquierdo@salud.aragon.es

P-225 CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 DE UN SERVICIO DE APROVISIONAMIENTOS TRAS LA INTEGRACIÓN EN UN ÁREA SANITARIA

Autores: Arantón L, Calderón A, Espiñeira J, Bellón E, Mariñas D, Martín J.

INTRODUCCIÓN
La integración de los sistemas de Atención Primaria y Hospitalaria en Áreas Sanitarias pretende articularse mediante procesos asistenciales continuos que pivoten sobre el eje del paciente. En nuestro ámbito, la creación del Área Sanitaria integra ambos niveles asistenciales; afecta a una zona de población que abarca 20 ayuntamientos y 1.691 profesionales. En la práctica supone también la integración de los 2 servicios de aprovisionamientos en uno solo (catálogo, almacén y procesos comunes, con gestión integrada).

OBJETIVO
Describir el proceso de certificación por la norma UNE-EN-ISO 9001:2000 de un servicio de aprovisionamientos tras la integración de un área sanitaria, así como las dificultades y soluciones adaptadas en cada caso para conseguir una estructura cohesionada y unos procesos comunes (integrando tanto a los profesionales de Primaria como a los de Especializada).

MÉTODO
Tras la integración física de ambos servicios (inicialmente la parte administrativa y, tras las obras de acondicionamiento, los almacenes), se definen, estructuran y documentan los procesos y se establecen los indicadores correspondientes.

RESULTADOS
Se desarrolla el mapa de procesos del servicio de aprovisionamientos y su integración en el mapa de procesos general del área sanitaria. Se documentan todos los procesos e instrucciones técnicas necesarias, así como los requerimientos documentales que establece la normativa internacional ISO 9001:2000. Se unifican los modelos y sistemas de petición y dispensación, así como la gestión de compras y almacén, y se establecen indicadores específicos, tras lo cual se realiza una auditoría interna y posteriormente se somete a auditoría externa para su certificación por ISO 9001:2000, que se obtiene sin ningún hallazgo negativo (sin no conformidades ni observaciones).

CONCLUSIÓN
La constitución del área ha posibilitado la unificación del Servicio de Aprovisionamientos. La certificación ISO garantiza que el proceso se ha desarrollado de forma adecuada y que se garantiza el cumplimiento de los procesos definidos, en un entorno de mejora continua de la calidad.

Contacto: Luis Arantón Areosa - luis.aranton.areosa@sergas.es

Mesa 15

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA 2

P-226 - P-241

P-226 UTILIDAD DE LA PTH INTRAOPERATORIA EN LA PREDICCIÓN DE HIPOCALCEMIA TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL, RESULTADOS PRELIMINARES

Autores: Flores B, Miquel J, Del Pozo P, Soria V, Carrillo A, Aguayo JL.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS
El hipoparatiroidismo constituye una de las principales complicaciones de la tiroidectomía total, debido a una alteración de la función de las glándulas paratiroides. La estrecha monitorización de calcio sérico durante el posoperatorio es la técnica habitualmente usada para la detección de este problema. Sin embargo, sería deseable un test de valoración intraoperatoria de la función paratiroidea que nos permitiera predecir qué pacientes van a presentar hipocalcemia y cuáles no. Con ello, se ahorrarían estancias y, además, se podría tratar de forma precoz a los pacientes hipocalcémicos. El objetivo de nuestro estudio es determinar el valor de la medición de parathormona (PTH) tras tiroidectomía total el la predicción de hipocalcemia posoperatoria.

PACIENTES Y MÉTODOS
Se realiza un estudio prospectivo de 148 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Determinamos los valores de calcio iónico a las 24 y 48 horas de la cirugía y mediremos, asimismo, la PTH en los momentos de: inducción anestésica, 10 minutos tras la exéresis de la glándula tiroides y a las 24 horas de la intervención quirúrgica. Se calcula el porcentaje de caída de PTH entre el valor preoperatorio y los posoperatorios y se relaciona dicha caída con los niveles de calcio sérico, así como con episodios de hipocalcemia.

RESULTADOS
A lo largo del periodo analizado (enero-mayo de 2007), se intervinieron de forma programada 20 pacientes. El valor medio de la PTH en la inducción anestésica fue de 66,4 pg/ml (VN: 11,7-68,4) y la PTH posoperatoria fue de 34,1 (10 minutos) y 35,6 (24 horas). Hubo 6 pacientes que presentaron caída de PTH respecto al valor preoperatorio mayor del 75%. Todos ellos presentaron valores de calcio iónico inferior a 4,6 (VN: 4,6-5,2 mg/dl) y unos de ellos precisó tratamiento sustitutivo. De los 14 pacientes con porcentaje de caída de PTH inferior al 75%, 6 presentaron cifras de calcio inferior a 4,6 y ninguno precisó tratamiento.

CONCLUSIONES
Estos resultados preliminares orientan hacia un alto valor predictivo positivo en la caída de PTH mayor al 75% tras tiroidectomía total para predecir hipocalcemia posoperatoria. De esta forma se podrá iniciar tratamiento sustitutivo sin esperar a que se manifiesten síntomas de hipocalcemia.

Contacto: Benito Flores Pastor - be240762@terra.es

P-227 EVOLUCIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE CATARATA SIN INGRESO DURANTE LOS 5 AÑOS TRAS SU IMPLANTACIÓN

Autores: De la Hoz-González C, González-Rodríguez M, Díaz-Mayán M, García-Quevedo E, Sáiz-Pérez C, Fariñas-Álvarez C.

OBJETIVOS
Evaluar la evolución temporal de la vía clínica de catarata sin ingreso a través de sus indicadores y analizar las incidencias encontradas con el fin de detectar oportunidades de mejora.

MÉTODOS
La vía clínica de catarata sin ingreso se implantó en enero de 2002. El periodo analizado se extiende hasta diciembre de 2006. Se realiza evaluación continua de la vía desde su implantación y se calculan los indicadores específicos de cobertura, efectividad, seguridad y satisfacción. El procedimiento de IQ de catarata cursa sin ingreso, por lo que los criterios tenidos en cuenta para valorar la efectividad son el cumplimiento de los periodos de tiempo transcurridos entre la intervención y las revisiones poscirugía marcados con 1 día para la primera, 7 días para la segunda y entre 30 y 60 para la tercera, dado que en el 100% de los pacientes se cumplen estas 3 revisiones. La seguridad se mide como la ausencia de complicaciones o incidencias. La satisfacción global de los pacientes se valora mediante la pregunta de si recomendaría el hospital a algún familiar en la encuesta de satisfacción.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio se han incluido un total de 3.049 pacientes en la vía clínica. La cobertura fue baja el primer año de su implantación (47,6%) y aumentó al 95,2% en 2004. Sin embargo, en 2006 la cobertura descendió de nuevo al 73,6%. Analizando este dato se ha visto que prácticamente el 100% de los pacientes entran en vía clínica, pero existe un problema en el circuito de la llegada de la hoja de registro para su evaluación. La efectividad de la vía es muy alta en el lapso de tiempo de la primera consulta (99% en los 5 años evaluados), pero desciende cuando se valora el lapso de tiempo desde la IQ hasta la segunda y tercera consultas, y en 2006 fue del 48% para la segunda y del 43% para la tercera. La seguridad ha sido muy alta los 5 años: entre el 93,2% y el 97,2%. La satisfacción de los pacientes también es muy alta, superior al 98% en todos los periodos analizados excepto en uno.

CONCLUSIONES
Esta vía clínica presenta unos indicadores de seguridad y satisfacción muy buenos, pero la cobertura y la efectividad de la vía han descendido. Por ello, las acciones de mejora propuestas para 2007 son: revisar el circuito de recogida de la documentación de la vía clínica para su evaluación, con acciones encaminadas a facilitar que los registros lleguen a la Unidad de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente, y valorar la adaptación de los lapsos de tiempo de la segunda y tercera consulta en la vía.

Contacto: M. Concepción Fariñas Álvarez - mfarinas@hsll.scsalud.es

P-228 PRODUCCIÓN DE INVESTIGACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Caldentey M, Tamborero G, Fe A, Cibrián S, Casamartina R, Ochogavía J.

ANTECEDENTES
Se ha reiterado la necesidad de trabajar en atención primaria (AP) mediante líneas estables de investigación plurianuales, frente a la habitual investigación aislada y esporádica.

OBJETIVOS
Presentar los resultados de la instauración de una línea estable de investigación plurianual (2006-2008) sobre calidad en nuestro centro de salud (CS).

MÉTODOS
Ámbito: CS docente, urbano (25.000 habitantes), formado por 47 profesionales, insertado en un área de salud insular de unos 800.000 habitantes. Participantes: en el proyecto han participado todos los profesionales del CS con el apoyo de la gerencia (GAP). A principios de 2005, tras obtener el aval unánime de los profesionales del centro, se fijaron cuatro líneas de investigación plurianuales estables para todos los profesionales del CS (médicos, residentes, enfermería, etc.), que se incluyeron en el contrato de gestión GAP-CS. La línea prioritaria de investigación se centró en la mejora de la calidad de los servicios del centro. La principal fuente de información han sido los registros de investigación y memorias del CS y de la GAP.

RESULTADOS
Son fruto de la consolidación de la línea de investigación: 2 ponencias, 10 comunicaciones a congresos nacionales y 8 internacionales (incremento del 500%), la publicación de un libro sobre nuestra experiencia, un trabajo de investigación de residentes, un premio a nivel autonómico, dos artículos (en prensa). Conclusiones: nuestra experiencia ha generado sinergias entre el CS y la GAP, ha permitido la obtención de resultados tangibles y evaluables y, como valor adicional, ha aunado las metas de investigación de distintos profesionales (médicos de familia, residentes, enfermería) en un tema común prioritario. Como meta inmediata, nos planteamos formalizar el proyecto en forma de *portfolio* de investigación para el CS.

Contacto: Gaspar Tamborero Cao - gtamborero@terra.es

P-229 EVALUAR Y MEJORAR LA CALIDAD DE LAS FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES ELABORADOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Autores: León-Villar J, Llopis-Fernández M, Collados-Arroyo V, Morales-Lara MJ, Lacruz-Guzmán D, Antequera-Lardón T.

MÉTODO

Se diseñó un ciclo de mejora para evaluar el proceso de elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales. En primer lugar se establecieron una serie de criterios con el fin de medir y conocer la calidad del proceso y del producto elaborado. Para medir la calidad del proceso se revisaron las fichas de elaboración de las fórmulas y se establecieron los siguientes criterios: C1: etiqueta de identificación; C3: nombre de la fórmula; C4: composición; C5: datos del material de acondicionamiento; C6: controles poselaboración; C7: bibliografía; C8: firma del enfermero; C9: fecha de elaboración; C10: firma del farmacéutico. Para medir la calidad del producto elaborado se definieron 2 criterios: C2: etiquetado en fórmula; C11: prospecto. Se registró el cumplimiento de los criterios definidos anteriormente durante los meses de junio y julio de 2006. Se analizaron los resultados obtenidos y se implantaron las siguientes medidas correctoras: Se revisaron todas las guías de elaboración de las fórmulas y se modificaron en caso de ser necesario. Se informó al personal de enfermería del modo de cumplimentar correctamente la guía de elaboración. Se establecieron dos espacios físicos diferenciados para almacenar las fórmulas revisadas y las pendientes de revisar. El farmacéutico debía realizar los controles poselaboración establecidos en la guía de elaboración. En los meses de noviembre y diciembre se volvió a medir el cumplimiento de los criterios definidos y se obtuvieron los resultados siguientes.

RESULTADOS

Fueron analizadas un total de 211 fórmulas: 110 al inicio y 101 tras la intervención. Se consiguió una mejora estadísticamente significativa en los criterios C2, C5, C6 y C11, en los que se focalizó el mayor porcentaje de incumplimientos previo a las medidas correctoras según el diagrama de Pareto. Tras realizar el diagrama de Pareto comparativo, se consigue una mejora global del 40%.

CONCLUSIONES

Las medidas correctoras implantadas para mejorar la calidad del proceso y del producto consiguieron que se obtuviera una importante mejora en los criterios más deficientes. Será necesario instruir y concienciar al personal implicado en el proceso de elaboración para mantener y superar los estándares de calidad obtenidos.

Contacto: Montserrat Llopis Fernández - monllop23@hotmail.com

P-230 EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE UN HOSPITAL DE ÁREA

Autores: Clemente-Laserna MJ, Caballero-Espín J, Pérez-García MC, García-Torres P, Paz-González LM, Sánchez-Nieto JM.

OBJETIVO
Evaluar el resultado de la consulta de deshabituación tabáquica durante el año 2006.

MÉTODO
Tras la publicación de la normativa 188/2005 BORM, de 17 agosto de 2005, con el lema "Instituciones libres de humo", se pone en marcha en noviembre de 2005 la Unidad de Deshabituación Tabáquica, en el servicio de Neumología. Transcurrido un año desde su inicio, se hace necesario realizar una evaluación de resultados de la intervención, para medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia y facilitar la toma de decisiones para mejorar la atención. El objeto de estudio son los pacientes atendidos en el año 2006. Se recogen datos empleando sistemáticamente los registros informáticos de pacientes. Los datos son ordenados y clasificados en listas de control. Se ha realizado un estudio de resultados del programa, descriptivo, transversal y retrospectivo. Los indicadores utilizados son: índice de abstinentes y tiempo de abstinencia, variables culturales y personales, parámetros iniciales y finales. La consulta, compuesta por médico y enfermero, presta servicio al personal sanitario y población del área de salud. Existen criterios de inclusión y de exclusión del programa de deshabituación.

RESULTADOS
Durante el año 2006, se ha atendido a 100 pacientes. En la primera visita acuden 57 mujeres y 38 hombres. 5 pacientes no son valorables. El nivel cultural es: 12 bajo, 58 medio, 25 alto. Valores promedio: cooximetría: 19 ppm; edad: 45; test de Richmond: 9; Fagerström: 6; diagnóstico global: 14 leves, 56 moderados, 23 severos. El 79% sigue tratamiento farmacológico. El motivo fundamental para abandonar el hábito es por salud, y en menor medida porque no quieren que el tabaco les domine. El control del tratamiento se realiza hasta el sexto mes abstinente, distribuido en 6 revisiones, aunque la mayoría de los pacientes son dados de alta o abandonan antes de este tiempo. La media de revisiones es de 3 después del día D, y la media de cooximetría al alta es 3 ppm. La asistencia media a la consulta es del 70% en las revisiones. Datos finales: 5% no valorables, no día D 32%, abandono 28% y alta 35%.

CONCLUSIONES
El estudio realizado indica que estamos en la media de resultados para intervenciones similares. Los problemas detectados son: dificultad para controlar el seguimiento del paciente, absentismo por la escasa flexibilidad horaria de la consulta, necesidad adecuar el sistema informático a las necesidades de la unidad.

Contacto: María José Clemente Laserna - mariajo1975_1@hotmail.com

P-231 TERCER AÑO DE SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS GENÉRICOS EN URGENCIAS

Autores: López-Picazo T, Lorenzo-Zapata MD, Martínez-Bienvenido EM, González-Soler MA, Blanco-Linares ML, Alcaraz-Martínez J.

OBJETIVO
Desde hace tres años, uno de los indicadores que se miden en nuestro servicio es la prescripción de fármacos genéricos al alta. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de fármacos genéricos y comprobar que su uso cumple con los objetivos fijados.

MÉTODO
Teniendo como fuente de datos las copias de los informes de alta del archivo de urgencias, se evaluó en el año 2004 mediante muestreo aleatorio sistemático estratificado una muestra de 180 casos y se estimó la proporción de fármacos genéricos recetados al alta de urgencias. En el año 2005 se tomó otra muestra de 60 casos y este año una tercera de 305 casos. Para la obtención de datos se utilizó el archivo de asistidos en urgencias y se usó el test de la chi cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS
Los resultados obtenidos muestran una progresión positiva del uso de fármacos genéricos en urgencias: en 2004 un 12,04% (± 3,5%), en 2005 un 16,6% (± 6,8%) y en 2006 un 16,8% (± 2,9%). En el año 2006 se evidenciaron diferencias de cumplimiento entre residentes (20,7 ± 5,1%) y adjuntos (14,3 ± 3,5%) que alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$). Estos resultados estimados este año están por encima del nivel mínimo de uso pactado, que era del 10%.

CONCLUSIONES
Se ha evidenciado una tendencia a un mayor uso de fármacos genéricos en la Unidad de Urgencias. Se cumple el nivel mínimo pactado.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-232 MEJORAR LA CALIDAD MEJORA LA EFICIENCIA. EXPERIENCIA HOSPITALARIA DE UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA

Autores: Ara JR, Marta J, Marta E, Chopo MJ, Huertas S, Artal J.

OBJETIVOS
Medir el impacto sobre la eficiencia en la gestión de pacientes neurológicos ingresados de la puesta en marcha de diversas actuaciones basadas en la mejora de la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio realizado en el servicio de Neurología de un hospital terciario a lo largo del periodo 2000-2006 midiendo el impacto sobre la gestión de la hospitalización de la introducción secuencial de una serie de medidas: adquisición de un equipo de eco-Doppler de troncos supraaórticos, implantación de vías clínicas (isquemia cerebral transitoria, recidiva de esclerosis múltiple, primera crisis epiléptica), habilitación de un área de hospitalización de alta resolución y actuación directa de los neurólogos sobre el área de urgencias.

RESULTADOS
Durante estos años se ha producido en el hospital un progresivo incremento de las urgencias atendidas (aumento del 17%) y una estabilización en el número de ingresos. En el servicio de Neurología ha habido un paulatino descenso del número de ingresos totales (disminución del 20%) y urgentes (disminución del 21%), a expensas principalmente de los pacientes con isquemia cerebral transitoria (disminución del 51% de los ingresos). Igualmente, la estancia media se ha reducido en un 22%, y ha afectado a la mayoría de los principales GRD, especialmente a la patología vascular isquémica y hemorrágica, sin incremento significativo del número de reingresos.

CONCLUSIONES
El establecimiento de nuevas formas de trabajo basadas en una mayor calidad asistencial tienen un impacto positivo en la eficiencia hospitalaria.

Contacto: José-Ramón Ara Callizo - jrara@salud.aragon.es

P-233 CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO EMITIDO POR EL SERVICIO PUBLICO DE SALUD Y EL REFERIDO POR EL TRABAJADOR

Autores: Solé Claus I, Iglesias Porras A, Molina Pérez T, Bosch Andreu S, García Camps E, Blanco Rad ML.

OBJETIVO
Medir la concordancia entre el diagnóstico emitido por el Servicio Público de Salud en la IT por contingencia común y el referido por el trabajador y comparar las diferentes comunidades autónomas.

MÉTODO
Estudio descriptivo. Explotación de la información a través del paquete estadístico SPSS v. 12. Cálculo del tamaño de la población. Recogida de la información (entre los meses de abril y septiembre de 2006 se recogen todos los casos de IT integrados con diagnóstico del Servicio Público de Salud). En esta población se realiza contacto con el trabajador para obtener el diagnóstico referido por el mismo. Una vez obtenidos, se trabaja la información, se comparan ambos diagnósticos y se establece el nivel de concordancia por grupo diagnóstico a tres dígitos según la clasificación ICD9. La interpretación de los resultados se realiza por comunidades autónomas.

RESULTADOS
Se observaron diferencias significativas entres las distintas comunidades autónomas y se clasificaron en: comunidades con alto porcentaje de concordancia; comunidades con un porcentaje de concordancia medio; comunidades con un bajo porcentaje de concordancia.

CONCLUSIONES
Se observa que, en aquellas comunidades autónomas donde el porcentaje de concordancia es bajo, el diagnóstico emitido por el Servicio Público de Salud es muy poco específico. Se aprecia, independientemente de la comunidad autónoma, que los diagnósticos pertenecientes al gran grupo de lesiones del aparato locomotor son, en un alto porcentaje, codificados como patología de menor gravedad que la referida por el trabajador.

Contacto: Inmaculada Solé Claus - isolecla@mutuauniversal.net

P-234 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE NOTIFICACIÓN CLÍNICA DE VALORES DE ALERTA EN EL LABORATORIO CENTRAL DEL ÁREA 1 (MADRID)

Autores: Sánchez O, Cabrejas MJ, Hernández E, González MJ, Lucendo MJ, Herranz M.

OBJETIVOS
Definir los valores de alerta del laboratorio y los circuitos previstos para su notificación al clínico y describir cómo queda documentada y registrada dicha notificación.

MATERIAL Y MÉTODOS
Durante el mes de septiembre de 2006, en cada una de la secciones (Hematología, Bioquímica y Microbiología) se realizó un listado de los valores de alerta consensuado con todo el personal del área y se diseñó una hoja de recogida de dichos valores en la que consta: fecha, hora, número registro del laboratorio, emisor, receptor, resultado. El analista imprime los informes de aquellos pacientes que, según se han definido, presentan resultados críticos y no son muestras urgentes, para ser enviados por fax al facultativo correspondiente; en ocasiones, y si la gravedad o el resultado así lo requiere, se informa directamente y por teléfono al médico solicitante.

RESULTADOS
En el año 2006, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre, se obtuvieron los siguientes resultados: 0,43% (179/41908); 0,42% (192/45217); 0,35% (154/43581) y 0,52% (175/33895), respectivamente. En el año 2007, durante los meses de enero, febrero, marzo y abril, se obtuvieron los siguientes resultados: 0,51% (230/44777); 0,47% (214/45502); 0,56% (273/49077) y 0,72% (295/41012), respectivamente. En las diferentes secciones, los parámetros que han generado mayor número de notificaciones han sido los siguientes: Hematología (hemoglobinas < 8 g/L; INR > 3,8; trombopenia < 50 x 10^3 cls/mm^3); Microbiología (aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* y *Streptococcus* grupo A); Bioquímica (glucosa > 400 mg/dl; glucosa < 40 mg/dl; ión sodio < 130 mmol/l; ión potasio < 3 mmol/l).

CONCLUSIONES
La valoración por parte de los facultativos de los resultados obtenidos en la práctica diaria aporta un valor añadido imprescindible para una asistencia clínica de calidad y en tiempo real, y asegura un inmediato conocimientos de los resultados críticos de los pacientes, lo cual permite que el facultativo analista tenga una mayor participación en el proceso de información clínica.

Contacto: M. Mercedes Herranz Puebla - mherranz.hvtr@salud.madrid.org

P-235 URINOCULTIVOS CONTAMINADOS

Autores: Clemente-Rodríguez C, Puente-Palacios I, López-Casanova MJ, Mínguez-Maso S, Aguirre-Tejedo A, Puiggali-Ballart M.

INTRODUCCIÓN
La infección del tracto urinario (ITU) es una patología frecuente en urgencias. El diagnóstico se hace por clínica, exploración y sedimento de orina (SO), aunque a veces éste se sustituye por la tira reactiva (TR), de resultado más rápido. Posteriormente se cursa el urinocultivo (UC). En nuestro centro se ha observado un alto índice de contaminación de UC, con lo que se pierde la posibilidad de comprobar si el tratamiento pautado ha sido correcto y, si no es así, adecuarlo al germen hallado.

OBJETIVO
Determinar la incidencia de UC contaminados. Valorar si la práctica de TR como paradigma de mayor manipulación, así como el sexo, edad, comorbilidad o tipo de ITU diagnosticado, tienen que ver en la aparición de contaminaciones.

MÉTODO
Estudio retrospectivo de las ITU diagnosticadas en urgencias durante 2006. Se recogieron datos demográficos, clínicos, pruebas diagnósticas y resultados. La fiebre, leucocitosis, dolor lumbar y cultivo positivo se consideró sugestiva de pielonefritis; la ausencia de los tres primeros fue diagnóstica de cistitis; la no práctica de cultivo (por sedimento no claramente patológico) o el resultado negativo del mismo fue considerada como no ITU. Los datos de comorbilidad valorados fueron: presencia de diabetes, prostatismo, sonda permanente, cólicos nefríticos e ITU de repetición y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows.

RESULTADO
Se incluyeron en el estudio 292 pacientes, con una edad media de 43 años y un 87% de mujeres. El 55,1% de los diagnósticos fue cistitis y el 8,6% pielonefritis; en 106 casos (36,3%) no se pudo documentar el diagnóstico de ITU. El número de UC contaminados fue 71, de los 209 UC cursados. No se halló diferencia significativa en función del sexo (aunque sí una tendencia a la significación para menos contaminaciones en hombres), la edad, la comorbilidad y la práctica de la TR. Sin embargo, sí se vio asociación significativa con el grado de alteración del SO ($p = 0,001$) y con el diagnóstico de pielonefritis *vs.* cistitis ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN
El número de contaminaciones no parece estar influido por la práctica de TR, aunque sí se vio menor incidencia en los grados altos de alteración del sedimento y en los diagnosticados de pielonefritis. Probablemente, se debería hacer mayor hincapié en la recogida de la muestra para disminuir el número de contaminaciones. Un gran número de casos se etiquetan de ITU sin constancia clínico-analítica consistente.

Contacto: Carlos Clemente Rodríguez - 91638@imas.imim.es

P-236 EL AMFE COMO HERRAMIENTA PARA ANALIZAR Y EVALUAR LOS RIESGOS SANITARIOS DERIVADOS DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Autores: Alonso Martín MS, Barro Ordovás JP, Bischofberger C, Carnicero Bujarrabal M, García-Capelo Pérez JP, Salazar Guerra R.

OBJETIVO
Identificar, evaluar y priorizar áreas de mejora en el estudio de errores de medicación en un hospital de media estancia.

MATERIAL Y MÉTODO
Se utilizó como herramienta de evaluación el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). El grupo responsable de gestión de errores de medicación de la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios del Centro identificó 4 procesos que comprenden los errores de medicación del hospital: prescripción, administración, trascripción/validación, dispensación.

RESULTADOS
Se evaluó cada uno de los procesos y se puntuaron de acuerdo con la posible severidad y probabilidad del error; la puntuación total de estos dos parámetros fue: 16 puntos en prescripción, 12 en administración, 8 en transcripción/validación y 4 para dispensación; posteriormente, se valoraron en un árbol de decisión la criticidad, las posibles medidas de control y la facilidad de detección. En ninguno de los procesos se detecta un posible punto crítico que provoque un fallo en el sistema. En todos los procesos existían medidas de control y los fallos podían ser detectados. Con todo ello se establecieron posibles acciones de mejora y se implantaron indicadores para evaluar su efectividad.

CONCLUSIONES
El AMFE nos ha servido para identificar y priorizar áreas de mejora que nos ayudarán a evitar en lo posible los errores que se derivan de la utilización de medicamentos, así como para introducir indicadores de resultados que nos permitirán evaluar nuestras actuaciones.

Contacto: M. del Sol y Mar Alonso Martín - malonso.hgua@salud.madrid.org

P-237 COMISIONES ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET: UN NUEVO IMPULSO

Autores: Vilarasau J, Mompó C.

OBJETIVO

Las comisiones asistenciales, creadas en el Hospital General de l'Hospitalet hace más de veinte años, tenían últimamente un funcionamiento dispar. El objetivo de la comunicación es describir una propuesta para impulsar su actividad, normalizando su funcionamiento y facilitando la difusión de su actividad a nivel directivo y del resto de la organización.

METODOLOGÍA

Se plantea actuar a tres niveles: Clarificar el funcionamiento de cada comisión a partir de la definición de un marco normativo general y la revisión o elaboración de un reglamento interno de funcionamiento. Introducir de forma gradual la definición de objetivos anuales, con responsables asignados. Realizar una jornada anual en la que los coordinadores de las diferentes comisiones exponen a la dirección los resultados obtenidos, las principales dificultades de funcionamiento y propuestas de mejora.

RESULTADOS

Se ha elaborado un reglamento general de funcionamiento de las comisiones y uno individual de cada una de ellas. Desde 2005 cada comisión define sus objetivos y los evalúa, y en el último año ha incorporado un responsable para cada uno de ellos. Se han realizado tres jornadas de coordinadores de comisiones en las que se ha evaluado de forma global (coordinadores y equipo directivo) las dificultades y propuestas de mejora para su funcionamiento.

CONCLUSIONES

Tener claramente definidas las reglas de juego establece un marco de actuación y define claramente el papel de cada uno, lo cual da seguridad y ayuda a potenciar el trabajo de los coordinadores. La definición de objetivos permite una mayor orientación a resultados, dando una mayor motivación al funcionamiento y evitando que se conviertan en espacios de tertulia. La jornadas permiten: a) un reconocimiento hacia los coordinadores por parte del equipo directivo; b) un mejor conocimiento del equipo directivo y del resto de coordinadores del trabajo hecho por cada una de las comisiones; c) debatir las dificultades y necesidades y aportar propuestas de soluciones; d) mejorar la coordinación entre las propias comisiones.

Contacto: Jordi Vilarasau Farré - jordi.vilarasau@sanitatintegral.org

P-238 ER-LAB: MEJORA DE LA GESTIÓN EN EL ENVÍO Y RECEPCIÓN DE PRUEBAS ANALÍTICAS DE LABORATORIO: AUTOMATIZACIÓN DEL CIRCUITO

Autores: De Bustos Guadaño M, Gordo Collado S, Sáez-Díez Vea B, Samaniego Prieto JM, Martínez-Toledano Olaya P, Castellano Alarcón J.

OBJETIVO
Mejorar la efectividad, eficiencia y seguridad en el envío y recepción de pruebas analíticas y sus resultados en atención primaria y hospitalaria mediante un sistema informático que incorpora un módulo de seguimiento y supervisión del estado de integración de analíticas, y estandarizar el catálogo de pruebas, resultados y plantillas de petición de laboratorio.

MÉTODOS
Diseño y desarrollo propio de ER-LAB, sistema informático basado en la combinación de la arquitectura cliente/servidor y servicios web con 3 capas para el envío de pruebas analíticas al laboratorio, integración automática de resultados en la historia clínica de OMI-AP, utilizando las TI de desarrollo actuales de programación y sistemas para el envío y recepción electrónico de datos protegidos de los pacientes mediante XML según el estándar HL7 de tecnologías para la salud, y seguimiento diario del estado de las peticiones y sus resultados. Incluye la codificación de las pruebas con códigos de barras y su registro electrónico en OMI-AP que garantiza la trazabilidad de la prueba.

RESULTADOS
ER-LAB cubre los 32 centros de salud de atención primaria (100% de implantación). Desde el 1 de octubre de 2006 se han enviado un total de 176.541 analíticas. Se han recibido 135.507 resultados de las mismas. El 95% de las analíticas se envían por este sistema, y se integran el 86% de los resultados. Se ha ahorrado, a una media de 4 minutos por registro de analítica, 1.290 días de médico en tareas administrativas. El sistema de seguimiento nos permite medir la latencia, frecuencia, estado o estadísticas (pruebas más demandadas, ubicación de más volumen de peticiones, etc.) de todo el proceso.

CONCLUSIONES
Satisfacción en el estamento médico, pues supone un ahorro importante de tiempo. Un sistema de gestión centralizado permite acceder en cualquier momento a una determinada analítica para ver su estado, sus posibles desviaciones o demoras o confirmar el éxito del circuito, lo que permite mejorar la calidad de la prescripción. Satisfacción en el personal administrativo de los centros de salud al simplificar el registro de recepción de pruebas analíticas. Mejora del registro de analíticas en la historia clínica al poder insertarse resultados que no se han solicitado pero que han sido calculados por el laboratorio en función de distintos algoritmos analíticos. Se evitan errores manuales al transcribir la información gracias a esta automatización y se consigue eliminar el papel utilizado hasta ahora en los volantes.

Contacto: Jesús Castellano Alarcón - jcastellano.gapm01@salud.madrid.org

P-239 LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LAS TUTORÍAS DE FORMACIÓN

Autores: Parrado Cuesta S, Zayas Carbajal MA.

OBJETIVO
Diseñar y elaborar un plan de análisis de la calidad para la evaluación de las tutorías de formación de la División de Gestión que aporte información sobre la calidad percibida por los alumnos y, paralelamente, sea una herramienta eficaz para detectar puntos fuertes y áreas de mejora, ayudando en el establecimiento de acciones de mejora en la formación.

MÉTODO
La encuesta del grado se satisfacción se diseñó atendiendo a los criterios del modelo EFQM de calidad. En su confección, se tuvieron en cuenta tanto los requerimientos de calidad del hospital, en cuanto institución, como los desarrollados por otros investigadores y comunidades en el ámbito educativo y dentro del modelo EFQM. Se aplicó el ciclo PDCA de mejora continua, realizando una planificación previa de todo el proceso y diseñando e implantando el modelo de encuesta de forma sistemática. El conjunto de referencia sobre el que se realizó la encuesta fue el universo de la población.

RESULTADOS
Se diseñó un cuestionario de 27 ítems en el que se valoraron un total de 6 criterios y un apartado de acciones de mejora, de los cuales 25 corresponden a variables cuantitativas discretas en una escala 0-10 y 2 son ítems con variables cualitativas de respuesta abierta. Estos 27 ítems se agruparon de la siguiente forma: 1) Indicadores de organización y estrategia: 4 ítems encuadrados en el criterio de planificación y estrategia. 2) Indicadores de recursos humanos: 7 ítems agrupados en dos criterios: a) personal: interacción con los estudiantes, b) alianzas y recursos. 3) Indicadores de resultados del aprendizaje: 7 ítems agrupados en dos criterios: a) procesos: diseño y gestión; b) resultados en el cliente (grado de satisfacción del alumno: lo esperado). 4) Indicadores de participación y promoción: 7 ítems agrupados en dos criterios: a) resultados en las personas (alumno como cliente principal: lo recibido); b) acciones de mejora: 1 ítem cuantitativo de escala 0-10. 5) Establecimiento de acciones de mejora: 2 ítems cualitativos de respuesta abierta.

CONCLUSIONES
La encuesta se mostró como un excelente medidor de la calidad de la formación de los alumnos en prácticas, y evidenció aquellos aspectos que deberán ser revisados para adecuarlos a las expectativas que el alumno tiene cuando solicita las prácticas de formación en nuestro centro. Los resultados obtenidos guardan relación con el grado de atractivo que nuestro hospital tiene entre los estudiantes de los ciclos formativos y universitarios que se tutorizan.

Contacto: M. Soledad Parrado Cuesta - sparrado@hleo.sacyl.es

P-240 UTILIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC). ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LAS EXPLORACIONES

Autores: Brunetti JM, Delgado R, Ribó C, Ibáñez JR, Llobet JM, Orce I.

OBJETIVOS
1) Estudiar las características de las exploraciones realizadas mediante TC. 2) Comprobar la idoneidad de las peticiones de TC respecto al protocolo recomendado, publicado en el 2001.

MÉTODOS
Se estudiaron todas las peticiones de TC del mes de noviembre de 2005. 1) Se recogieron datos del asegurado (edad, género), la especialidad del médico peticionario, la zona anatómica estudiada, las exploraciones previas y los datos clínicos sobre el motivo de la solicitud de la prueba. 2) Se evaluó la adecuación o no al protocolo recomendado.

RESULTADOS
Se estudiaron los 1.141 TC, realizados a 1.018 pacientes distintos. Al 11,49% de los mismos se les realizó más de un TC el mismo día. La edad media fue de 62 años. El intervalo de edad con mayor número de TC quedó establecido en 71-80 años (27,58%). El 54,32% (n = 553) de los TC fueron realizados a mujeres. Las principales especialidades peticionarias fueron Traumatología, con el 11,59% (n = 133), y ORL, con el 11,06% (n = 127). Las localizaciones más frecuentes fueron el TC abdominal, con el 27,87% (n = 318), y el torácico, con el 22,44% (n = 256). La adecuación al protocolo se situó en el 72,57% (n = 828), no lo cumplían un 3,59% (n = 41), y el 17% (n = 194) de los casos tenían datos insuficientes en la hoja de petición. Un 6,84% de las peticiones (n = 78) estaban en blanco. Por localizaciones, el cumplimiento más elevado del protocolo fue en los TC de cuello (80,89%) y tórax (80,47%). La menor adecuación se dio en el cerebral, con el 60,23%. Por especialidades, Oncología Médica, con un 95,97%, fue la que se ajustó más al protocolo, seguida de Neumología (84,29%) y Neurología (58,82%), que fue la de menor adecuación.

CONCLUSIONES
1) Destaca el número de casos con datos insuficientes o sin datos (23,87%), que no permite valorar la idoneidad de la exploración. 2) Esta falta de datos también es un problema asistencial para los radiólogos en la realización de la prueba. 3) La sobreutilización de esta técnica supone un sobrecoste y un incremento del riesgo para los pacientes por irradiación innecesaria. Las acciones correctoras que se han puesto en marcha son: 1) Se ha revisado el protocolo y se ha enviado en mayo de 2007 a los médicos del cuadro facultativo, junto a los resultados de este estudio. 2) Controlar la autorización de las peticiones sin datos sobre el motivo de la exploración.

Contacto: José M Brunetti Novella - cgestio@retemail.es

P-241 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PRECOZ DE LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Aginaga JR, Avilés J, Antolinez X, Romeu M, Palenzuela R, Oria C.

INTRODUCCIÓN
El envejecimiento progresivo y la pluripatología de los pacientes conllevan en ocasiones un desenlace fatal, bien en los mismos servicios de urgencias hospitalarios (SUH) o de forma precoz tras su ingreso en la planta de hospitalización. La detección de estas situaciones potenciales por parte de los médicos de SUH resulta importante para poder trasmitírsela a los familiares y al resto del personal sanitario, y poder activar aquellas medidas tendentes a evitarlas o para dar una mejor atención al final de la vida. Además de los indicadores de calidad establecidos en la gestión del proceso de urgencias según la norma ISO 9001:2000 (mortalidad en urgencias y mortalidad precoz tras ingresos desde urgencias), a partir de 2006 se estableció como indicador la constancia escrita de la información transmitida a los familiares y a la planta de hospitalización de la gravedad del paciente.

METODOLOGÍA
Análisis de los pacientes (pac.) fallecidos en las primeras 48 horas tras su ingreso en planta de hospitalización. Período de estudio: del 1/1/2006 al 31/12/2006. Análisis de las historias clínicas, con valoración de los datos epidemiológicos, las atenciones previas en menos de 15 días y la constancia escrita sobre la gravedad, la información administrada a la familia y las medidas necesarias a adoptar en la planta de hospitalización.

RESULTADOS
Del total de 96.089 urgencias (urg.) atendidas en dicho periodo (media de 263 urg./día), fallecieron en urgencias 95 pac. (0,1%). Del total de 21.573 urg. ingresadas (media de 59 pac./día, porcentaje de urg. ingresadas del 22,45%), fallecieron en la planta de hospitalización en las primeras 48 horas 375 pacientes (1,74%). Media de edad de 75 años (DE: 15, rango 22-101). Menos de 50 años: 28 pac. Por especialidades, 133 pac. en Medicina Interna, 88 en CMI, 39 en Oncología Médica y 26 en Neurología. Se registraron resultados analíticos y de las constantes vitales que indicaban gravedad del 26% al 60%, con reflejo escrito en la historia clínica de la información transmitida a los familiares en el 28,57% y a la planta en el 14,28%.

CONCLUSIONES
Transmitiendo en la sesiones clínicas la importancia de reflejar por escrito la información transmitida de forma verbal, se ha conseguido aumentar los indicadores de información. Deberían establecerse predictores objetivos, basados en los resultados analíticos y en las constantes vitales, que nos indicaran la gravedad, el pronóstico del paciente y la probabilidad de un desenlace fatal.

Contacto: José Ramón Aginaga Badiola - joseramon.aginagabadiola@osakidetza.net

Mesa 16

CONTINUIDAD ASISTENCIAL 2

P-242 - P-256

P-242 AGILIZAR LA CITACIÓN POST ALTA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA MEDIANTE CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN CURAS

Autores: Abad A, Grau M, Ballbé R, Padilla C.

INTRODUCCIÓN
Para agilizar y cumplir los tiempos de estancia en pacientes ingresados con patología quirúrgica en un servicio de Cirugía Ortopédica (CORT) es preciso contar con el soporte de unas consultas externas (CCEE) que puedan garantizar la continuidad de cuidados posasistenciales; a este fin contribuye la atención programada especializada en curas. Se estimó que no todas las curas precisan valoración médica, creándose así una agenda de curas especializadas de enfermería con total autonomía y autogestión.

OBJETIVO
Contribuir a la disminución del tiempo de espera en la citación de la primera cura extrahospitalaria, garantizando la continuidad de cuidados mediante citación ambulatoria en CCEE.

METODOLOGÍA
En una primera fase: médicos de CORT, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y enfermería de traumatología de CCEE elaboran los protocolos; se reduce el ámbito de actuación a pacientes con prótesis de cadera y rodilla –cuyo seguimiento es efectuado por la enfermera clínica de CORT– y la patología del pie a cargo y control desde CCEE por la enfermera de CORT. Se consensúan criterios de inclusión y se elabora una agenda específica de enfermería donde se cita la primera cura después del alta y radiología si se precisa. Se elaboran guías de trabajo para determinar criterios de exclusión y derivar al traumatólogo los pacientes que presenten patología o problemas posoperatorios fuera de estándar decidido. En función del tipo de patología y, siguiendo los protocolos, se procede a la citación posterior a esta primera cura. Se establece un calendario por patología donde se estipulan las curas sucesivas, pruebas diagnósticas asociadas y recomendaciones, así como el control de dispositivos (ortesis, inmovilizador).

RESULTADOS
La implantación se lleva a cabo en julio de 2006, con una valoración de 78 pacientes. En el primer semestre de 2007 se han incluido 122 pacientes en una agenda personalizada de dos días por semana.

CONCLUSIONES
El seguimiento de enfermería especializada en atención programada garantiza una disminución del tiempo de espera en la primera cura, un eficaz sistema de evaluación y seguimiento del paciente quirúrgico y proporciona un circuito eficiente de los recursos hospitalarios con beneficio funcional, social y económico. Dado el grado de aceptación del sistema, se prevé para octubre de este año incrementar la actividad, ampliando su campo de actuación para la cirugía de la mano.

Contacto: Andrés Abad Benavente – andres.abad@sanitatintegral.org

P-243 ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DETECTADAS MEDIANTE REGISTRO INFORMATIZADO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Autores: Cabezali-Sánchez C, Emparan-García de Salazar C, Soriano-Gil-Albarellos P, Jiménez-Buñuales T, Ube-Pérez J, Hernando-García V.

OBJETIVO
Analizar los resultados obtenidos a los dos años de la implantación del proceso, detectados en la Unidad de Cirugía General, de un indicador crítico del proceso (complicaciones) y su correlación con el grado de complejidad quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS
Hospital comarcal de 85 camas con alto grado de actividad ambulatoria global (70%). Se presentan los resultados referentes a la tasa global de complicaciones y según los grados de complicación establecidos en la escala de Clavien modificada de 2004 (*Annals of Surgery*, 2004: 240(2):205-213), que establece los diferentes grados desde leve a exitus, en función de las repercusiones del tratamiento. El grado de complejidad quirúrgico se subdivide en tres grupos según se realice o no cirugía intraabdominal. Se analizó la correlación (estimando el coeficiente de correlación lineal y el análisis de regresión múltiple) empleando el paquete estadístico Minitab y el programa Statgraphics.

RESULTADOS
Entre enero de 2005 y abril de 2007 han sido ingresados un total de 1.735 pacientes, y han sido intervenidos de forma programada o urgente el 85,35%. Tasa global de complicaciones del 18,27% (correspondientes a 372 registros), distribuidas de la siguiente manera: grado 1 (47,31%), grado 2 (22,54%), grado 3 (11,02%), grado 4 (2,15%) y grado 5 (17,47%). El coeficiente de correlación lineal estimado entre la complejidad de la intervención y la aparición de complicaciones fue en las complicaciones graves (niveles 2-4) de $r > 0,80$, y el nivel del coeficiente de determinación $R2 > 0,75$, lo que indica una clara correlación entre la complejidad quirúrgica y la aparición de complicaciones. En las complicaciones de nivel 1 no se apreció una relación clara entre la complejidad de la intervención y la aparición de complicaciones.

CONCLUSIONES
1) El análisis de las complicaciones, obtenidas a partir de un registro informatizado obligatorio en el momento de realizar el informe de alta, resulta útil para la valoración de la calidad asistencial y de la seguridad de los pacientes. 2) Dicho análisis favorece una mejor gestión de los parámetros asistenciales del proceso y de los parámetros de gestión (facturación en función de los GRD con o sin complicaciones).

Contacto: Roger Cabezali Sánchez - rcabezali@fhcalahorra.com

P-244 EL ESTADO FUNCIONAL DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN, LA IMPORTANCIA DE SU CONOCIMIENTO Y EL *CONTINUUM* ASISTENCIAL

Autores: Cucullo JM, García-Arilla E, Alarcón J, Cánovas C, Ochoa P.

OBJETIVO
Describir las características de una población geriátrica hospitalizada desde la perspectiva de su situación funcional.

MÉTODO
Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes durante el año 2006. Ámbito: Área de Hospitalización de Servicio de Geriatría. Variables estudiadas: edad, sexo, procedencia (programada, urgencias), destino (domicilio, residencia, exitus), días de estancia, reingreso precoz, vive solo o no, domicilio o residencia, índice de Barthel previo y al ingreso (IBP/IBI) (estado funcional), comorbilidad, demencia previa, fármacos al alta y psicofármacos. Resultados: 1.420 pacientes, 63% mujeres y 37% hombres, edad media de 84,5, estancia media de 14,3 días, 73% de ingresos urgentes, 27% de programados, reingreso precoz en un 3,3%, mortalidad del 20%. Índice de Barthel (IBP/IBI) (93% de los pacientes): IB 100: 4,5%, IB > 65: 22%, IB < 45: 62%, y el 40% < 20 (dependencia total), el 23% de los pacientes son mayores de 90 años y tienen un IB < 65 el 75%, viven solos 104 (7,4%), de los que la mitad tienen un IB < 45 (dependencia severa); tienen un IB < 20 el 50% de los pacientes procedentes de residencia y el 32% de los de domicilio, el 46% de todos los hospitalizados tienen como comorbilidad una demencia de distintos grados, en el 19 y el 24% de las altas a domicilio y residencia, respectivamente, se pautan 7 o más fármacos, y el 56% de todos los casos tienen prescritos psicofármacos.

CONCLUSIONES
El conocimiento de la situación funcional previa y al ingreso, en el contexto de una valoración geriátrica integral, permite clasificar a los pacientes muy mayores hospitalizados por procesos agudos en distintos grados de dependencia. El seguimiento de la evolución de la situación funcional desde el ingreso hasta el alta en pacientes sin dependencia previa y por diferentes procesos sigue siendo una propuesta de mejora inacabada. Intervenciones preventivas, durante el proceso de hospitalización y en la fase inmediata posterior al alta, para preservar capacidad funcional en situaciones de independencia o dependencia leve y moderada, que deben ser consideradas en un programa individual de atención de una población frágil que necesita continuidad asistencial en el paso del hospital al domicilio.

Contacto: José Manuel Cucullo López - jmcucullo@salud.aragon.es

P-245 CREACIÓN DE UN ESPACIO PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

Autores: De la Cerra-Guirao P, Gómez-Colledfors MC, Soriano-Hernández FJ, Valverde-Iniesta JJ.

INTRODUCCIÓN
El ingreso en el hospital por diagnóstico de cáncer es vivido por el paciente y la familia como un acontecimiento especialmente traumático, ya que supone una brusca ruptura con su vida cotidiana y una privación de su entorno (su ambiente, los amigos, la escuela, el trabajo), así como una pérdida de contacto con su medio físico habitual y un contacto prolongado con el hospital, un medio desconocido, extraño y generalmente frío y pobre de estímulos.

OBJETIVO
El objetivo a conseguir es lograr el máximo bienestar de los pacientes, dándoles calidad vida, durante su estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO
Los pacientes y sus cuidadores primarios diagnosticados de una enfermedad oncológica pasan largos periodos de tiempo en el hospital; esto supone para ellos una pérdida de autonomía (que les imposibilita seguir desempeñando sus actividades diarias) y una limitación de espacio y restricción de movilidad (pérdida de intimidad y privacidad) que contribuyen a aumentar los sentimientos de inutilidad, ansiedad y temor. Las sesiones educativas para familiares y pacientes están programadas los miércoles de 12.00 a 13.00 h. En ellas se informará sobre contenidos médicos, cuidado del enfermo, apoyo psicológico y ayudas sociales. Existe un buzón de sugerencias donde agradeceremos que deposite cualquier comentario que nos ayude a mejorar el funcionamiento o la habitabilidad de la sala y de la planta. Igualmente, se ha elaborado una hoja informativa que recoge todo lo referente al uso y disfrute de la salita. Se ha elaborado una encuesta para detectar el grado de satisfacción de los pacientes. Se están recogiendo datos para su tabulación y posterior inclusión en el póster.

RESULTADOS
El entorno o espacio físico es una variable muy importante en la calidad de vida de los pacientes y familiares de cáncer, siempre dispuesta a mejorar. A espera de los resultados objetivos, cabe comentar que la percepción subjetiva es de haber conseguido con creces el objetivo marcado, que es mejorar la calidad del bienestar de los pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES
Los ambientes no son pasivos e influyen en el estado de ánimo de las personas; por eso, cuidando el espacio físico hospitalario estamos cuidando de las personas que se mueven en ese espacio y favoreciendo su adaptación al medio. Hay que favorecer la proliferación de estos espacios para aumentar el bienestar de los pacientes y sus familias.

Contacto: Pilar de la Cerra Guirao - mariap.cerra@carm.es

P-246 EFECTIVIDAD EN EL MANEJO TERAPÉUTICO VINCULADO AL SOPORTE FAMILIAR O SOCIAL

Autores: Espelt-Aluja P, Giménez-Rubio MC, Canela-Armengol TM, Ocaña-Vedia E, González-Gonzalo S, Rodríguez-Fernández M.

JUSTIFICACIÓN
La estructura familiar y social está cambiando en nuestro entorno y en la población en general. Desde la Unidad de Gestión de Casos Complejos hemos observado que este es un condicionante que se vincula directamente a situaciones de enfermedad en las que el cumplimiento del régimen terapéutico es importante para la correcta evolución del proceso de salud y condiciona la forma en que enfocamos el abordaje terapéutico. En nuestro entorno periurbano existen importantes núcleos de población en los que la estructura familiar y social está muy degradada, por lo que consideramos importante el conocimiento de la situación para mejorar la efectividad de la intervención de enfermería.

OBJETIVO
Conocer las situaciones de riesgo social en la población de referencia para la unidad. Identificar la influencia de la situación social de riesgo relacionada con los procesos identificados con manejo terapéutico inefectivo.

METODOLOGÍA
Análisis descriptivo de los condicionantes sociales de la población que demanda la intervención de la gestora de casos para mejorar el manejo del régimen terapéutico. Variables: estructura familiar y social, convivencia, relaciones sociales, soporte de la red social, diagnóstico NANDA, manejo inefectivo del régimen terapéutico, resultado esperado NOC, conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.

RESULTADOS
En un periodo de dos meses se ha obtenido el resultado esperado NOC "Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico" en el 77% de las situaciones. En un 33% de los casos aún no se ha conseguido el resultado esperado. De los resultados, en un 40% con cambios en la estructura familiar, a veces con la incorporación de un cuidador principal. Un 30% sin cambios en la estructura familiar y con adquisición de conocimientos y un 30% de los casos recurriendo a la institucionalización.

CONCLUSIONES
La existencia de un soporte social o familiar que mediante su colaboración garantice la continuidad de los cuidados es un elemento clave para asegurar el cumplimiento terapéutico.

Contacto: Pilar Espelt Aluja - pespelt.tarte.ics@gencat.net

P-247 EXPERIENCIA DE PUESTA EN MARCHA DE LA CITACIÓN POR UNIDADES

Autores: Saldaña ML, Vélez M, Yurss I, Zabala A.

INTRODUCCIÓN
En Traumatología, los médicos de Atención Primaria (AP) pueden elegir entre los especialistas abiertos a AP para derivar pacientes. En el 16% de los casos y tras una primera consulta, el paciente es rederivado a otra agenda de la misma especialidad.

OBJETIVOS
Disminuir consultas "duplicadas" de escaso valor añadido para el paciente. Organizar las agendas en unidades especializadas (UE) para lograr la mejor derivación. Reducir la demanda autogenerada de primeras consultas.

MÉTODOS
En noviembre 2006 se acuerda agrupar las agendas de los 2 principales centros de atención traumatológica en las siguientes unidades: extremidades superiores (EESS), extremidades inferiores (EEII), rodilla, lumbalgia, general. Uno de ellos estaba organizado por unidades. El otro combinaba agendas "filtro" y UE. Los centros presentan una relación de 30/70 en recursos. Se presentan datos del año 2007 acumulados a mayo y se comparan con el mismo periodo de 2006.

RESULTADOS
Al mes del cambio, los médicos de AP han asumido la cita por unidades y comienza el trasvase de la unidad general a las UE. Percibimos que la lista de espera se acumula en el centro A (organizado por unidades), por lo que se reconvierten agendas del centro B de general a UE para redistribuir a los pacientes. La demanda acumulada en mayo de 2007 por unidades aporta los siguientes pesos: EESS (14%); EEII (22,2%), rodilla (9,4%), lumbalgia (4,2%), general (50,2%). En la actualidad, la autoderivación se ha mantenido, aunque en el centro A ha disminuido en un 1,1% y en el B ha subido en la misma proporción. La espera media por unidades, a mayo de 2007, ha pasado de 53 días a 44 comparada con la de diciembre. Destacan los 28 días de disminución en EESS. El resto queda en ± 4 días.

CONCLUSIONES
Ante la apertura de unidades especializadas en traumatología, se plantean los siguientes puntos de mejora. Monitorización de la situación para adoptar medidas correctoras necesarias hasta llegar al ajuste óptimo tanto entre oferta y demanda como entre centros, manteniendo la relación 30/70. Las unidades deben tener una oferta de agendas proporcional a la demanda que van a presentar. La apertura del calendario de citación deberá ser simultánea en los dos centros para mantener la proporcionalidad 30/70. A debate: ¿Es conveniente fragmentar la demanda? ¿Queremos derivar mejor los pacientes aunque la espera sea mayor o, por el contrario, priorizamos esperas menores aunque la derivación sea menos depurada?

Contacto: María Luisa Saldaña Lusarreta - msaldanl@cfnavarra.es

P-248 PACIENTE FRÁGIL HOSPITALIZADO: DETECCIÓN DE NECESIDADES Y PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Autores: Padilla C, Esteve J, Vernet A, Llaurado C.

INTRODUCCIÓN
La continuidad asistencial es reconocida como una de las dimensiones de calidad del proceso asistencial, que nos informa de cómo se desarrollan las actuaciones del conjunto de servicios y profesionales que han intervenido durante el proceso de hospitalización. Es cada vez mayor el número de pacientes frágiles y geriátricos que ingresan en los hospitales que precisan una mejor coordinación de recursos y tener garantizada la continuidad asistencial al alta. En estos pacientes es fundamental una estrategia de detección precoz de necesidades, una valoración geriátrica integral y un plan individualizado de planificación del alta. Asimismo, es necesario desarrollar estrategias y/o protocolos que garanticen el "*continuum* asistencial" entre Atención Primaria de Salud (APS), Atención Especializada (AE) y Atención Sociosanitaria (ASS).

OBJETIVO
Describir las consultas realizadas a la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS), los profesionales y servicios clínicos que realizan la demanda de valoración integral y la derivación al alta de los pacientes.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo de las consultas realizas por el equipo asistencial a la UFISS durante el año 2006, y solicitud de valoración geriátrica integral. Se recogieron las variables: edad, género, servicio clínico que realiza la consulta y recurso utilizado al alta.

RESULTADOS
Del total de 656 consultas a la UFISS, 493 (75,12%) fueron realizadas por servicios clínicos (equipo médico y equipo de enfermería) y 163 (24,85%) por Trabajo Social. La edad media fue de 80,83 años (58-101), con un 60,36% de mujeres y un 39,64% de hombres. Servicios clínicos que solicitan valoración: Medicina Interna 122 (24,75%), Cardiología 80 (16,22%), Cirugía Ortopédica 80 (16,22%), Neurología 62 (12,57%), Respiratorio 60 (12,17%) Cirugía General 25 (5,07%), y otros servicios, 64 (12,95%). De los 656 pacientes, 340 (51,82%) fueron dados de alta a domicilio con soporte de APS, 52 (7,92%) fueron exitus en el hospital y 264 (40,24%) se trasladaron a centros sociosanitarios.

CONCLUSIONES
La identificación precoz y la atención integral de la población frágil permite detectar y disponer al alta el recurso sociosanitario más adecuado, con lo que se evitan en muchos casos estancias hospitalarias inapropiadas.

Contacto: Catalina Padilla Llamas - catalina.padilla@sanitatintegral.org

P-249 UNIDAD DE VALORACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores: Martín MA, Antoñanzas T, Escribano MT, Altarribas E.

OBJETIVOS
Planificar y poner en marcha una Unidad de Valoración de Pacientes Crónicos y Dependientes. Fomentar la coordinación entre niveles asistenciales. Realizar la valoración funcional y cognitiva de PCD de las unidades de Traumatología, Neurología y Medicina Interna C.

MÉTODOS
Reuniones de coordinación con directivos del SALUD y el hospital de convalecencia, responsables de enfermería y trabajo social y médicos de los servicios participantes, y con enfermera de enlace de sector. Captación de pacientes de forma activa y por derivación. Entrevistas a pacientes y cuidadores.

RESULTADOS
Puesta en marcha de la Unidad de Valoración de Enfermos Crónicos Dependientes, compuesta por una enfermera que se coordina con una enfermera de enlace de sector y distintos profesionales del hospital. Actividades realizadas en el plazo de un año: pacientes valorados: 483, a los que se les ha realizado una valoración funcional y cognitiva previa al ingreso y otra al alta. Detección precoz del riesgo social. Emisión de informe de valoración a la enfermera de enlace de sector. Altas a residencia: asesoramiento sobre aspectos de vigilancia y prevención. Altas a domicilio: planificación del alta, preparación del cuidador domiciliario: educación sanitaria en materia de administración de medicación, prevención de UPP, movilización del enfermo y asesoramiento sobre material ortoprotésico, etc. Altas a hospital de convalecencia: emisión de informe de valoración. Otras actividades: intervención en problemas de coordinación entre Atención Primaria y Especializada: facilitar material de almacén difícil de obtener en Atención Primaria, aclaración de dudas acerca de tratamientos prescritos al alta, etc. Gestión de citas: agrupación de citas en consultas externas o concertación de cita de revisión. El porcentaje de pacientes valorados en el plazo de 4 días desde el ingreso en Traumatología es del 57%, en Neurología del 29% y en MI del 56%. El porcentaje de pacientes valorados 4 o más días antes del alta en Traumatología es del 96%, en Neurología del 70% y en MI del 66%.

CONCLUSIONES
Aspectos positivos. Se ha mejorado la coordinación entre niveles facilitando la comunicación de los profesionales y la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario. Aspectos negativos. Hay que mejorar la derivación de pacientes a la unidad por parte de los profesionales y la gestión de citas. Se debe aumentar la información a los cuidadores.

Contacto: María Ángeles Martín Burriel - eruber@able.es

P-250 ATENCIÓN URGENTE HOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA EN EL ÁREA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA: LA CONVIVENCIA POSIBLE

Autores: Rubial-Bernárdez F, Novo-Platas J, Rodríguez-Cabo E, Cerqueiro-Gómez S, Alende-Sixto R, Caramés-Bouzán J.

INTRODUCCIÓN
La puesta en marcha de un punto de atención continuada (PAC), compartiendo estructura y espacios con el servicio de urgencias del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) durante el año 2006, ha supuesto una remodelación completa de la atención urgente en el área, y ha significado una apuesta por la integración y coordinación de todos los recursos disponibles.

OBJETIVOS
1) Conocer la influencia de la implantación del PAC en la actividad asistencial del área. 2) Analizar ventajas e inconvenientes del modelo organizativo valorando el impacto desde el punto de vista de la efectividad y la eficiencia.

MÉTODOS
Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo de carácter retrospectivo en el que se analizaron distintas variables: repercusión sobre la frecuentación hospitalaria, análisis de la derivación, consumo de recursos, etc.

RESULTADOS
En los 7 primeros meses de funcionamiento del PAC se atendieron a 27.550 pacientes, de los que 3.210 (un 11.65%) fueron derivados al servicio de urgencias hospitalario. Paralelamente, se produjo una reducción en el servicio de urgencias del CHUS de 5.075 atenciones (un 3,11%), y no se vio alterado el volumen de ingresos urgentes. Se ha producido un descenso en el número de solicitudes analíticas y de pruebas radiológicas de un 7,3 y un 6,5%, respectivamente.

CONCLUSIONES
1) La presencia de un PAC que comparte estructura física con el servicio de urgencias hospitalario reduce sensiblemente el número de atenciones hospitalarias urgentes totales, y no afecta al número de ingresos. Esta reducción se produce a expensas de la patología menos grave. 2) Las derivaciones internivel han sido bajas y han estado marcadas por la correcta coordinación. 3) Se ha detectado una reducción de solicitudes, tanto analíticas como radiológicas. 4) La convivencia espacial y coordinada de dispositivos asistenciales de atención primaria y atención especializada está resultando efectiva y eficiente en nuestra área y puede suponer un modelo organizativo aplicable en otras áreas sanitarias.

Contacto: Félix rubial bernardez - dop.chus@sergas.es

P-251 ADHERENCIA DE LOS PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD A LOS EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA

Autores: Medina-Mirapeix F, Montilla-Herrador J, Lillo-Navarro MC, Escolar-Reina P, Del Baño-Aledo ME, De Oliveira-Sousa SL.

OBJETIVO

Describir el nivel de adherencia de los padres de niños con discapacidad a la realización de los ejercicios domiciliarios de fisioterapia en la frecuencia y duración recomendadas.

MÉTODOS

Un total de 238 padres contestaron en calidad de cuidador principal a una encuesta para determinar el nivel de adherencia a los ejercicios domiciliarios de fisioterapia en la frecuencia y duración recomendadas. Ambos fueron medidos solo en los casos en que se realizó la recomendación. El nivel de adherencia a la frecuencia recomendada fue determinado por el porcentaje relativo resultante de comparar la frecuencia semanal recomendada y la realizada. El nivel de adherencia a la duración recomendada fue determinado por una escala de valoración de la frecuencia percibida. Esta escala mide la frecuencia percibida en que se respeta la duración recomendada cuando se realizan los ejercicios, y las opciones de respuesta son una escala Likert de 5 puntos que varía de nunca (1) a siempre (5).

RESULTADOS

Se indicó la frecuencia de los ejercicios a 160 padres y la duración a 173. La frecuencia recomendada por los fisioterapeutas varió de 1 días a 7 días, con una media de 5,3 días (DE = 2,0). La adherencia a la frecuencia recomendada osciló entre 0 y 100, con una media de 75,7% (DE = 53,9). El nivel de adherencia a la duración recomendada fue nunca (para el 3,5% de los padres), casi nunca (4%), a veces (35,3%), casi siempre (44,5%) y siempre (12,7%). El porcentaje de padres que tuvieron una baja adherencia a la frecuencia recomendada (porcentaje inferior al 80%) fue del 50,6%, y a la duración recomendada (opciones nunca, casi nunca y a veces) fue del 42,8%.

CONCLUSIONES

La adherencia de los padres a los ejercicios domiciliarios es un problema de magnitudes importantes, tanto en su componente de frecuencia como en el de duración. Comunicación posible gracias al proyecto PI052418 financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Contacto: Francesc Medina - mirapeix@um.es

P-252 ASPECTOS IMPLICADOS EN CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO: ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

Autores: Medina-Mirapeix F, De Oliveira-Sousa SL, Escolar-Reina P, Navarro-Pujante E, Meseguer-Henarejos AB, Del Baño-Aledo ME.

OBJETIVO
Explorar a partir de las percepciones, puntos de vista y opiniones de los profesionales de fisioterapia, enfermería y medicina los elementos que permiten/dificultan que la atención fisioterápica necesaria se preste de una forma continuada y coherente al paciente hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se utilizó la técnica de grupos focales y entrevista en profundidad. Los sujetos de estudio fueron profesionales sanitarios de diversos servicios de hospitalización y del servicio de fisioterapia de un hospital. Se realizaron un total de 3 grupos, que se estratificaron por tipo de profesional y servicio. La información obtenida fue transcrita y analizada en tres fases sucesivas: identificación de unidades de análisis, agrupación en categorías y análisis de los aspectos implicados en la atención continuada. Para la verificación del análisis, en las fases intermedias se realizó una triangulación entre varios observadores tanto en la selección de las unidades de análisis como en su codificación.

RESULTADOS
Las dimensiones implicadas en la continuidad de cuidados son cuatro: los retrasos y tiempos de espera, la coordinación entre los proveedores, la continuidad de información entre proveedores y, por último, la información al paciente sobre cuidados necesarios. Todas son relevantes para las tres áreas profesionales entrevistadas. Según los profesionales, los retrasos están implicados en el inicio y desarrollo de la atención durante la hospitalización y también en la continuidad de los cuidados tras el alta. La información al paciente sobre los cuidados necesarios también se asocia a continuidad durante la hospitalización y alta. El resto de dimensiones son relacionadas solo con el periodo de hospitalización.

CONCLUSIONES
De acuerdo con los profesionales, la continuidad de los cuidados de fisioterapia del paciente hospitalizado depende de los retrasos, la coordinación entre proveedores, la continuidad de información entre proveedores y la información al paciente sobre cuidados necesarios. Proyecto financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Murcia (Proy P1EMCA06/12).

Contacto: Francesc Medina - mirapeix@um.es

P-253 INTRODUCCIÓN DE LA REGLA EVA COMO INDICADOR PARA LA MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS

Autores: Preciado-Barahona MJ, Aranzabal-Conde MA, Veras-Sanz JA, Romeu-Antelo MF, Aginaga-Badiola JR, Gala-de Andrés M.

OBJETIVOS
Conocer la situación de partida respecto a la analgesia que dispensamos. Obtener indicadores como instrumentos de evaluación de la calidad asistencial. Monitorización periódica y difusión de los resultados a los profesionales. Implantación de medidas de mejora protocolizando procedimientos o cuidados de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo de 100 historias clínicas (HC) de pacientes atendidos en urgencias de marzo a junio de 2006 a los que se administró analgesia. Se excluyen los pacientes con dolor a los que no se administró analgesia. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta, intensidad del dolor preanalgesia según EVA (escala visual analógica), analgesia prescrita, intensidad del dolor posanalgesia según EVA.

RESULTADOS
Durante el estudio y en reuniones mensuales realizadas con el personal de enfermería, recordamos la utilización de la regla EVA antes y después de la analgesia. Al revisar las HC de los pacientes a estudio tuvimos un registro del 10% de EVA. En el resto de pacientes existe un registro del nivel de dolor con una escala verbal (mejoría significativa, sin dolor, no hay mejoría) tras la analgesia. El consumo de cloruro mórfico en 2006 es de 2,3 ampollas por cada 100 pacientes.

CONCLUSIONES
Hemos incluido en la hoja de enfermería digital el parámetro de ID (índice de dolor), con valores de 0 a 10, para facilitar el registro y la monitorización del indicador. Se ha dotado y formado a las enfermeras en el manejo de la regla EVA. Se ha incidido en que la cumplimentación de esta constante se debe realizar siempre que corresponda. Se ha establecido la revisión mensual del indicador por la enfermería y este se llevó a cabo de enero a junio de 2007. Se han realizado sesiones clínicas sobre el manejo del dolor. En las revisiones realizadas se ha constatado una mejoría en la cumplimentación del ID, que es en la actualidad del 50%. El consumo de opiáceos es de 3,4 ampollas por cada 100 pacientes. Disponemos de datos objetivos para valorar el manejo de los pacientes con dolor que acuden a nuestro servicio. El análisis de los resultados ayuda a consolidar la monitorización de la regla EVA como una constante más. Es importante que sea el propio personal el que analice los resultados, ya que se consigue una mayor implicación en la cultura de la evaluación y aumenta la motivación de los profesionales de enfermería.

Contacto: María Jesús Preciado Barahona - mjprecia@chdo.osakidetza.net

P-254 MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA ESPECIALIZADA

Autores: Maiquez-Mojica V. Góngora-Hervás J, Robles-Vicente M, Carrillo-Izquierdo MD, Egea-Marmol MD, Velasco-Pérez R.

INTRODUCCIÓN
Al inicio del año 2006 se lleva a cabo una reunión con los enfermeros de los centros de atención primaria de la zona, en la cual se trató el tema de la comunicación interprofesional entre la atención primaria y la especializada. En esta reunión, el Hospital de Molina se compromete a mejorar este aspecto. Se procede a la elaboración de un documento de registro que nos permita realizar una valoración del paciente al alta por parte del personal de enfermería, documento que se adjunta al informe médico al alta. El paciente, una vez dado de alta, entregará este documento a un enfermero de atención primaria. Durante el primer trimestre del 2006 se procede a la elaboración de dicho documento y a su puesta en marcha en las planta de medicina interna.

OBJETIVOS
1) Mejorar la relación profesional entre la enfermería de atención primaria y la de atención especializada. 2) Mayor información al paciente y/o su familia sobre su estado general al alta con un lenguaje de fácil comprensión.

MÉTODO
Una vez llevada a cabo la citada reunión, se elaboró un documento de valoración al alta de enfermería basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson en el que se recoge: datos personales, datos de interés, motivo de ingreso, diagnóstico, periodo de estancia hospitalaria, destino de paciente al alta, alergias, problemas crónicos de salud, necesidad de oxigenación/respiración, necesidad de nutrición e hidratación, necesidad de eliminación, necesidad de movilización, necesidad de higiene, heridas: localización y curadas, necesidad de comunicación, educación sanitaria al paciente y a la familia, firma del enfermero responsable y fecha. Trimestralmente, se realiza un muestreo aleatorio de 50 historias del archivo y comprobamos si estas incluyen la valoración al alta de enfermería y se registra si alguno de los apartados de la valoración está incompleto.

RESULTADOS
El 9,3% de los pacientes que no llevan valoración al alta son exitus y traslados a otro hospital, donde realmente la valoración al alta no es necesaria. El 2,66% de los pacientes que se van de alta no salen de nuestro hospital con el informe de valoración al alta.

CONCLUSIONES
Casi el 100% de los pacientes que se van de alta del Hospital de Molina se van con el informe de valoración al alta de enfermería, por lo que se considera que ha mejorado la comunicación entre la atención primaria de la zona y la especializada.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-255 EVALUACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS

Autores: Hernández-Roca L, Nicolás-Abellán A, Laveda López P, Vinuesa del Arco AB, De la Torre Merelles B, Crespo Carrión MJ.

OBJETIVO
Evaluar la continuidad de cuidados tras la implantación de marcapasos.

MATERIAL Y MÉTODO
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo retrospectivo de todos los pacientes a los que se les implantó un marcapasos y han estado ingresados en la Unidad de Cardiología. El periodo de estudio ha sido de mayo de 2006 a mayo de 2007. Se ha realizado una encuesta telefónica de estos pacientes, y se han evaluado las siguientes variables: edad, sexo, estancia media, complicaciones al alta, entrega de hoja informativa y cuidados prestados en atención primaria. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS
El total de pacientes incluidos en el estudio ha sido de 125, y se ha podido contactar con 50 (40%). La edad media de los pacientes fue de 76,1, con un rango de 29-88 años. El 56% de los usuarios fue hombre y la estancia media fue de 2,4 días. Al 100% de los pacientes se les había entregado informe de continuidad de cuidados. Un solo paciente presentó complicaciones al alta (hematoma). Se entregó folleto de educación sanitaria al 78% de los pacientes. Al 88% de los pacientes le retiraron la sutura en el centro de salud, el 72% de los pacientes refieren que la enfermera de atención primaria se quedó con el informe de continuidad de cuidados que remitimos desde el hospital a través del paciente y el 70% refiere que se han seguido las indicaciones de cuidados facilitadas desde la Unidad de Cardiología.

CONCLUSIONES
Tras analizar los datos obtenidos, podemos concluir que nuestros pacientes presentan una adecuada continuidad de cuidados al alta justificado por la ausencia de complicaciones tras la implantación de marcapasos.

Contacto: M. José Crespo Carrión - josefa.crespo@carm.es

P-256 LA GESTIÓN DE CALIDAD APLICADA A LAS SECRETARÍAS MÉDICAS

Autor: Parrado Cuesta S.

OBJETIVO
Diseñar y elaborar un manual de funcionamiento para las secretarías médicas que, dotándolas de uniformidad, permita conocer su funcionamiento interno al recoger la relación de actividades que se llevan a cabo en cada una de ellas.

MÉTODO
En el diseño de los protocolos se siguió la norma ISO 9000. Para la implementación se utilizaron las herramientas propias de la gestión: participación, información, divulgación y evaluación. Se aplicó el ciclo PDCA de mejora continua, con una planificación previa de todo el proceso, y se diseñó e implanto el modelo de manual de funcionamiento de forma sistemática. Se llevó a cabo la evaluación de los resultados para detectar debilidades y establecer acciones de mejora.

RESULTADOS
El Manual de Funcionamiento de las Secretarías Médicas recoge el funcionamiento interno de 48 secretarías médicas integradas en uno de los siguientes bloques: Servicios Médicos Quirúrgicos, Servicios Médicos no Quirúrgicos y Servicios Centrales. Cada secretaría de unidad tiene un código que la identifica en el Manual de Calidad de la División de Gestión y se relaciona con otros documentos y procedimientos que se indican. Todos los documentos tienen la misma estructura: 1) Cabecera: aparece en todas las hojas y contiene la información que permite identificar el tipo de documento. 2) Cuerpo: este apartado describe el objeto, norma, ubicación, horario de funcionamiento, uniformes e identificación, recursos humanos, recursos materiales, relación de tareas y documentos con los que se relaciona el protocolo. 3) Pie: aparece en todas las hojas y recoge las firmas de conformidad de las diferentes personas, departamentos y direcciones responsables tanto de la elaboración como de la aprobación del documento.

CONCLUSIONES
Como documento de calidad, el Manual de Funcionamiento no solo es una herramienta fundamental en la fase de adiestramiento, sino que constituye la base para la posterior elaboración de procedimientos y métodos, aumenta la eficiencia de los empleados mediante la consulta e implicación de todo el personal, y facilita la evaluación y revisión periódica que garantiza tanto la vigencia de su contenido como el establecimiento de rutinas de trabajo conocidas y consensuadas por todos los miembros del equipo.

Contacto: M. Soledad Parrado Cuesta - sparrado@hleo.sacyl.es

Mesa 17

GESTIÓN POR PROCESOS 2

P-257 - P-273

P-257 ANÁLISIS DE ERRORES EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA

Autores: Esnaola Aguirrezabala MJ, Zavala Aizpurúa E, Larretxea Etxarri R, Blanco García C, Ciria Santos JP.

INTRODUCCIÓN
La implantación de una cultura de seguridad debe estar presente en todo Servicio de Radioterapia. Desde la implantación de la norma ISO 9000:2000, se instaura un sistema de recogida de no conformidades o errores relacionados con la seguridad, asociado a una formación de sensibilización para todo el personal.

OBJETIVO
Analizar los errores producidos en el Servicio en la aplicación del tratamiento de radioterapia externa durante 4 años.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se revisan los registros, que incluyen las siguientes variables: NHC, fecha, tipo de error, valoración inmediata del impacto del error, mejoras introducidas.

RESULTADOS
De 57.486 sesiones de radioterapia externa administradas en este periodo, con un total de 219.105 campos (media 3,81 campos/sesión) detectamos 25 errores: localización mal seleccionada: 9; no identificación del paciente: 7; parámetros técnicos no verificados: 3; introducción de datos erróneos en el sistema de cálculo: 1; errores administrativos: 3; retrasos y demoras inicio de tratamiento: 2. En 2003 se detectaron 7 errores; 2 en 2004; 6 en 2005; 3 en 2006 y 2 en 2007. Globalmente, ocurrieron 4,35 errores/10.000 sesiones. Los errores detectados no tuvieron repercusión en el tratamiento del paciente, aunque sí llevaron a la puesta en marcha de diferentes acciones de mejora: marcar con un circulo el campo que se debe bajar primero, insertar e imprimir la foto de los campos de núm. en el reverso de la hoja de disimetría, marcar con fosforito el OK de la recepción del Fax, foto del paciente en la hoja de dosimetría, marcar el primer campo de verificación diaria, incluir foto de campo de tratamiento en la ficha, crear I. Técnica sobre identificación del paciente, pintar los límites del campo con fascina.

CONCLUSIONES
La frecuencia de errores en nuestro servicio ha sido baja. La formación y entrenamiento del personal involucrado en los tratamientos pueden disminuir la frecuencia de estos errores. Durante estos años y tras analizar los errores se han ido poniendo diferentes barreras para evitarlos. Se ve la necesidad de incluir en el registro también los incidentes con el fin de disponer más información para la implantación de barreras así como utilizar otras herramientas de análisis de riesgos.

Contacto: M José Esnaola Aguirrezabala – mjose.esnaolaaguirrezab@osakidetza.net

P-258 NUEVO MODELO DE PROCESOS INTEGRADO ACORDE CON LA REFORMA DE SALUD Y GESTIÓN CLÍNICA EN 4 HOSPITALES COMPLEJOS EN CHILE

Autores: König SA, Cordero L, De Giorgis MJ.

OBJETIVO
Se realizó un proyecto de integración de procesos (asistenciales y no asistenciales) que diera cuenta de las necesidades de funcionamiento de 4 establecimientos públicos de primer nivel en la región metropolitana de Santiago, Chile, integrantes todos de una única red asistencial. El proyecto involucró a un hospital de alta complejidad y a tres institutos nacionales de referencia en Chile: el Instituto Nacional del Tórax, el Instituto Nacional de Neurocirugía y el Instituto Nacional de Geriatría, todos ellos ubicados en un mismo predio, que totalizan en conjunto casi más de 900 camas. Los hospitales mencionados no presentaban ningún tipo de integración operativa en el momento de iniciarse el proyecto.

METODOLOGÍA
Las actividades que se desarrollaron como parte del proyecto incluyeron un diagnóstico de los procesos actuales, la formulación de la propuesta para mejorar las operaciones, los procesos y la información de estos cuatro establecimientos, con lo que se establecieron las bases y mejoras para lograr una efectiva articulación e integración de los procesos de cuidados a los pacientes, teniendo como premisa fundamental la mejora en la calidad asistencial.

RESULTADOS
El proyecto consideró la realización de actividades que permitieron contar con un análisis de la situación actual que dio cuenta de las particularidades de cada institución, la identificación de un modelo de referencia de procesos integrados, la identificación de las brechas e impacto para alcanzar el nuevo modelo, la formulación de un mapa de procesos integrado, y también definiciones respecto de los indicadores de gestión basados en gestión clínica y eficiencia clínica, que se deberán implementar para la gestión estratégica de los establecimientos y del servicio de salud como articulador de la red asistencial, todo ello en el marco de la Reforma de Salud en Chile. De igual manera, el proyecto entregó un detallado análisis de todo el soporte documental y de sistemas en uso cuantificando tanto la redundancia como también las inconsistencias de formularios, datos e información. Se desarrollaron escenarios y soluciones alternativas para la transición y se establecieron los resultados y beneficios esperados con el nuevo modelo propuesto.

CONCLUSIONES
El modelo de procesos formulado incorpora elementos innovadores que dan cuenta de los requerimientos que impone a los efectores de salud tanto las garantías explícitas de salud que incorpora la Reforma de Salud como también las exigencias de integración, coordinación y articulación en red de los distintos efectores de Salud.

Contacto: Sergio A. König - skoenig@citgs.net

P-259 CREACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSOPERATORIO

Autores: Saldaña R, Carrascosa AJ, Bouzó N, Valencia O, Ruiz P, Pérez-Cerdá F.

OBJETIVOS
Aplicar un sistema de procesos en una Unidad de Dolor Agudo de un hospital de tercer nivel, identificando los diferentes procesos y sus interacciones con el fin de comprender y visualizar el impacto de los mismos sobre los objetivos de dicha unidad. Para ello y con el fin de facilitar la implantación de la norma ISO 9001:2000, se decide realizar un mapa de procesos.

MÉTODOS
Antes de crear el mapa de procesos de la Unidad de Dolor Agudo, se llevaron a cabo las siguientes actividades. 1) Definición de la misión de la unidad. 2) Identificación de sus clientes y las necesidades de los mismos. 3) Identificación de los diferentes procesos: estratégicos, operativos y de soporte. 4) Descripción de cada uno de los procesos, con sus entradas y salidas. 5) Análisis y mejora del proceso. A continuación se elaboró el mapa de procesos de la Unidad de Dolor Agudo, como una representación gráfica de todos los procesos que constituyen la actividad esencial de la unidad, así como de las interacciones entre los mismos y el exterior.

RESULTADOS
Se identificaron como clientes de los procesos de la Unidad de Dolor Agudo los pacientes que tras ser intervenidos eran susceptibles de presentar un dolor de intensidad moderada-severa. Dentro del mapa de procesos se definieron dos procesos operativos bien diferenciados: el control del dolor en la sala de reanimación y el control del dolor en la planta de hospitalización. La salida del primer proceso operativo constituye la entrada del segundo. Se realizaron fichas de proceso y diagramas de flujo de los principales procesos operativos. Como procesos estratégicos, relacionados con los procesos ya mencionados, se identificaron entre otros: la medición de la satisfacción del paciente, el análisis de datos, la planificación de mejoras y objetivos, la investigación y la motivación del personal. Como procesos de apoyo se definieron la gestión de calidad, informática, suministros, reprografía, mantenimiento y gestión del personal. Todos los procesos y sus interacciones quedan representados de forma gráfica en el mapa de procesos, lo cual permite tener una visión estructurada de los diferentes procesos de la Unidad de Dolor Agudo.

CONCLUSIONES
La aplicación de un enfoque basado en procesos permite llevar a cabo una mejora continua de la calidad de las actividades desarrolladas por una Unidad de Dolor Agudo, lo que hace posible que dicha unidad funcione de una forma más eficaz, con el consiguiente incremento en el grado de satisfacción del paciente.

Contacto: Raquel Saldaña Casado - raquel_saldanacasado@hotmail.com

P-260 GESTIÓN POR PROCESOS DEL PROGRAMA DE METADONA EN UN CENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA (SMEB)

Autores: Izarzugaza E, Equipo Asistencial del CSM Ajuriagerra Toxicomanías 2006, Lekuona L.

OBJETIVOS

Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB) es una organización de servicios perteneciente al Ente Público de Derecho Privado Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. La SMEB está constituida por una red de 29 centros de salud mental (CSM), distribuidos a lo largo de todo el territorio de Bizkaia, que desarrolla diferentes programas asistenciales: Psiquiatría de Adultos, Programa Infanto-Juvenil, Atención a las Drogodependencias, Comunidad Terapéutica y Centros y Hospitales de Día. Tal y como se define en la misión del PMM (Programa de Mantenimiento con Metadona), es un proceso asistencial dirigido a los toxicómanos dependientes de opiáceos que sustituye el opiáceo objeto de dependencia por un opiáceo médicamente controlado (MTD). Este fármaco se dispensa, previa información y consentimiento de paciente, en programas individuales, y se garantiza la accesibilidad y la continuidad de cuidados, con la finalidad de: 1) Favorecer la interrupción del consumo problemático de opiáceos. 2) Estabilizar el consumo controlado de los mismos. 3) Mejorar la calidad de vida del consumidor de opiáceos mediante un enfoque biopsicosocial. 4) Reducir las prácticas de riesgo.

MÉTODO

La gestión por procesos es un conjunto de actividades que permiten establecer la metodología, las responsabilidades y los recursos necesarios para lograr los objetivos planificados en los procesos de una organización. Esta información queda reflejada en la ficha de proceso del PMM. Así mismo, establece la metodología y las herramientas necesarias para la medición de la eficacia de los procesos, lo que permite detectar áreas de mejora en los mismos, y destacan los protocolos de inicio y seguimiento de MTD. El objetivo último es estabilizar y mantener bajo control los procesos disminuyendo su variabilidad de forma que se consiga que estos discurran con eficacia y eficiencia.

RESULTADOS

Se presentan los indicadores definidos en el proceso, así como los resultados obtenidos en 2006.

CONCLUSIONES

1) Aumento de la información sobre la marcha del Programa de Mantenimiento con Metadona, más allá del día a día y de las impresiones subjetivas de los protagonistas "sanitarios". 2) Rápida detección de anomalías, incidencias y/o no conformidades. 3) Ampliación del alcance al resto de centros de la red de salud mental extrahospitalaria de Bizkaia con programa de mantenimiento con metadona.

Contacto: Estibaliz Izarzugaza Iturrizar - eizarzugaza@smeb.osakidetza.net

P-261 ¿QUÉ ESTRATEGIA SEGUIR PARA EL DESPLIEGUE A LOS SERVICIOS DE LA GESTIÓN DEL MACROPROCESO DE HOSPITALIZACIÓN?

Autores: Gallego-Camiña I, Rabanal-Retolaza S, Guajardo-Remacha J, Sarrionandia-Azaola S, Villa-Valle R, Solozábal-Orbegozo K.

OBJETIVO

Desplegar la gestión por procesos a toda la hospitalización médica y quirúrgica, estableciendo para ello un sistema de gestión basado en la mejora continua.

MÉTODO

Utilización de técnicas cualitativas de consenso a través de un equipo de proceso multidisciplinar y con la norma ISO 9001:2000 como referencia para la definición de requisitos del proceso. Creación de un equipo de estrategia compuesto por la dirección y subdirección médica, la dirección de enfermería y la responsable de la Unidad de Metodología de Calidad.

RESULTADOS

1) PDCA. 1.1) Definición y estructuración del proceso. 1.2) Establecimiento del sistema de medición del proceso mediante la identificación de los indicadores de resultado, así como la valoración del impacto de los procesos de apoyo clínico y de apoyo general en el proceso asistencial. 1.3) Diagnóstico del proceso asistencial e identificación de los puntos críticos del proceso. 1.4) Elaboración del plan de gestión del proceso y creación de grupos de trabajo alrededor de oportunidades de mejora. 1.5) Integración en el Plan de Gestión Anual del hospital. 2) Estrategia de despliegue a servicios. 2.1) Creación de la figura de los "gestores de calidad" médicos y enfermeras en cada planta/servicio/unidad. 2.2) Definición de las funciones, responsabilidades y reconocimientos. 2.3) Formación: acción para los gestores de calidad. 2.4) Seguimiento y revisión de la estrategia.

CONCLUSIONES

1) Importancia de crear un equipo de proceso multidisciplinar que englobe a todos los actores que participan en la hospitalización, desde la admisión hasta el alta del paciente. 2) La implicación y el liderazgo ejercido por la dirección médica y de enfermería han resultado claves para el desarrollo del proyecto. 3) Objetivo inicial de definir el proceso tal y como funciona en nuestra organización e ir marcando objetivos de mejora sobre esta realidad. 4) Importancia de establecer un sistema de medición ágil que se alimente de indicadores habituales de la gestión hospitalaria. 5) Necesidad del apoyo informático para disponer de cuadros de mando de indicadores del proceso y de los procesos que interactúan con la hospitalización. 6) Importancia de definir una figura como los "gestores de calidad" que permita la implantación efectiva de los requisitos del proceso, la implantación de mejoras en la planta, el seguimiento de incidencias y el análisis de las mismas en los servicios. 7) Coordinación de la estrategia mediante el seguimiento periódico de la coordinadora del Sistema de Gestión de la Calidad.

Contacto: Inés Gallego Camiña - ines.gallegocamina@osakidetza.net

P-262 CUADRO DE MANDO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Boque-Cavalle M, San Miguel-San Martín J, Rius-Rafecas MA, Bueno-Domínguez MJ, Galbany-Padro J, Colomés-Figuera Ll.

OBJETIVO

Confeccionar un cuadro de mando (CM) para la gestión de la calidad total aprovechando las diferentes herramientas de calidad que se están aplicando en un Centro de Atención Primaria (gestión por procesos, Joint Commission, EFQM, comisiones de mejora continua, etc.) para beneficiarse de las ventajas estratégicas que conlleva optar por un modelo de calidad total integrando los diferentes modelos. Facilitar a los responsables del centro la gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Antecedentes: Estrategia de calidad de la empresa: GPP, EFQM y acreditación Joint Commission. Desde hace más de dos años, se crean comisiones de calidad formadas por grupos multidisciplinares de profesionales del centro con liderazgo y autonomía propia para tomar decisiones dentro de su ámbito. Los responsables del centro participan en cada cmisión de calidad. Todos los profesionales del centro tienen formación en el ámbito de la calidad. Para la confección del CM: Reuniones con las diferentes comisiones para integrar las distintas herramientas de calidad. Participación y soporte de la Dirección de Calidad del Grupo. Soporte metodológico de una persona del Área de Planificación Estratégica del Grupo. Utilización de la DAFO como herramienta de trabajo que permitirá evaluar y integrar los estándares EFQM, Joint Commission y GPP en el modelo de GPP. Definición de dos indicadores clave para cada proceso. Definición de las acciones de mejora de cada comisión. Definición y diseño del CM.

RESULTADOS

El resultado ha sido un CM en el que se agrupan por ámbitos (estratégico, clave y de soporte) los indicadores y las acciones de mejora. En las filas se muestran los procesos y en las columnas las diferentes comisiones. Mediante semáforos se obtiene información del estado de cada indicador y de cada acción de mejora. (En la comunicación se mostrará el CM). Los resultados son analizados de forma periódica.

CONCLUSIONES

Conocer de forma ágil, rápida y periódica el estado de los indicadores y de las acciones de mejora. Mejorar la gestión del centro. Mejorar los procesos aumentando la eficiencia. Potenciar el *empowerment*: Aumento del grado de satisfacción y de implicación de los profesionales. Alineación de todas las herramientas de calidad en una única dirección.

Contacto: Montserrat Boque Cavalle - mboque@grupsagessa.com

P-263 PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA ISO 9000/2001: ANÁLISIS DE LAS REINTERVENCIONES DETECTADAS

Autores: Cabezali-Sánchez C, Emparan-García de Salazar C, Soriano-Gil-Albarellos P, Jiménez-Buñuales T, Ube-Pérez J, Hernando-García V.

OBJETIVO

Las reintervenciones constituyen efectos adversos graves que en la mayoría de las ocasiones son prevenibles. Por este motivo, se analizan las reintervenciones detectadas en una planta polivalente de hospitalización quirúrgica a los dos años de implantación del proceso, y su correlación con el peso del GRD de dicho ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hospital de ámbito comarcal (80.000 habitantes), de 85 camas y planta de hospitalización quirúrgica polivalente de 39 camas, con un alto grado de actividad ambulatoria global (70%). Se presentan los resultados referidos a la tasa global de reintervenciones, su correlación (estimando el coeficiente de correlación lineal) con el peso del GRD, y su comparación con la relación de pesos españoles AP-GRD-V18 de 2004. El nivel del GRD se subdivide en: bajo (menor de 1), medio (entre 1 y 2) y alto (superior a 2). Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Minitab y Statgraphics.

RESULTADOS

Entre enero de 2005 y marzo de 2007 se han intervenido de cirugía con ingreso un total de 1.483 pacientes pertenecientes a cinco especialidades quirúrgicas, y han sido 95 las reintervenciones registradas, lo que representa un 6,4% del total de las intervenciones. Por especialidades: Cirugía General (45,26%), Traumatología (33,68%), Ginecología (7,36%), Urología (7,36%) y ORL (6,36%). Según el nivel del GRD, el 58,9% lo tenían alto, un 13,68% era medio, un 22,1% era bajo y un 5,2% no estaba disponible. El coeficiente de correlación lineal estimado entre la complejidad de la intervención y la aparición de complicaciones fue de r = 0,896 y el nivel del coeficiente de determinación R2 = 0,824, lo que indica una clara correlación entre la complejidad quirúrgica y la aparición de complicaciones.

CONCLUSIONES

El análisis de las reintervenciones y su correlación con el peso del GRD del proceso y no con la tasa bruta de complicaciones permite una mejor interpretación de la significación clínica de las mismas y de los parámetros de gestión.

Contacto: Roger Cabezali Sánchez - rcabezali@fhcalahorra.com

P-264 EL PROCESO DE ASESORAMIENTO EN UNA UNIDAD DE CALIDAD

Autores: Berenguer García MJ, Castro Ruiz MJ, Millán Casado M, Tejedor Fernández M, Romero Campos A.

OBJETIVOS

Definir y explicitar el modo en el que la Unidad de Calidad se organiza para dar apoyo y asesoramiento a las diferentes unidades o servicios para la consecución de proyectos relacionados con la mejora de la calidad en la organización en relación con cualquiera de las actividades de su cartera de servicios.

MÉTODO

Revisión bibliográfica, discusión de expertos, designación de propietario del proceso, identificación de actividades clave, diagrama de flujo de las actividades, desarrollo del procedimiento, realización del plan de comunicación, diseño del cuadro de mando y recogida de datos para evaluación. Se identifican los roles y sus actividades clave. Los principales roles que se desempeñan en el proceso de asesoramiento son: coordinador del proceso por parte de la unidad de calidad, responsable del proceso de la unidad o servicio que lo solicita e integrante de grupo de trabajo. Posteriormente se procedimentan las acciones, se realiza el diagrama de flujo de las actividades y se realiza el plan de comunicación del procedimiento de asesoramiento.

RESULTADOS

Desarrollo del proceso de asesoramiento, definición del procedimiento y diagrama de actividades. Definición de los roles y funciones a desempañar durante el proceso. Definición de los indicadores para la evaluación e inclusión en el cuadro de mando de la unidad de calidad. Se expondrán los datos en el congreso.

CONCLUSIONES

La metodología utilizada es innovadora y añade gran valor a la unidad. La finalidad de los asesoramientos es contribuir en la consecución de proyectos relacionados con la mejora de la organización, ya sea en estructura, proceso o resultado, y la gestión adecuada de dicho proceso supone contribuir directamente en dicha mejora. Utilizar un mismo método de trabajo ha supuesto para el equipo de profesionales que componen la unidad de calidad "predicar con el ejemplo", aumentar el uso eficiente de los recursos y permitir que los miembros del mismo, aun teniendo unas áreas de desempeño específicas en las que son referentes, puedan en cualquier momento abordar otros temas de asesoramiento.

Contacto: M. José Berenguer García - mariaj.berenguer.sspa@juntadeandalucia.es

P-265 DESPLIEGUE, EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL GESTIONADA POR PROCESOS

Autores: De Miguel-Aguirre E, Estébanez-Carrillo M, Murua-Navarro F, Bacigalupe-Artacho L, Audícana-Uriarte A, Sánchez-Bernal R.

OBJETIVOS

Desplegar el plan estratégico (PE), manteniendo la trazabilidad de los objetivos del mismo a través de planes de gestión específicos para cada proceso que forma el mapa de procesos de la organización. El análisis de resultados de los procesos lleva a conclusiones que permiten evaluar el plan estratégico.

MÉTODOS

Nuestro PE consta de 3 líneas estratégicas (primera: satisfacción de pacientes, segunda: satisfacción de los trabajadores, y tercera: gestión eficiente de los recursos), 2 objetivos generales (A: mejora de la calidad del servicio, desplegado en 7 específicos: mejora de la efectividad, continuidad, adecuación de las prestaciones, seguridad, accesibilidad, trato humano y condiciones hosteleras e información; y B: mejora de la calidad de la gestión, desplegado en otros 5 específicos: mejora del lLiderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos). Para alcanzar los objetivos, la dirección elabora un plan de gestión global para todos los procesos de la organización, unos certificados (33%) y el resto no. Se reúne al inicio del año con todos los responsables de proceso y sus equipos, con quienes se acuerdan los planes de gestión específicos de cada uno de ellos (incluyendo objetivos específicos del proceso), manteniendo como criterio la coherencia y la trazabilidad con el PE de la organización. Concluido el año, la dirección realiza una evaluación del plan de gestión global y vuelve a reunirse con todos los equipos de proceso, quienes ya han evaluado previamente su plan de gestión. Tras la evaluación, establece ajustes en el plan de gestión del año próximo: modificación o ajuste de objetivos, eliminación de los mismos o inclusión de otros nuevos. El ciclo finaliza, y se inicia de nuevo con la reunión con los responsables de los procesos para establecer el plan del próximo año.

RESULTADOS

1) Porcentaje de objetivos evaluados y revisados: 100%, tanto por la dirección como por los responsables de los procesos. 2) Porcentaje de objetivos modificados y/o ajustados: 44%, incluyendo modificación de los estándares y los que se han estabilizado y han pasado a ser evaluados por indicadores incorporados de forma habitual al cuadro de mandos. 3) Porcentaje de objetivos nuevos incluidos o emanados tras la reflexión/respecto al número total de objetivos existentes: 60%.

CONCLUSIONES

El despliegue de un plan estratégico en una organización gestionada por procesos requiere la participación de todos los procesos que la componen, y en cada caso se ajustan los objetivos generales de la organización a la misión particular de cada proceso.

Contacto: Eguzkine de Miguel Aguirre -eguzkine.demiguelaguirre@osakidetza.net

P-266 COMPARACIÓN ENTRE DEMANDA Y RESPUESTA FINAL EN LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS POR LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CASOS

Autores: Forés Palacios ML, Piñol Usón C, Espelt Aluja MP, Gallego Arteaga I.

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de la gestión de casos al proceso asistencial de la Atención Primaria es de reciente aparición en nuestro territorio. Existe en el ánimo de las personas que hemos iniciado este trabajo la voluntad de ser lo más útiles posible al resto del equipo, al tiempo que tenemos la voluntad de aproximar las expectativas a los resultados. Empezamos en un territorio que abarca 3 comarcas con 8 áeas básicas y dos hospitales de referencia, con una alta dispersión y una población de 140.000 habitantes.

OBJETIVO

Adecuar la respuesta de la gestora de casos a las demandas de los profesionales de nuestro territorio. Mejorar la comunicación con los equipos para unificar respuesta a través de sesiones.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Revisión sistemática de las historias clínicas trabajadas en la unidad en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de mayo de 2007. Variables: Quién solicita la intervención: médico EAP, enfermera EAP, trabajadora social, hospital, centro sociosanitario. Motivo de la solicitud: coordinación de recursos, servicios y/o profesionales, control de la situación de salud, adherencia al tratamiento, respuesta.

RESULTADOS

Se han evaluado un total de 162 solicitudes. Unas de las más frecuentes son la demanda de coordinación y/o gestión de recursos o servicios (75%), pero después del análisis de la situación esta demanda baja al 69%. En cambio, las solicitudes de ayuda para el abordaje y control de la situación de salud, que inicialmente son el 22%, tienen una respuesta de gestión y control de la situación del 29%. Los clientes principales son en coordinación los hospitales (71 casos). Entre el resto de clientes las enfermeras son las que más derivan: 42 casos, y el motivo principal es la colaboración en el control de la situación de salud (33), centros sociosanitarios: 23, médicos: 11, servicios sociales: 11 y otros: 4.

CONCLUSIONES

No siempre lo que preocupa al profesional es lo que realmente necesita el paciente. Conocer las demandas de nuestros profesionales nos ayuda a identificar a la población objeto de atención y nos permite a través del diálogo y el proceso compartido adecuar la oferta de servicios.

Contacto: Cristina Piñol - cpinol.tarte.ics@gencat.net

P-267 PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN ATENCIÓN Y GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN HOSPITAL DE DÍA A PACIENTES HEMATOLÓGICOS

Autores: Giraldo P, Rubio-Martínez A, Galego T, López C, Ciria MJ, Recasens V.

INTRODUCCIÓN

La evolución terapéutica de la mayoría de las neoplasias hematológicas permite su aplicación en régimen ambulatorio, minimizando la hospitalización sin menoscabo de la calidad en la asistencia. Las estrategias terapéuticas actuales permiten aplicar terapias agresivas combinadas de inmuno-quimioterapia con medidas de soporte de forma programada en régimen ambulatorio.

MÉTODOS

1) Evaluación de la situación. Detectar puntos débiles. 2) Periodo de prueba, con registro de actividades, tiempos y fungibles. 3) Cartera de productos, personal facultativo y enfermería de HD. 4) Reordenación y validación de registros (agendas de consulta y tratamientos, atenciones urgentes, consulta telefónica). 5) Diseño de "procesos de HD", cálculo de consumos reales por procesos, naturaleza y producto. 6) Agrupación de actividades por grupos de consumo. 7) Elaboración de mapas de procesos de patologías, guías de práctica clínica, trayectorias clínicas y protocolos. Herramientas de información: agendas de trabajo de HD, protocolos terapéuticos, guías para pacientes, asesoramiento del equipo de contabilidad y gestión de la Universidad de Zaragoza. Indicadores: porcentaje de actividades realizadas registradas. Nivel aceptable 97%. Evaluación mediante auditoría interna por el grupo de mejora continua de la calidad de HD. Porcentaje de actividades de cartera de productos con evaluación económica. Nivel aceptable 95%. Evaluación mediante auditoría interna por el grupo de economistas. Porcentaje de satisfacción percibida por los pacientes mediante encuesta sobre organización, cumplimiento de horarios, disminución del tiempo de espera, demoras en pruebas, comunicación con el personal y recepción de documentación. Nivel aceptable 90%.

RESULTADOS

Resultados esperados: 1) Obtener una visión global de los circuitos que se producen en el HD. 2) Registro informático de las actividades realizadas en HD. 3) Establecer una ponderación del coste de cada actividad en cada proceso: costes directos del producto, del fungible, tiempo de personal, gasto de farmacia, de hemoderivados, demás medidas de soporte y equipos. 4) Establecer una ponderación del coste completo según el esquema de quimioterapia utilizado. 5) Establecer una ponderación del coste completo de analíticas y técnicas de imagen. 6) Establecer una ponderación del coste completo de las complicaciones. 7) Establecer guías clínicas prácticas y diseñar trayectorias clínicas y protocolos. 8) Mejora de los procesos asistenciales.

Contacto: Valle Recasens Flores - pgiraldo@salud.aragon.es

P-268 INTEGRACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Autores: Fuente-Blanco MC, González-Contreras M.

OBJETIVO

Establecer en la organización un sistema de gestión de calidad en el que coexistan los siguientes modelos de calidad: modelo de excelencia EFQM, normalización ISO 9001, modelo de acreditación JCHCO, modelo de calidad autonómico. La mejora continua de todos los aspectos que conciernen al paciente y sus familiares constituyen el objetivo estratégico de este proyecto.

MÉTODO

La finalidad de esta comunicación es presentar la experiencia de nuestro hospital (cuatro años), con un modelo integrado de gestión de calidad. En una primera fase se realizó la revisión de los distintos modelos de gestión de calidad de aplicación, tanto los exclusivos del sector sanitario como los modelos de gestión de calidad empresarial. La siguiente fase fue el diseño del modelo integrado de gestión de la calidad que se ha de seguir en nuestra organización. Después de su aprobación por la alta dirección, se procedió a su difusión e implantación en el centro sanitario. Periódicamente, y según el diseño establecido, estaba definida una evaluación sistemática de los principales objetivos del proyecto, con su correspondiente análisis y rediseño.

RESULTADOS

En este apartado se presentarán los logros e hitos alcanzados en nuestro centro durante los cuatro años desde su implantación. Los siguientes aspectos serán desarrollados para su difusión: Planes de calidad. Grupos de mejora. Acciones de mejora realizadas. Cuadro de mando. Documentos. Formación. Autoevaluación – Auditorías.

CONCLUSIONES

La integración de los modelos de calidad no solamente es posible, sino que los requisitos recogidos en ellos se complementan. Cada modelo por separado tiene áreas débiles que se convierten en puntos fuertes en el modelo integrado. El resultado final de esta integración en la mejora continua de la organización es muy superior a la mejora que se puede obtener individualmente con cada uno de los modelos. Después de los cuatro años de experiencia con este modelo de gestión de calidad integral, se evidencia en la organización no solo la mejora continua en la gestión de los procesos sino el gran cambio cultural para los profesionales.

Contacto: Carmen Fuente Blanco - cfuente@fjd.es

P-269 DESARROLLO DE LOS INDICADORES DE PROCESO DE HEMODIÁLISIS EN LA FHC (2004-2007)

Autor: Fernández E.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los indicadores del proceso de la Unidad de Diálisis de la FHC ha experimentado una evolución positiva desde el año 2004 hasta hoy.

OBJETIVOS

1) Valorar la objetividad, especificidad e importancia de los indicadores que habíamos implantado al comienzo de la actividad. 2) Acotar más los indicadores de calidad. 3) Determinar si hacemos bien nuestro trabajo.

MÉTODOS

Los indicadores de proceso de la unidad de diálisis se recogen gracias a: Personal de enfermería de la unidad. Registros de los enfermeros de las sesiones de hemodiálisis. Hoja de calculo de Excel. Aparataje de control de constantes.

RESULTADOS

En el año 2005, el personal de enfermería de la unidad valoró los aspectos para objetivar la calidad del trabajo realizado. Los elegidos fueron: Hipotensión. Descanalización accidental de agujas. Caídas. Infección de FAVI. Infección de catéteres. Acceso vascular nuevo. Reconstrucción del acceso vascular. Nuevos accesos vasculares por problema con el anterior. Extravasaciones. En enero de 2006 se incluyen dos indicadores de "carga de trabajo" para apoyar la interpretación de los datos: Calambres. Mal funcionamiento del catéter. En abril de 2006 desglosamos todos los indicadores según los distintos turnos de pacientes, cuatro, cada uno de ellos con sus peculiaridades concretas. Este desarrollo claramente errático nos obliga a dirigir nuestro trabajo en dos líneas: Reestructuración de los indicadores valorando cuáles, con los datos existentes, eran más objetivos y cuáles debían ser eliminados. Definición clara, uniforme y objetivos de los indicadores que quedaran establecidos y eliminación de la subjetividad en la recogida de los mismos. En 2007 recogemos los nuevos indicadores: Hipotensiones. Fallo en punción. Caídas. Infección de FAVI o injerto. Infección de catéter. Además, se registran los indicadores por paciente para objetivar mejor nuestros resultados.

CONCLUSIONES

Nuestra inexperiencia inicial fue un obstáculo en el desarrollo y recogida de los indicadores, pero la formación paulatina, la búsqueda de información en internet y la inquietud de los miembros del equipo demostró en los resultados obtenidos que supimos mejorar por medio de los objetivos propuestos a tal fin en cada uno de los indicadores. Actualmente recogemos los indicadores con una cadencia mensual, evaluamos los resultados y el equipo de trabajo consensúa las medidas de mejora más adecuadas para cada problema detectado.

Contacto: Eduardo Garoé Fernández García - egfernandez@fhcalahorra.com

P-270 EL CUADRO DE MANDO ORIENTADO EN EL MODELO DE PROCESOS

Autores: Vinuesa M, Costa J, Lorenzo S, Granados C, Zueras R.

OBJETIVO

Integrar el cuadro de mando y el modelo de procesos elaborado con la intención de facilitar el desarrollo y la potenciación de ambas herramientas. Con ello, el cuadro de mando se adaptará mejor a las necesidades actuales de la atención hospitalaria y de la sociedad, con un abordaje constructivo, aprovechando estructuras previas correctamente implantadas y con el menor coste posible.

MÉTODO

Validar el diseño de procesos con los indicadores disponibles del cuadro de mando y asociar otros indicadores a los diferentes procesos. Se ha realizado en cuatro pasos: 1) Preparación: enfrentando el modelo de procesos transformado en una tabla con los indicadores del cuadro de mando y con otros parámetros que existen en el hospital. 2) Análisis de la distribución de los indicadores en las cajas del modelo de procesos. 3) Propuesta de mejora del cuadro de mando o de la evaluación y control de los procesos identificados. 4) Valorar la posibilidad de completar el modelo de procesos a costa de nuevos procesos o de especificación de los que ya constaban.

RESULTADOS

1) Mejora en la obtención de datos para evaluar y controlar procesos. 2) Construir indicadores con parámetros existentes. 3) Fijar estándares. 4) Documentar o actualizar criterios de calidad que no se encuentran recogidos formalmente en el hospital. 5) Propuesta de modificación del cuadro de mando a la vista del modelo de procesos. 6) Propuesta de modificación del modelo de procesos a la vista del cuadro de mando. 7) Propuesta de despliegue de procesos a la vista del modelo y del cuadro de mando.

CONCLUSIONES

La integración del cuadro de mando (y el resto de la información mencionada) al modelo de procesos resulta ser congruente con la necesidad de estudiar y armonizar la evaluación y control de los diferentes procesos, no solo el asistencial. La ventaja que propone este proyecto es aprovechar el esfuerzo realizado con el modelo de procesos e integrar el cuadro de mando y otras fuentes de información relevantes del hospital al modelo. Mientras se van desplegando los procesos en el centro, podemos hacer una aproximación con este proyecto para mejorar y dimensionar la información del cuadro de mando, así como complementarla. Es intuitivo que puede manejarse de forma parcial por los grandes procesos que ofrece este modelo o en el modo que se requiera por ese equipo de gestión, pero la visión global de la información (evaluación y control) según el modelo de procesos probablemente constituya la aportación más útil y duradera en el tiempo de este proyecto.

Contacto: M. Mercedes Vinuesa Sebastián - mvinuesa.hmtl@salud.madrid.org

P-271 PROYECTO DE APOYO A LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD 2006/2007

Autores: Dierssen-Sotos T, Robles-García M, Alburquerque J, Rodríguez-Cundín P.

OBJETIVOS

Reducir la variabilidad asistencial derivada de los problemas organizativos en un servicio de salud.

MÉTODOS

Identificada la ausencia de sistematización de los procesos como punto débil común, desde la gerencia de SCS se decide organizar un proyecto de gestión por procesos incluyendo un plan de formación teórico-práctico conjunto que permita dar soporte al desarrollo de equipos de diseño y gestión de procesos y fomentar la certificación según normas ISO 9000. Esta formación se completó con la participación en sesiones de trabajo con los equipos directivos.

RESULTADOS

Fase I: durante 2006 se ha formado en competencias de gestores de procesos a un equipo de más de 150 profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (Análisis Clínicos, Farmacia, Anatomía Patológica/Urgencias y 061/ Atención Primaria y Consultas Externas y Hospitalización Médica y Quirúrgica). El programa formativo ha incluido formación en la norma ISO 9001:2000 y ha proporcionado a los asistentes mentalidad crítica y analítica sobre los elementos de la gestión por procesos y sesiones de verificación. La formación específica de auditores internos de sistema de gestión de calidad ha capacitado a los profesionales para la realización de auditorías, preparación de informes y unificación de criterios de evaluación. Fruto de las sesiones de verificación, se han desarrollo las fichas de procesos (apoyo al diagnóstico y asistenciales), que detallan el funcionamiento de los dispositivos analizados e identifican estándares de funcionamiento. Fase II: durante 2007 los equipos directivos han analizado las interacciones entre procesos y han validado los indicadores de evaluación establecidos en los grupos de trabajo. Se ha fomentado la certificación de sistemas de gestión a través de la evaluación de cumplimiento del estándar a partir de la realización de auditorías internas. Tras evaluar la eficacia del proceso se han podido identificar y priorizar acciones de mejora.

CONCLUSIONES

Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y a otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor.

Contacto: Mónica Robles García - mrobles@dg.scsalud.es

P-272 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD UNE-EN-ISO 9001:2000 EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

Autores: Ortega M, González S, Reynes I, Bosch A, Munar B, Roca A.

OBJETIVO
El objetivo del presente proyecto ha sido implantar la norma ISO 9001:2000 como sistema de gestión de la calidad en un EAP.

MÉTODO
El proyecto se desglosó en las siguientes fases de actuación: 1. Reunión de lanzamiento: En el mes de julio 2006 se desarrolló la reunión de planificación del proyecto. 2. Entrenamiento de las personas: se desarrollaron tres jornadas de formación con el objetivo de explicar a los participantes en el proyecto la norma ISO 9001:2000 así como la metodología de documentación de los procesos (flujogramas). 3. Desarrollo de la documentación del sistema de gestión: Fases: Desarrollo del mapa de procesos: el mapa de procesos es una fotografía de los procesos que se realizan dentro de un centro de salud y en ella se reflejan las relaciones horizontales y la cadena de valor de la organización. Documentación de los procedimientos específicos: se eligieron aquellos profesionales con más conocimiento en cada uno de los procesos identificados en el mapa de procesos para documentarlos. Documentación de los procedimientos generales: además se ha realizado una presentación de los procedimientos generales, los cuales emanan de la propia ISO 9001:2000 y son necesarios para su implantación. Manual de funciones: se ha desarrollado un manual de funciones que recoge para cada uno de los puestos de trabajo el perfil, las funciones y las responsabilidades. Fichas de los equipos de trabajo. Otra documentación necesaria. 4. Implantación del sistema: durante el mes febrero y hasta el mes de abril hemos realizado un seguimiento de los procedimientos documentados, así como de los otros requisitos documentales desarrollados. 5. Optimización del sistema: en el mes de abril se desarrolló la auditoría interna con la intención de verificar el desarrollo del proyecto. 6. Certificación del sistema: finalmente, en el mes de mayo, se realizó la auditoría de AENOR, con tan solo 5 no conformidades, todas ellas menores, que ya han sido subsanadas.

RESULTADOS
El resultado de este proyecto ha sido la implantación con éxito de un sistema de gestión de la calidad, una mejora significativa en el funcionamiento y la consecución de la certificación en calidad ISO 9001-2000 para nuestro centro de salud.

CONCLUSIONES
La implantación de un sistema de gestión de la calidad, en este caso la norma ISO 9001-2000, en un centro de salud optimiza los recursos, aumenta la satisfacción, tanto del usuario como del profesional, y como consecuencia incrementa la productividad.

Contacto: Mariano Ortega Cutillas - marianoortega@ibsalut.caib.es

P-273 GESTIÓN POR PROCESOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE LA RED DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA (SMEB)

Autores: Izarzugaza E, Equipo Asistencial del CSM de Sestao 2005-2006, Lekuona L.

OBJETIVOS
SMEB es una organización de servicios perteneciente a Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Está constituida por una red de 29 centros de salud mental (CSM) distribuidos a lo largo de todo el territorio de Bizkaia que desarrollan diferentes programas asistenciales: Psiquiatría de Adultos, Programa Infanto-Juvenil, Atención a las Drogodependencias, Comunidad Terapéutica y Centros y Hospitales de Día. El trabajo de las organizaciones complejas, como suelen ser las sanitarias, y particularmente como es nuestra red, se caracteriza generalmente por realizarse de forma repetitiva en el tiempo y tener como fin alcanzar unos objetivos determinados de grupos concretos de usuarios. El trabajo realizado está organizado en forma de flujos de tareas en los que intervienen numerosos profesionales pertenecientes a diferentes estamentos (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.), es decir, son multidisciplinarios y, en la mayoría de los casos, el flujo discurre a través de varios servicios. Todo ello bajo la directriz orientada de manera centralizada desde la dirección y administración de SMEB.

MÉTODO
La gestión por procesos es un conjunto de actividades que permiten establecer la metodología, las responsabilidades y los recursos necesarios para lograr los objetivos planificados en los procesos de una organización. Así mismo, establece la metodología y las herramientas necesarias para la medición de la eficacia de los procesos, lo que permite detectar áreas de mejora en los mismos. El objetivo último es estabilizar y mantener bajo control los procesos disminuyendo su variabilidad de forma que se consiga que estos discurran con eficacia y eficiencia.

RESULTADOS
Se presentan los indicadores definidos en el CSM, así como las áreas de mejora detectadas.

CONCLUSIONES
1) Aumento de la información sobre la marcha del centro de salud mental, más allá del día a día y de las impresiones subjetivas de los protagonistas "sanitarios". 2) Rápida detección de anomalías, incidencias y/o no conformidades. 3) Problemas históricos "enquistados" detectados y en consideración para disminuir su impacto en el resultado final: servicio de salud mental y asistencia psiquiátrica extrahospitalaria a la población, actuando sobre una zona geográfica determinada, mediante diferentes programas, para la detección, valoración, orientación del tratamiento y rehabilitación a los enfermos mentales que lo precisen y a sus familiares.

Contacto: Estibaliz Izarzugaza Iturrizar - eizarzugaza@smeb.osakidetza.net

Mesa 18

GESTIÓN POR PROCESOS 3

P-274 - P-289

P-274 UN PROCESO CLAVE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD: LA FORMACIÓN CONTINUADA

Autores: Mellado-Martín R, Rubio-Sevilla JC, De Grado-Sanz P, Rubio-Gómez I.

OBJETIVO
Describir el proceso de formación continuada desarrollado en el complejo hospitalario.

METODOLOGÍA
En el año 2003 se creó un grupo de trabajo de procesos no asistenciales como parte integrante de un programa de mejora de la calidad. Se identificaron 8 procesos, entre ellos el de formación continuada (FC). Se realizó una formación presencial de 20 horas, seguida de un apoyo tutelado por una consultora externa.

RESULTADOS
Se ha definido la misión del proceso y se han identificado los clientes y sus necesidades, así como el propietario del proceso. Se establecieron 4 subprocesos, con sus correspondientes procedimientos. A partir de esta información se realizó la representación gráfica: flujograma. Subprocesos: Identificación de necesidades: demanda de formación, vía urgente y vía ordinaria, aprobación en la comisión de FC, propuesta del plan de FC, envío a los servicios centrales y a la comisión regional de FC. Satisfacción de necesidades: actividad formativa interna (AFI) o actividad formativa externa (AFE), selección de proveedores, gestión del crédito, acreditación, difusión, gestión de solicitudes y admitidos, renuncias, gestión de informes, recursos materiales, reprogramación de la actividad. Evaluación de acciones formativas: desarrollo de la AFI, gestión de la evaluación, gestión de asistencia y certificados, gestión de crédito y archivo de la AFI. Revisión y evaluación del plan de FC: indicadores de estructura, proceso y resultado. Procedimientos específicos: Inspección de actividades formativas. Evaluación de profesores. Auditoría de actividades internas. Revisión y actualización del plan de formación. Simultáneamente,se definieron las instrucciones operativas de la unidad de formación continuada y se normalizaron y codificaron un total de 26 registros.

CONCLUSIONES
La metodología de gestión por procesos reduce la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios, elimina las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones y actividades, promueve la eficiencia de los recursos y analiza el valor añadido al cliente. Reordenar los flujos de trabajo aporta valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales.

Contacto: Juan Carlos Rubio Sevilla - jrubio@sescam.jccm.es

P-275 GESTIÓN POR PROCESOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Sanz-Cuesta T, Illescas-Sánchez ML, Giralt-Rabentós J, Besora-Altés C, López-Marinas I, Fernández-Tenllado MA.

OBJETIVO
Implantar la gestión por procesos como herramienta de mejora de la gestión de un área de atención primaria.

METODOLOGÍA
Fases del proyecto: 1. Diseño del modelo de procesos (2005). Realizado por un equipo de trabajo de 20 personas, de todos los departamentos de la gerencia, que recibe asesoría y formación por parte de la consultora Costa Asociados. Se constituyó un grupo impulsor (directores gerente, asistencial, de gestión y de sistemas de información y responsable de calidad) encargado de realizar el seguimiento del proyecto y proponer los cambios necesarios. 2. Control de procesos: pilotaje (2006). Se constituye un equipo de apoyo a la gestión por procesos formado por: responsable de calidad, director de sistemas de información, subdirector asistencial, responsable de atención al usuario y responsable de compras y servicios). Se seleccionan 6 procesos a poner en control, 4 a nivel de equipo de atención primaria (EAP) y 2 a nivel de gerencia, y se deciden sus propietarios. Los propietarios y el equipo de apoyo reciben formación por parte de la consultora, elaboran la ficha de su proceso y realizan la primera evaluación. 3. Control de procesos: consolidación (2007). Se amplía el equipo de apoyo a la gestión por procesos incorporando 3 médicos de EAP, 1 administrativo y una técnico de enfermería. Este equipo recibe formación específica para convertirse en formadores internos sobre gestión de procesos. Se decide nombrar para cada proceso de EAP un copropietario en la dirección. Se seleccionan EAP nuevos para extender 3 de los procesos trabajados en el pilotaje y se selecciona 1 proceso nuevo. La formación a estos nuevos propietarios fue impartida por los formadores internos.

RESULTADOS
Hemos elaborado el mapa y el árbol de procesos del área utilizando el lenguaje IDEF0. Para comprobar la coherencia del modelo hemos diseñado la tabla de consistencia. Hemos elaborado las fichas descriptivas de 7 procesos, y se ha dado formación sobre control y evaluación de procesos a sus propietarios.

CONCLUSIONES
La gestión por procesos permite identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, y aumenta la eficacia y eficiencia de la organización en la consecución de sus objetivos. El camino que hemos iniciado no ha estado libre de dificultades (inseguridad con la metodología, falta de tiempo, necesidad de cambio de cultura de la organización, cambios frecuentes de personal), que han hecho necesario reajustes continuos de su planificación.

Contacto: Teresa Sanz Cuesta - tsanz.gapm09@salud.madrid.org

P-276 NORMALIZACIÓN DE LA CANALIZACIÓN, VIGILANCIA Y RETIRADA DE CATÉTERES VENOSOS

Autores: Unanua Santesteban A, Uriz Merino A, Luquin Sáinz MF, Agos Romeo MD, Vicuña Urtasun B, García Jiménez B.

INTRODUCCIÓN
La mayor parte de los pacientes ingresados en centros hospitalarios son portadores de algún catéter venoso. La vigilancia y los cuidados que precisan son de gran relevancia por el volumen, tiempo y trabajo de enfermería invertidos. Los problemas derivados de una inadecuada gestión de cuidados interfieren negativamente en el proceso de curación, aumentando la estancia hospitalaria y los costes. Muchos de estos problemas podrían evitarse aplicando unos adecuados protocolos estandarizados.

OBJETIVOS
El objetivo general fue mejorar la calidad de los cuidados y reducir la incidencia de complicaciones relacionadas con el uso de catéteres vasculares. Los objetivos específicos fueron: 1) Establecer recomendaciones basadas en la evidencia científica, dirigidas a todos los profesionales, y unificar criterios de actuación. 2) Asegurar la continuidad en la actuación de los distintos profesionales en los cuidados de las vías venosas. 3) Difundir los conceptos a través de un medio gráfico, claro, conciso y fácil de consultar.

METODOLOGÍA
1) Revisión bibliográfica y actualización de los protocolos existentes (2002), siguiendo las directrices indicadas por el Centro de Control y Prevención de enfermedades de Atlanta (CDC) 2) Elaboración de una "Guía de cuidados de enfermería para vías venosas", donde se recogen la evidencia científica y las opiniones de expertos. 3) Realización de un póster de cuidados de fácil acceso y manejo inmediato para acercar los conceptos de la guía, su difusión y su colocación en cada unidad de enfermería. 4) Elaboración de un registro como principal herramienta para evaluar la calidad de los cuidados.

RESULTADOS
1) Se han repartido 22 guías en formato papel, en todas las unidades del centro. También puede accederse a la misma a través de la intranet sanitaria. 2) Se han colocado 9 pósters en lugares accesibles de todas las plantas de hospitalización. 3) Se han realizado 40 talleres teórico-prácticos en todas y cada una de las unidades de enfermería para difundir los contenidos de la guía, los registros y los cuidados descritos en los pósters. 4) Está implantado el registro en todos los pacientes portadores de catéteres.

CONCLUSIONES
En esta primera fase de difusión, hemos logrado el cumplimiento de los objetivos propuestos, con lo que podemos afirmar que la metodología ha sido correcta. Queda una segunda fase, en la que valoraremos el seguimiento del mismo y su implicación en la mejora de la calidad.

Contacto: Ana Unanua Santesteban - msoriasa@cfnavarra.es

P-277 MAPA DE PROCESOS DE UN HOSPITAL: ELABORACIÓN DEL DIAGRAMA DE NIVEL 1 DE UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

Autores: Alcaraz-Martínez J, Cos-Zapata A, Capitán-Guarnido E, Aguirán-Romero L, Paredes Sidrach de Carmona A, Sánchez Pérez F.
Institución: Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO
La realización del mapa de procesos del hospital de día médico de nuestro hospital y la mejora de los procesos asistenciales que se dan en él.

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 de nivel 0 del hospital. Posteriormente se escogió el subproceso clave "Hospital de día médico" 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 y de gestión y el coordinador de calidad. Posteriormente se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar con el fin de desarrollarlo en sus correspondientes diagramas secundarios.

RESULTADOS
Se han definido la misión del proceso, identificando los límites iniciales y finales, y la identificación de 16 actividades, así como los clientes y proveedores del mismo. Se ha dibujado el diagrama de 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 de nivel 1 del hospital de día médico, dentro de la implantación de la gestión por procesos en el hospital.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-278 DESARROLLO DE UN PLAN DE MEJORA DESPUÉS DE LA PRIMERA AUTOEVALUACIÓN EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN

Autores: Ortiz-Otero MM, Serrano P, Gómez A, Navalon R, Rivas FJ, Gómez Y.

INTRODUCCIÓN
El Hospital de Fuenlabrada inició su actividad en 2004 y desde el comienzo existe un compromiso con la calidad y la excelencia asistencial. Se realizó en 2005 como objetivo institucional la primera autoevaluación según EFQM, y como consecuencia se desarrolló de un plan de mejora para 2006.

OBJETIVOS
1) El objetivo institucional para 2006 fue el desarrollo del plan de mejora a partir de la autoevaluación (EFQM). 2) Cumplimiento de las áreas propuestas en el plan. 3) Evaluar el grado de excelencia y los progresos durante ese año.

METODOLOGÍA
El proyecto es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (profesionales sanitarios y no sanitarios) y se asigna un responsable de grupo de trabajo por cada una de las áreas de mejora a desarrollar. Se desarrolla un cronograma de actividades por cada grupo de trabajo, con la elaboración de un informe de seguimiento y un informe final remitido al coordinador del plan de mejora, y un comité operativo del plan de mejora, que revisa y evalúa los avances de las áreas de mejora.

RESULTADOS
De la autoevaluación surgen 108 áreas de mejora, que se priorizaron con una puntuación de 1 a 10 según 5 criterios. Se agruparon las áreas de mejora en 9 grandes grupos de mejoras. 1) Mejora del proceso de asistencia en consultas. 2) Adaptar los modelos de citación de prestaciones asistenciales a las expectativas de los pacientes. 3) Desarrollar los sistemas de medida de la percepción de la satisfacción de los clientes. 4) Desarrollar en el hospital un proceso de reflexión estratégica. 5) Adaptar los sistemas de información a las necesidades de los usuarios (usabilidad de las herramientas informáticas) y mejorar su soporte tecnológico. 6) Desplegar en el hospital las metodologías de la gestión por procesos. 7) Mejorar y consolidar la dirección por objetivos. 8) Reforzar la información y la acogida a los pacientes y usuarios. 9) Mejorar el cuadro de mando del hospital.

CONCLUSIONES
1) Iniciar actuaciones de mejora, que para los profesionales han quedado perfectamente definidas, con una serie de actuaciones pautadas para su consecución y un plazo de tiempo para su finalización. 2) Adiestramiento muy beneficioso para todos los que han participado en el proceso, aprendiendo una nueva forma de gestión de la calidad, términos y un lenguaje a veces desconocido, y priorización de nuestras propias necesidades, despertando inquietudes para abordar nuevas acciones de mejora en el hospital.

Contacto: M. Mercedes Ortiz Otero - mortiz.hflr@salud.madrid.org

P-279 GESTIÓN DE PROCESOS SEGÚN LA NORMA ISO 9000 EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Autores: Berasarte K, Vaquero M, Zavala E, Díez G, Amat I, Emazabel M.

INTRODUCCIÓN
Desde 2003, el servicio de Anatomía Patológica comenzó a implantar la gestión de procesos según la norma ISO 9000/2000 y ha trabajado para mejorar los resultados recogidos a través de los diferentes elementos del sistema de gestión de la calidad.

OBJETIVO
Describir los resultados de la implantación del sistema de gestión de la calidad desde su implantación hace 4 años.

MÉTODOS
Una vez implantado de sistema de gestión, procedimos al seguimiento del mismo, lo que se realiza de forma sistemática en las reuniones que mantiene mensualmente el equipo coordinador, en el que participan 3 médicos, 3 técnicos, 1 administrativa, 1 subdirectora de enfermería, 1 director médico y 1 responsable de la unidad de calidad. La metodología empleada podría resumirse en los siguientes apartados: Seguimiento de los indicadores según la frecuencia de medición establecida y comparación de los resultados con los estándares de calidad establecidos. Seguimiento de las incidencias y no conformidades registradas por el personal. Análisis de resultados de las encuestas realizadas a los pacientes. Análisis de quejas y reclamaciones. Análisis de las desviaciones y apertura de las acciones correctivas y de mejora derivadas, así como de los resultados de las auditorías internas y externas.

RESULTADOS
Durante 4 años se han monitorizado los siguientes indicadores: tiempo de respuesta de biopsias, citologías no vaginales y autopsias, número de muestras rechazadas, correlación diagnóstica en biopsias de rutina, citologías inadecuadas de mama y esputo. Se muestran gráficos de evolución de los mismos. Asimismo, se han detectado 20 no conformidades y 16 acciones correctoras derivadas, así como otras acciones de mejora derivadas de las quejas, encuestas y auditorías internas y externas.

CONCLUSIONES
La gestión de procesos según la norma ISO 9000/2000 es una herramienta que permite: Homogeneizar las etapas incluidas en el proceso de Anatomía Patológica. Tener los procedimientos e instrucciones técnicas actualizados en todo momento, lo que facilita el trabajo al personal de nueva incorporación. Recoger las incidencias y no conformidades y establecer las acciones reparadoras y correctivas pertinentes. Instaurar la recogida de información para obtener los indicadores del sistema. Analizar de forma sistemática los indicadores, encuestas y no conformidades para poner en marcha medidas para solucionarlas. Mejorar la participación del personal en la gestión del servicio.

Contacto: Koro Berasarte Asteasuinzarra - coro.berasarteasteasuinzarra@osakidetza.net

P-280 MEJORES PRÁCTICAS Y *BENCHMARKING* EN INTEGRACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES DE HOSPITALES PÚBLICOS DE CHILE

Autores: König SA, Giaveno LE, Cordero L, De Giorgis MJ.

OBJETIVOS
Contar con elementos claros y precisos que permitan la selección e identificación de las mejores funciones de negocio, actividades y procesos, propios de la gestión por procesos asistenciales y gestión clínica, para ser tomados como referenciales entre instituciones que deben integrar sus procesos. Identificar y caracterizar los elementos sustantivos que permiten establecer un determinado proceso o función como una buena práctica y determinar cuáles son los fundamentos y mecanismos de *benchmarking* (funcional e interno) que permiten la correcta identificación de los mismos al integrar procesos en redes asistenciales.

METODOLOGÍA
Revisión de casos y metodologías propias, documentación de experiencias y revisión bibliográfica, que permiten la caracterización de mejores prácticas y *benchmarking*. Análisis matricial de variables. Se definió un patrón de análisis que permitiera caracterizar las respuestas exitosas a problemas concretos. El patrón de análisis y mediciones (*benchmarking*) de desempeño y rendimiento (*performance*) se definió de acuerdo con las metas y resultados deseados para áreas, ámbitos e instituciones de salud que compartieran objetivos de calidad asistencial e integración de procesos asistenciales.

RESULTADOS
Se desarrolló un marco conceptual y metodológico para la identificación y caracterización de las mejores prácticas como "conjuntos de procesos y acciones que representan las herramientas, la información y las ideas más importantes para el desarrollo de las mejores soluciones posibles (innovadoras, efectivas y eficaces) para un grupo dado de problemas", y se definen los patrones de análisis y mediciones para realizar *benchmarking* en las instituciones de salud de los proyectos de integración de procesos.

CONCLUSIONES
Contar con la identificación y caracterización de los elementos sustantivos que permiten establecer un determinado proceso o función como una buena práctica y patrones de análisis y comparación homogéneos y replicables permite una mejor aceptación y adopción de dichas prácticas por parte de instituciones de salud enfrentadas a la necesidad de integrar sus procesos asistenciales.

Contacto: Sergio A. König - skoenig@citgs.net

P-281 PROCESO DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS BOTIQUINES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Gómez-Pedrero AM, Sanz-Márquez S, De Carlos-Soler ML, Pérez-Encinas M.

OBJETIVO
Establecer un procedimiento eficaz y seguro del proceso de adquisición, conservación y almacenamiento de los medicamentos de los botiquines en las unidades de hospitalización así como establecer los indicadores para medir y garantizar el estado del proceso.

MÉTODO
Se definieron los conceptos integrantes del proceso del control y almacenamiento de los botiquines en el hospital. 1. Definición del proceso: definición, límite inicial y final. 2. Ámbito de aplicación 3. Circuito de actuación 4. Responsabilidades 5. Indicadores. Todas las actividades y funciones incluidas en la definición del proceso se representaron gráficamente mediante un diagrama de flujo. El procedimiento se aplicó a 4 botiquines revisados este año.

RESULTADOS
Se definió el proceso como la adquisición, conservación y almacenamiento de los medicamentos en los botiquines de las unidades del hospital. El ámbito de aplicación fueron todos los medicamentos utilizados en el hospital. Se estableció el circuito de actuación desde que el supervisor solicita el pedido hasta que el auxiliar de farmacia lo obtiene a través de la aplicación informática del hospital, lo prepara y genera el albarán de dispensación, el farmacéutico lo valida y el personal de apoyo lo entrega en la planta. El personal de enfermería recepciona, comprueba y coloca el pedido. Se definieron los siguientes indicadores: indicador 1: número de medicamentos caducados/número de medicamentos incluidos en el pacto; indicador 2: número de medicamentos multidosis abiertos en los que no se indica fecha de apertura/número total de medicamentos multidosis del pacto de botiquín; indicador 3: número de medicamentos termolábiles no incluidos en el pacto del botiquín /número total de medicamentos termolábiles del pacto de botiquín; indicador 4: número de pedidos no entregados en el tiempo establecido/número de pedidos totales programados; indicador 5: número de errores de medicamentos dispensados/número de unidades de medicamentos solicitados.

CONCLUSIONES
Para garantizar el correcto estado y conservación de los medicamentos de los botiquines es imprescindible disponer de un procedimiento en el que estén claramente definidos los procesos y responsabilidades. Los indicadores de calidad fuerzan a introducir criterios de buena práctica y permiten lograr una mejora de calidad del mismo.

Contacto: Ana María Gómez Pedrero - amgomez@fhalcorcon.es

P-282 GESTIÓN DE LA CALIDAD. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. HOSPITAL GUADARRAMA

Autores: Salazar-de la Guerra R, García-Capelo JP, Pascual-Fernández C, Pérez-Canal C, Alonso-Martín M, San Gregorio-Matesanz A.

INTRODUCCIÓN
En el hospital, la mejora de la calidad se posiciona como un objetivo estratégico dentro del primer plan de calidad aprobado en el año 2004 en la comisión de dirección.

OBJETIVOS
Conocer cuál es la posición del hospital en relación con una organización excelente para poder seguir desarrollando nuevas líneas de trabajo y nuevos objetivos que nos permitan avanzar hacia la excelencia.

MATERIAL Y MÉTODO
Se organizaron 2 jornadas formativas, una dirigida al equipo directivo y otra a las personas que colaboraron en la realización de la autoevaluación. Posteriormente se organizaron 4 grupos de trabajo, entre los que se distribuyeron los distintos criterios del modelo EFQM. A cada grupo se le proporcionó soporte necesario para la recogida de la información. El número de reuniones por grupo fueron 4, en las que se puso en común la información recogida y se aseguró que no faltase nada que fuera importante. Tras la recogida de la información por los grupos de trabajo, se procedió a la identificación de los puntos fuertes y áreas de mejora. Dicha identificación se realizó de manera individual, por una parte por el coordinador de calidad del hospital y por otra por un asesor externo que actuó de tutor en todo el proceso de autoevaluación. Una vez identificados los puntos fuertes y áreas de mejora, se procedió a realizar la puntuación de cada criterio y subcriterio siguiendo la matriz REDER.

RESULTADOS
Se identificaron un total de 280 puntos fuerte y 159 áreas de mejora. La puntuación final alcanzada fue de 331 puntos. Se priorizaron los 4 puntos fuertes y las 4 áreas de mejora más destacadas en todo el proceso. El resultado más esperado de esta autoevaluación ha sido la elaboración del nuevo plan de calidad aprobado en marzo de 2007.

CONCLUSIONES
El modelo europeo EFQM es una buena herramienta de autodiagnóstico que nos permite reflexionar en equipo y establecer objetivos que guíen nuestra actuación.

Contacto: Rosa María Salazar de la Guerra - rsalazar.hgua@salud.madrid.org

P-283 DISEÑO DEL PROCESO "GESTIÓN DE LA LLAMADA" EN UNA CENTRAL DE COORDINACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Autores: Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD, Cegarra-García M.

OBJETIVO
Diseñar y documentar el proceso de gestión de la llamada, subproceso del proceso "Gestión de la demanda de atención sanitaria urgente", utilizando la metodología de gestión por procesos, que nos permita conocer su funcionamiento, disminuir la variabilidad entre los profesionales del centro coordinador y disponer de un sistema de medición y control orientado a la mejora continua para ofrecer al usuario un servicio plenamente satisfactorio.

MÉTODO
En el marco del proyecto de mejora "Implantación de la sistematización de procesos", se priorizó la sistematización de los procesos clave. En la primera fase se analizó toda la información, documentación y registros disponibles del proceso. Se identificaron mediante la técnica del grupo nominal los puntos fuertes y débiles, 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
Identificamos 3 subprocesos que sistematizamos definiendo su misión, visión y 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 (un total de 16); sistema de ajuste y mejora basados en el análisis de resultados e indicadores; glosario y anexos: ficha de proceso, de indicadores, diagrama de flujo, listado de distribución, de documentos en vigor, de registros. Elaboramos 10 instrucciones técnicas relacionadas. Diseñamos un cuadro de mando que nos permite monitorizar los indicadores. El proceso se ha difundido a las partes interesadas con copias controladas y en la intranet corporativa. Está implantado desde el 1 de enero de 2007. El resultado de este trabajo ha servido de base para la definición de los objetivos de calidad incluidos en el contrato programa con el Servizo Galego de Saúde y de los compromisos con los usuarios de la carta de servicios y para la construcción de indicadores del cuadro de mando de la organización.

CONCLUSIONES
A través del trabajo en equipo se ha profundizado en el conocimiento del proceso y de las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos, lo que ha permitido disponer de datos sobre el comportamiento del mismo para detectar disfunciones y áreas de mejora que antes pasarían desapercibidas. La experiencia ha servido para generar una cultura de calidad en el servicio.

Contacto: M. Dolores Martín Rodríguez - lola.martin.rodriguez@sergas.es

P-284 PROGRAMA DE AHORRO Y RECICLAJE DE CONTAMINANTES ENERGÉTICOS Y MEDIOAMBIENTALES (PARCEM)

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Alvarez MD, Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote J, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS
La actividad sanitaria genera contaminación medioambiental El PARCEM pretende implicar a los trabajadores propiciando actitudes conscientes de respeto al entorno y enfocar la organización del trabajo para que no le afecte negativamente Es un programa coherente con el Modelo EFQM y con el Modelo de Calidad Sanitario de Extremadura. Se pretende: Disminuir el impacto ambiental de la actividad sanitaria. Colaborar con las resoluciones de Kioto. Implicar el Área de Salud con una estrategia de desarrollo sostenible en su entorno social. Repercutir con la actitud de defensa medioambiental en las áreas de influencia de los trabajadores del SES comprometidos con el PARCEM (familiares, amigos, etc.). Aportar valor añadido al PARCEM por aquellos trabajadores del SES que estén sensibilizados con el problema medioambiental.

MÉTODOS
Plan de difusión del programa en el área de salud dirigido por la Unidad de Calidad. Cronograma de despliegue en el hospital y en los centros de salud. Elementos: carta a los trabajadores, trípticos y carteles. Enfoque de nuevas medidas: carta a los trabajadores con tres contenidos: la iniciativa medioambiental más importante puede ser la que surja de cada uno de nosotros; los recursos que no se malgastan no contaminan; podemos contribuir con pequeñas acciones cotidianas en nuestro trabajo. Trípticos con ocho apartados: actividad sanitaria, control, repercusión, autocompromiso, traslado de influencias hacia el interior y hacia el exterior, incorporación medioambiental y uso racional. Carteles: tres tipos con tres contenidos: consumo de luz y agua, respeto a la naturaleza y cambio climático; situados estratégicamente en función de sus destinatarios. Control de datos: conocimiento previo de los consumos y residuos generados (kw, m3, kg/cama, kg/área de trabajo).

RESULTADOS
Difusión del programa a toda el área de salud en su primera fase: hospital. Comienzo de la difusión al resto del área. Cumplimentación del estándar de disminución del impacto ambiental del modelo de calidad. Abordaje de los siguientes campos de actuación (uso racional del papel).

CONCLUSIONES
El PARCEM configura un nuevo marco de gestión en el área de salud para disminuir el impacto negativo sobre el medio ambiente que genera nuestra actividad. Incorpora a la vigente gestión de los residuos el ahorro energético y el uso adecuado del agua de consumo. Se consigue la implicación de los trabajadores. Amplía los horizontes de actuación del compromiso medioambiental de los centros sanitarios.

Contacto: Gabriel Martín Clemente - gabriel.martin@ses.juntaex.es

P-285 5S: DESDE SU UTILIZACIÓN EN ESPACIOS REALES A SU PROYECCIÓN HACIA ESPACIOS VIRTUALES A TRAVÉS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

Autores: Vitoria E, Zuazo M, Gorostiaga J, Muela I, Durán S, Brieva S.

INTRODUCCIÓN
En el año 2005 se diseñó la conexión al denominado "servidor de comarca" desde los ordenadores de los profesionales de la dirección de la misma. Tras un año de utilización de la denominada unidad F, se identificó la necesidad de optimizar este recurso informático estableciendo una metodología para el archivo y consulta de datos de forma uniforme y sistematizada a través de la herramienta 5S.

OBJETIVO
Objetivo general: alcanzar un óptimo uso del servidor de la comarca de Araba para conocer la información disponible, facilitar su almacenamiento, favorecer su difusión y mejorar la comunicación entre todos los profesionales de dirección de la comarca de Araba. Objetivos específicos: 1) Homogeneizar la denominación y nomenclatura de los directorios y subdirectorios del servidor según nuestro mapa de procesos; 2) Unificar los criterios de archivo y mantenimiento de la información; 3) Difundir el mapa de procesos de dirección de la comarca y la responsabilidad que conlleva ser propietario de proceso en la gestión de la información concerniente al mismo.

MÉTODO
Fase preliminar a la implantación de las 5S: 1) Identificación del problema, designación de un equipo de trabajo y encuesta a toda la plantilla, y 2) Elaboración de un informe sobre la metodología de las 5S y presentación al equipo directivo. Metodología de las 5S: organización, orden, limpieza, control visual, disciplina y hábito.

RESULTADOS
Identificación de la información necesaria y eliminación de la innecesaria. Diseño del nuevo servidor, denominado Unidad F, siguiendo la estructura del mapa de procesos de dirección de la comarca de Araba. Identificación numérica de los distintos niveles de carpetas y subcarpetas hasta el tercer nivel. Listado de permisos estructurado en lectura y modificación o creación, de acuerdo con las distintas condiciones de la gestión por procesos de propietario/responsable, miembro del equipo de proceso o no implicado en dicho proceso. Creación de una carpeta denominada "Carpeta de vida corta" y restricción del acceso al equipo directivo, que se responsabilizará del contenido de la misma.

CONCLUSIONES
1) Se conoce y trabaja con el listado de permisos y accesos al sistema. 2) Se accede de forma rápida y sencilla a la información, gracias a la identificación de las carpetas hasta el tercer nivel a través del mapa de procesos. 3) La nueva estructura del servidor ha facilitado la gestión de la información que compete a cada uno de los propietarios de algún proceso.

Contacto: M. Mercedes Zuazo Onagoitia - benasperi@euskalnet.net

P-286 ESTRATEGIA CORPORATIVA PARA INTEGRAR LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

Autores: Pérez Boillos MJ, Álvarez Morezuelas MN, Madariaga Estensoro L, Segurola Lázaro MB, Ogueta Lana MA, García Urbaneja M.

OBJETIVOS
Pilotar la estrategia corporativa en atención especializada destinada a: 1) Promover la cultura de seguridad; 2) Integrar la gestión de riesgos en la gestión del proceso asistencial; 3) Implantar un sistema de notificación de incidentes.

MÉTODOS
1) Presentación de las líneas de trabajo a las gerencias. 2) Desarrollo del sistema de notificación. 3) Formación: acción coordinada por la organización central de Osakidetza sobre: Conceptos básicos en seguridad del paciente. Manejo de las herramientas de gestión de riesgos (AMFE y protocolo de Londres). Beneficios de los sistemas de notificación y experiencias en nuestro entorno. Compatibilidad con la norma ISO 9001:2000.

RESULTADOS
1) El 94% de los centros de nuestra red (17/18) ha participado en el proyecto. En su puesta en marcha se han implicado las unidades de calidad de todos los centros, el 88% de los servicios de farmacia de la red y 26 unidades asistenciales correspondientes a distintas especialidades (Urgencias, Digestivo, UMI, Anestesia, Medicina Interna, UMI Pediátrica, Neonatal, Reanimación, Neumología, Psiquiatría). 2) En las sesiones de sensibilización para gerentes y directivos han participado el 66% de estos profesionales. 3) Respecto a la formación-acción, se realizaron 8 sesiones de formación en las que se formó a 84 profesionales que iban a servir de referentes en sus unidades. Después estos profesionales han realizado formación en cascada en sus unidades y han llegado a 900 personas, aproximadamente. 4) Todos los centros han realizado al menos un AMFE, 15 de ellos sobre el proceso farmacoterapéutico. 5) El sistema de notificación se ha diseñado y distribuido al 100% de los centros y en este momento está implantado en el 29% de las unidades.

CONCLUSIONES
1) El proyecto ha tenido buena aceptación si tenemos en cuenta el número de centros y de profesionales asistenciales y directivos que se han implicado. 2) La estrategia adoptada ha permitido extender el uso de las herramientas de gestión de riesgos en la red. 3) Se ha conseguido la implantación del sistema de notificación en algo más de 1/4 de los centros. Sin embargo, es necesario mejorar ese despliegue y analizar: 1) Cómo los centros que lo han implantado han conseguido romper las barreras habituales a la notificación relacionadas con la cultura de seguridad y con el propio sistema de notificación, y 2) Cómo han compatibilizado esta herramienta con el sistema de notificación de no conformidades que utilizan habitualmente para gestionar el proceso según la norma ISO 9001:2000.

Contacto: María Natalia Álvarez Morezuelas - nalvarez@sscc.osakidetza.net

P-287 ANÁLISIS DE LA PROGRAMACIÓN DEL NIVEL DE ALARMAS VENTILATORIAS Y HEMODINÁMICAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Autores: Carrillo-Alcaraz A, Almaida-Fernández MB, Rabadán-Anta MT, Herrera-Romero T, Alonso-Tovar AR, Sánchez-Nieto JM.

OBJETIVOS
Analizar cómo son seleccionados por médicos y enfermería los niveles de alarmas en monitores y ventiladores en UCI.

MÉTODOS
Encuesta anónima de 20 ítems con escala Lickert y 5 preguntas abiertas distribuida al personal asistencial de UCI. Se recogen variables demográficas, comprobación y programación de alarmas. En el caso de que se realizase programación, si se realizaba según cifras fijas de parámetros fisiológicos o si dependía de los valores del paciente. Los resultados se expresan como número y porcentajes. La comparación entre variables mediante la prueba X2 de Pearson o exacta de Fisher.

RESULTADOS
Se repartieron 45 encuestas. Cumplimentadas, 40 (88%): 11 médicos y 29 de enfermería. Sobre la comprobación de alarmas: 8 de los encuestados (20%) nunca o casi nunca comprueban las alarmas del monitor y 20 (50%) las del ventilador. 26 encuestados anulan algún tipo de alarma, sobre todo las de frecuencia respiratoria en monitor (52,5%) y las de volumen de minuto máximo en ventilador (7,5%). Los médicos comprueban las alarmas del monitor siempre o casi siempre en el 18% de los casos, y entre los enfermeros en el 48% ($p = 0,138$). Con respecto al ventilador, el 54% de los médicos comprueban las alarmas siempre o casi siempre y solo lo hacen el 14% de enfermería ($p = 0,015$). Sobre la programación: La alarma de frecuencia cardiaca máxima y mínima fue programada mediante un número determinado en el 20% y el 30% de los casos, respectivamente, y según el parámetro del paciente en el 60% para ambos tipos. La alarma de saturación de oxígeno máxima y mínima fue programada mediante un número determinado en el 40% de los casos en ambas alarmas y según el parámetro del paciente en el 17,5% en alarma máxima y en el 47,5% en mínima. La presión arterial máxima y mínima fueron ambas programada mediante un número determinado en el 25% de los casos y en el 50% según el parámetro del paciente. La alarma de presión pico máxima del ventilador se programó mediante un número determinado en el 37,5% y en el 20% según el parámetro del paciente. La alarma de volumen de minuto máximo, en el 37,5% mediante un número determinado y en el 20% según el volumen del paciente. Finalmente, la alarma de frecuencia respiratoria del ventilador fue programada tanto mediante un número determinado como según la frecuencia del paciente en el 22,5% de los casos.

CONCLUSIONES
Existe una enorme variabilidad en la comprobación y programación de las alarmas, tanto del monitor como del ventilador, de los pacientes ingresados en UCI. Los médicos suelen comprobar más las alarmas del ventilador y las enfermeras las del monitor.

Contacto: Andrés Carrillo Alcaraz - 968246333@telefonica.net

P-288 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL ÍNDICE DE BARTHEL COMO ESCALA DE MEDICIÓN PARA LOS NIVELES DE DEPENDENCIA

Autores: Sogues-Blanco P, Cornelles-Ferrer T, Ventura-Moratalla MT, Herrero-Gómez E, Piñol-Tena MA, Gas A.

OBJETIVO
Realizar una valoración de enfermería que sea válida, fiable, fácil de aplicar, fácil de interpretar y de fácil adaptación lingüística y cultural.

MÉTODO
Inclusión del grado de dependencia (según el índice de Barthel) para las actividades básicas de la vida diaria: comer, control urinario y fecal, lavarse y arreglarse, vestirse, transferencia, movilización, dentro de 6 de las 14 necesidades del ser humano según el modelo de enfermería de Virginia Hendersson.

RESULTADOS
Este tipo de valoración nos puede ayudar a una mejor distribución de los recursos de enfermería, y se puede utilizar tanto en el ámbito hospitalario o domiciliario como en asistencia primaria.

CONCLUSIONES
La valoración de enfermería al enfermo según las 14 necesidades de la persona, juntamente con la objetividad del índice de Barthel, puede poner en nuestras manos un instrumento que nos sirva como criterio de eficacia en tratamientos y intervenciones en ensayos clínicos aleatorios, así como en determinados estudios.

Contacto: Mercè Aixandri Tarré - maixandri@uoc.edu

P-289 MEJORA DEL SUBPROCESO: RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA Y HECES: INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PLANTA

Autores: Izquierdo-Álvarez S, Bancalero-Flores JL, Viso-Soriano MJ, Bocos-Terraz P, Vela-Marquina ML, García de Jalón-Comet A.

INTRODUCCIÓN
Es importante conseguir mejorar y optimizar el subproceso de recogida de muestras, especialmente el de aquellas que requieren una estricta fase de recogida, como por ejemplo las orinas de 24 horas para realizaciones de estudios metabólicos, determinación de catecolaminas, aminas biógenas, etc., o de heces.

OBJETIVOS
Elaborar un póster esquematizando las instrucciones específicas de recogida y dieta a seguir por el paciente para las muestras de orina de 24 horas destinadas a determinaciones bioquímicas específicas, así como las muestras de heces, para su difusión a todo el personal de enfermería ubicado en planta del hospital (recogida de muestras de paciente ingresado) y al de los diversos centros de salud. Conseguir que todo el personal de enfermería sepa realizar y explicar al paciente (en el caso de que la muestra deba recogerla él mismo en su casa) las pautas y recomendaciones a seguir para su adecuada recogida. Asimismo, concienciar de la importancia del subproceso de la correcta recogida de este tipo de muestras para obtener unos análisis de calidad y "reales" que ayuden al médico clínico a la toma de decisiones.

METODOLOGÍA
Se recopilaron todas las instrucciones de determinaciones bioquímicas específicas en orina de 24 horas y en heces que requerían unas pautas y/o recomendaciones adecuadas, así como de realización de dieta previa antes de la propia recogida. Se analizaron y se llegó a su consenso dentro del laboratorio. A través del programa Powerpoint y mediante el empleo de fotografías reales de los contenedores adecuados, se elaboró el póster en forma de cómic, para colocarlo en las diversas plantas de hospital y centros de salud.

RESULTADOS
Se obtuvo un "póster" en forma de cómic en el que se reflejaban de forma sencilla las instrucciones y pautas a seguir para la correcta recogida de las orinas y muestras de heces de los pacientes ingresados en planta. La difusión y distribución de este póster en las diversas plantas del hospital facilitó que el personal de enfermería realizara una adecuada recogida de las muestras e informase e instruyese adecuadamente a los pacientes.

CONCLUSIONES
El uso de "pósters" explicativos para todo el personal de enfermería y auxiliares involucrado en la preanalítica de recogida de muestras, con una exposición sencilla y dinámica de las pautas a seguir, es de gran ayuda para la cualificación del personal. Se consigue optimizar este subproceso porque disminuye considerablemente el porcentaje de muestras mal recogidas.

Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez - sizquierdo@salud.aragon.es

Mesa 19

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2

P-290 - P-305

P-290 CUIDADOS DE CALIDAD EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: Arantón L, Rumbo JM, Vázquez T, Delgado R, Ramírez AM, García F.

INTRODUCCIÓN
Las úlceras por presión (UPP) son un problema asistencial de gran magnitud, y su prevención, la estrategia de acción más eficaz.

OBJETIVO
Establecer un algoritmo de decisión para la prevención y tratamiento de las UPP que permita una acción cuidadora uniforme y eficaz, basada en la evidencia científica.

METODOLOGÍA
Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y elaboración y adaptación de un algoritmo de decisión basado en la evidencia científica identificada a través de la técnica de grupo nominal y la búsqueda de consenso dentro del grupo.

RESULTADOS
Se elabora la escala de decisión tanto para detectar el nivel de riesgo de UPP en los pacientes ingresados (escalas de Bradem/Norton, cumplimentación de registros específicos, seguimiento, superficies especiales, ácidos grasos hiperoxigenados, etc.) como para el tratamiento cuando estén presentes las UPP (abordaje, seguimiento, tratamiento local, etc.). Se propone para su difusión la distribución del algoritmo (tarjeta plastificada) entre todo el personal, y se realizan sesiones formativas e informativas específicas en las unidades de enfermería y, posteriormente, talleres prácticos complementarios.

CONCLUSIONES
La aplicación de medidas preventivas estandarizadas permite minimizar la incidencia de UPP, pero cuando estas están presentes, una actuación unificada basada en criterios de evidencia científica contribuye a acelerar su resolución y minimizar sus complicaciones. Cabe destacar que no sería posible sin la implicación de todo el personal de enfermería.

Contacto: Luis Arantón Areosa - luis.aranton.areosa@sergas.es

P-291 ¿SE RELACIONA LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA CON LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Autores: Reparaz F, Guevara M, Vicuña B, Jiménez B, Soria MT, Luquin MF.

OBJETIVOS
Evaluar la relación entre las variables del CMBD y la calidad de los cuidados de enfermería de las vías venosas centrales y periféricas.

METODOLOGÍA
La calidad de las vías venosas centrales y periféricas es medida a través de una recogida sistemática de datos de todas las vías recogidas en un área del hospital. Del análisis de estos datos se obtienen indicadores de calidad como los siguientes: adecuación de los cuidados rutinarios, días de utilización de la misma vía y motivos de retirada no relacionados con el fin del tratamiento. Estos datos se cruzan con variables del CMBD como el tipo de ingreso, la estancia, el tipo de alta y el GRD. Para obtener los datos de las vías venosas se utilizó el registro individualizado implantado en el hospital, con una antigüedad de 10 meses, que recoge la información seleccionada por un equipo de profesionales de enfermería. Los datos del CMBD se capturan de la base de datos de codificación de altas hospitalarias, agrupadas las altas por el AP-GDR versión 21.0.

RESULTADOS
Durante el mes de marzo de 2007 fueron ingresados 1.006 pacientes en las 293 camas analizadas. Estos ingresos han supuesto un total de 7.674 estancias, con una estancia media global de 7,63 días por ingreso y un rango por plantas de hospital entre 5,20 y 14,96. El índice de rotación fue de 3,44 y la ocupación media del 84,55%. Un 37,1% de los ingresos son programados y el 62,9% urgentes. En relación con el tipo de alta, el 89,7% corresponden a motivos médicos y el resto a fallecimientos (2,99%) o traslados a otros centros. Durante este periodo se analizan unas 900 vías venosas correspondientes a estos ingresos. En un 31,2% de los casos el motivo de retirada de la vía no estaba relacionado con el final del tratamiento. La duración media de los catéteres fue de 94 horas (DE: 92,3). En un 46% de los casos no se registraron correctamente los cuidados indicados en la guía con relación a las curas diarias, cambios de equipo y cambios de apósito. Se analiza la asociación entre estancia media y otras variables del CMBD en relación con el motivo de retirada, la duración media de los catéteres y los cuidados diarios de la vía.

CONCLUSIONES
La protocolización de los cuidados de las vías venosas y el registro de su actividad permite establecer indicadores que relacionan la calidad de los cuidados de enfermería y las variables resultado, como la estancia hospitalaria.

Contacto: Federico reparaz abaitua - freparaa@cfnavarra.es

P-292 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: Carcelen-García S, Ramos-Martínez A, Jurado-Pellicer R, Sandoval-Piqueras A, Segura-Melgarejo, Serrano-Teruel T.

INTRODUCCIÓN
El ingreso de un paciente en la institución hospitalaria supone determinados riesgos, independientes al proceso por el que ingresa. Entre estos riesgos destaca por su morbilidad y por sus posibles secuelas el riesgo de sufrir caídas. La caída se define como el resultado de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad. Las consecuencias de las caídas pueden ser lesiones físicas o trastornos psicológicos y, sobre todo, pueden aumentar significativamente el periodo de hospitalización de aquellos pacientes que las sufren.

OBJETIVO
Conocer los condicionantes de las caídas de los pacientes hospitalizados. Disminuir el número de caídas.

MÉTODO
En nuestro centro se consideró un objetivo esencial de los cuidados de enfermería identificar los factores asociados con las caídas de los pacientes hospitalizados. Se crea una hoja de registro de caídas intrahospitalarias en la que se valora principalmente la edad, el lugar y la hora en que sufre la caída, así como las posibles causas y las consecuencias que dicha caída tiene para el paciente. Se analizan las caídas ocurridas en el centro durante el año 2006.

RESULTADOS
Durante el periodo analizado se produjeron 28 caídas de pacientes hospitalizados. El análisis de estos datos mostró que los pacientes de edad avanzada son los que con mayor frecuencia sufren caídas accidentales, y entre estos predominan en género los hombres frente a las mujeres. En cuanto a las horas de las caídas, el turno de noche es aquel en el que se registra un mayor índice. Las causas que predominan son el intento de bajar de la cama y la intención de ir al baño, lo que demuestra que en la mayoría de las ocasiones el paciente estaba solo. Como consecuencia, destacamos un paciente con fractura de cadera, otro con fractura de muñeca y un tercer paciente que precisó sutura.

CONCLUSIONES
Se debe elaborar un programa de prevención de las caídas en pacientes hospitalizados que incluya la formación del personal sanitario y la educación, tanto del paciente como de la familia, en técnicas de prevención.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-293 PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Rubio-Gómez I, Lozano-Trujillo G, Martínez-Juan A, Pardo-Fernández MJ, Soria-Ramiro L, Arribas-Espada JL.

OBJETIVO
Describir la implantación de un programa de mejora continua (PMC) fundamentado en la participación de los profesionales de enfermería.

MÉTODO
1) Diagnóstico de la situación, selección de objetivos del plan de calidad, reuniones para informar y consensuar objetivos y establecimiento de la metodología de evaluación. 2) Constitución de comisiones de cuidados.

RESULTADOS
El PMC se inició en 2003 y han participado 35 unidades (100%), organizadas en 7 áreas, con 60 objetivos pactados, de los que, agrupados por criterios, se han obtenido los siguientes niveles: Formación: 52 profesionales de 3 áreas han impartido 5 cursos acreditados por el MSC (100%). Continuidad de cuidados: 4 áreas han incluido recomendaciones estandarizadas de cuidados al alta y el informe de cuidados interdepartamental. Procesos: 7 áreas han documentado cuidados relacionados con técnicas y procedimientos; 2 han participado en la elaboración e implantación de la vía clínica de la catarata; 1 área ha monitorizado las incidencias con citaciones y suspensión de pruebas. Seguridad: 5 áreas han elaborado 3 guías relacionadas con la administración de fármacos; el servicio de farmacia ha sistematizado el control ambiente y ha difundido un decálogo de conservación eficaz de medicamentos. Investigación: 1 área ha realizado un estudio del síndrome confusional. Confort: el área de hospitalización ha afianzado la oferta de elección diaria de menú en pacientes. Educación sanitaria: 1 área ha realizado 40 sesiones grupales por año a pacientes hospitalizados y otra ha fomentado la lactancia materna. Calidad percibida y satisfacción: se ha conocido la opinión de los usuarios mediante la implantación en 3 áreas de una encuesta poshospitalización; en todas se ha afianzado el programa de acogida al nuevo trabajador. Participación en congresos: 4 áreas han presentado comunicaciones en congresos nacionales. En las comisiones participan 28 profesionales, se ha implantado el protocolo de accidentes/caídas, y se ha actualizado el de úlceras por presión y el de catéter venoso periférico.

CONCLUSIONES
La consolidación del PMC es un hecho constatado gracias a la participación de los profesionales. El compromiso y el buen hacer de todos los implicados supone un avance para el desarrollo de actitudes positivas, tan necesarias para trazar un camino hacia la excelencia de los cuidados.

Contacto: Isabel Rubio Gómez - irubiog@sescam.jccm.es

P-294 LA INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA CLÍNICA EN EL NUEVO MODELO ASISTENCIAL

Autores: Padilla C, Esteve J, Llauradó C.

INTRODUCCIÓN
Los cambios producidos en nuestra organización durante el año 2005, tanto en el modelo organizativo como en el modelo asistencial, han tenido como consecuencia una redefinición del rol tradicional de la supervisora de enfermería, basado principalmente en la gestión de recursos, y su adaptación a un modelo asistencial centrado en la mejora del proceso clínico/asistencial, fundamentado en la gestión clínica y de cuidados. El cambio de modelo ha supuesto la incorporación de la enfermera clínica (EC), como figura innovadora, que tiene como misión velar por la asistencia integral de los pacientes de una determinada especialidad clínica mediante la comunicación, colaboración y coordinación con todos los profesionales implicados, y es la responsable de liderar y asegurar unos cuidados de enfermería integrales y de calidad.

OBJETIVO
Mejorar la eficiencia y la seguridad de los cuidados enfermeros, constituyendo equipos de mejora en los cuales las EC lideren y/o participen, como figura experta en los cuidados de cada especialidad clínica.

METODOLOGÍA
Durante el año 2006 y hasta mayo de 2007 se han constituido 4 equipos de mejora formados por la EC, enfermeras asistenciales y otros profesionales implicados en el proceso asistencial (médicos, farmacéuticos, etc.) con el objetivo de analizar, proponer y implantar diferentes acciones durante el año 2007. Los 4 grupos trabajaban aspectos relacionados con la continuidad al alta y la seguridad del paciente. Seguridad: indicación y administración de fármacos: registro de administración de prescripción farmacológica informatizado; prevención y monitorización de las heridas crónicas; prevención y registro de caídas. Continuidad asistencial: revisión y diseño del informe de continuidad asistencial al alta de enfermería informatizado.

RESULTADOS
Después del análisis y las propuestas de acciones de mejora por parte de los diferentes grupos durante el mes de mayo, se ha implantado en todas las unidades de hospitalización y urgencias el informe de continuidad asistencial al alta y el registro de declaración de heridas crónicas, ambos en soporte informático. Las áreas de mejora relacionadas con las caídas y la informatización de la prescripción de fármacos están pendientes de implantarse durante el segundo semestre de 2007.

Contacto: Catalina Padilla Llamas - catalina.padilla@sanitatintegral.org

P-295 AUDITORÍA DEL REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CATÉTERES VENOSOS

Autores: Guevara-Eslava M, Reparaz-Abaitua F, Soria-Sarnago T, Vicuña-Urtasun B, Burgos-Crespo E, Luquin-Sáinz F.

OBJETIVOS
Evaluar la calidad del registro de los cuidados de enfermería para catéteres venosos en un hospital universitario con el fin de identificar posibles deficiencias, desarrollar estrategias para corregirlas y evaluar su impacto.

METODOLOGÍA
Diez meses después de iniciada la implantación de un protocolo de cuidados de enfermería para catéteres venosos, se constituyó un grupo de evaluación integrado por enfermeras clínicas y médicos de medicina preventiva. Como primera fase de la evaluación se decidió analizar la calidad de los registros. Los ítems seleccionados para incluir en la evaluación fueron 14 para catéteres periféricos y 16 para centrales, que abarcan: grado de cumplimentación de datos del paciente, características, tiempo de permanencia, cuidados específicos y motivo de retirada del catéter. Se seleccionó una muestra de 900 registros de catéteres de las unidades de enfermería que tienen implantado el protocolo. La recogida de datos fue realizada por enfermeras de las mismas unidades utilizando un formulario específico en Access.

RESULTADOS
En una muestra piloto de 63 registros de catéteres periféricos y 32 centrales, los datos de identificación del paciente se habían recogido siempre. En los catéteres periféricos, la cumplimentación del tipo, localización y fecha de inserción del catéter fue superior al 94%. De estos catéteres, el 18% permanecieron más de 72 horas. La revisión diaria del punto de inserción se había registrado en el 53% (IC 95% 37%-68%) de los que permanecieron más de un día, y la cura, cambio de apósito y cambio de equipo completo se habían registrado en el 27% (IC 95% 6%-60%) de los de más de 72 horas. En el 67% estaba recogido el motivo de retirada del catéter, que fue flebitis/extravasación en el 22%. En los catéteres centrales se había registrado el tipo de catéter y número de luces en más del 93%. La media de permanencia fue de 7,5 (DE 5) días, y se recogió el motivo de retirada en el 75%. En los que permanecieron más de 72 horas se había registrado la cura en el 80% (IC 95% 59%-93%) y el cambio de equipo en el 44% (IC 95% 23%. 65%).

CONCLUSIONES
Se han identificado oportunidades de mejora en los registros de cuidados en catéteres venosos, especialmente en lo que respecta a los cuidados que deben repetirse con una periodicidad establecida (cada 24, 48 o 72 horas). La deficiencia del registro de estas actividades dificulta el seguimiento y el adecuado cumplimiento de los cuidados, por lo que su mejora contribuirá a una mejor calidad de la asistencia.

Contacto: Marcela Guevara Eslava - mp.guevara.eslava@cfnavarra.es

P-296 VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE OSTOMÍA EN PACIENTES ADULTOS CON GASTROSTOMÍA

Autores: Martínez-Ortuño FJ, Martínez-Castillo J, Hellín-Monasterio J, López-Ibáñez M, Illana-Rodríguez N, Manzanera-Saura JT.

INTRODUCCIÓN
Los cuidados enfermeros son esenciales para reducir las complicaciones posteriores en pacientes con PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea). Las complicaciones más frecuentes en estos pacientes son infección, irritaciones y salida de contenido gástrico alrededor del peritubo.

OBJETIVOS
Los objetivos principales del profesional de enfermería son evitar problemas cutáneos y aumentar el bienestar del paciente. Para ello, debe tener un alto conocimiento y manejo de las complicaciones y entrenar al paciente y familia en las habilidades para la adaptación a la nueva situación.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio experimental en 4 adultos. En el estudio se utilizaron dispositivos de ostomía: discos, bolsas, cremas barrera, etc., adaptados todos ellos a las necesidades del paciente y a características especiales: edad, sexo y patología que causó la gastrostomía.

RESULTADOS
Las complicaciones principales fueron irritación, infección, irritabilidad y salidas del contenido gástrico alrededor del peritubo. El resultado fue: 1) Disminución de infección y signos de irritación. 2) Aumento del bienestar. 3) Ausencia de salidas alrededor del peritubo.

CONCLUSIONES
El empleo de dispositivos de ostomía en pacientes con una gastrostomía evita complicaciones y/o reingresos hospitalarios, y por tanto disminuyen los gastos hospitalarios. El empleo de dispositivos de ostomía no implica riesgo de efectos secundarios en los pacientes gastrotomizados. Todos estos pacientes aumentaron su bienestar, su estado nutricional y su adaptación a la nueva situación.

Contacto: Francisco Javier Martínez Ortuño - josemartinezcastillo@hotmail.com

P-297 INCIDENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO MEDIDA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autor: Minguillón Cebrián C.
Institución: Clínica Plató. Barcelona.

OBJETIVO
Las úlceras por presión siguen siendo un problema muy importante en personas con movilidad restringida por su edad o patología. En la mejora de la calidad asistencial se aplicó el modelo de gestión del EFQM, lo que permite introducir en la organización una metodología para la mejora continua. En este sentido, se desarrolló el indicador respecto al estándar esencial en atención hospitalaria 9c-01-E17 ("se mide la aparición de úlceras por presión relacionadas con los pacientes encamados").

MÉTODO
Estudio descriptivo y prospectivo. Se describe el indicador que nos medirá el índice de las úlceras por presión. Los ítems que mediremos son los siguientes: (número de úlceras por presión/pacientes de riesgo) x 100. Número de úlceras por presión por unidad funcional. Número medio de úlceras por paciente ulcerado. (Proporción UPP intrahospitalarias/totales) x 100. Los pacientes que se incluyen en el estudio han de tener un ingreso hospitalario superior a 72 horas y con factores de riesgo. El nivel de riesgo se determina mediante la escala de Braden. En el caso de que la úlcera por presión esté instaurada en el ingreso, se registra la localización y el grado. Los datos se registran en una base de datos para poder realizar el posterior seguimiento de todos los pacientes susceptibles de tener o que tienen UPP.

RESULTADOS
Se realiza el seguimiento del indicador desde el año 2003. En 2006 los resultados obtenidos son: (número úlceras por presión/pacientes de riesgo) x 100 = 74,8%. Número medio de úlceras por paciente ulcerado = 1,4% (estándar media hosp. XHUP: 1,49%). (Proporción UPP intrahospitalarias/totales) x 100 = 12,2% (estándar media hosp. XHUP: 58,96%). Los resultados del indicador están por debajo de los valores del estándar que marca la media hospitalaria de la XHUP.

CONCLUSIONES
Destacar la importancia de la participación de todo el personal de enfermería en la aplicación del protocolo de úlceras por presión para poder conseguir unificar criterios a la hora de valorar, clasificar y tratar las lesiones. Como acción de mejora estableceremos la revisión y/o actualización del procedimiento de actuación sobre las úlceras por presión para la introducción de nuevos productos terapéuticos.

Contacto: Carme Minguillón Cebrián - carme.minguillon@clinicaplato.com

P-298 UTILIZACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS

Autores: Saa-Rojo X, García-Santamaría AM, Victoria-de las Heras MJ, Sánchez-Martínez MJ, Sánchez-Oro MI, Sánchez-Corbalán JL.
Institución: Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO
Evaluar la utilidad de la utilización de una escala visual analógica (EVA) para medir el dolor en urgencias por enfermería.

METODOLOGÍA
Se ha comenzado a utilizar en el servicio de urgencias una escala visual analógica del dolor graduada de 0 a 10 con el fin de contar con esta información como un parámetro más del estado del paciente y, a la vez, como una información sobre la eficacia subjetiva de la actuación analgésica. Se han recogido casos en el mes de mayo de 2006 y se ha estudiado aquellos que se han completado con evaluación inicial antes de analgesia y evaluación al alta.

RESULTADOS
Se han analizado 60 casos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias. El 53% han sido varones y el 46,6% mujeres. La edad media ha sido de 41 años. La puntuación media del dolor a la llegada ha sido de 7,35, con una desviación típica de 2,02 (media de 6,98 en hombres y 7,76 en mujeres) y al alta la puntuación ha sido de 3,016, con una desviación típica de 2,48 (2,6 en hombres y 3,48 en mujeres). Se ha evaluado la diferencia en el EVA de llegada y salida, y la media ha sido de 4,3 puntos. Se han analizado también las diferencias entre diferentes analgésicos, que han oscilado todas entre 4 y 5 puntos y ha sido solo de 1 punto en los casos en los que no se aplicó analgesia.

CONCLUSIONES
Se ha puesto en marcha la medición de un parámetro de utilidad en urgencias. Se ha comprobado su utilidad para la evaluación subjetiva del dolor.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-299 DIOS MÍO, YA ESTÁ AQUÍ NUESTRO BEBÉ

Autores: Hernández S, Martí R, Blázquez MJ, Sánchez L, Alonso N.

OBJETIVOS
El objetivo principal es colaborar con los papás de los bebés que nacen en nuestros hospitales ayudándoles con técnicas formativas que les permitirán abordar la nueva situación de manera más fácil. Para ello es necesario establecer cuáles son esas necesidades formativas.

MÉTODO
La idea surgió del personal de nido del Hospital Quirón de San Sebastián. En palabras suyas, explican que "este proyecto surgió cuando observamos que la información que dábamos a los padres en el momento del nacimiento no resultaba eficaz, ya que recibir al RN ocupaba toda su atención". Se creó un grupo de trabajo formado por el personal de nido que comenzó a trabajar en la temática y en la forma de las sesiones de trabajo. Para ello, en primer lugar analizaron cuáles eran las carencias formativas que tienen los nuevos papás: 1) Las primeras conclusiones a las que el grupo llegó son que los papás requieren más información sobre la lactancia, tanto en tipos de lactancia, lactancia materna (LM), lactancia artificial (LA) y lactancia mixta (L. Mixta) como en etapas de la misma (comienzo, subida, grietas, etc.). Todas conocen los beneficios de la LM, pero muestran su decepción cuando llega un momento duro que ellas no esperaban. En ese momento, echan en falta haber tenido una información más veraz para haber elegido la lactancia más adecuada para el RN y para ellas. 2) Además, los nuevos papás deberían tener una idea general de cómo va a ser su ingreso en el hospital y conocer al personal de pediatría. El grupo de trabajo se puso a trabajar en realizar el plan de formación que quedó desarrollado, y el tipo de formación elegida fueron 3 jornadas de formación presencial de 1 hora cada una.

RESULTADOS
Desarrollo de un plan de formación mediante 3 consultas, cada una de ellas con una finalidad diferente. 1) Funcionamiento del nido. 2) Tipos de lactancia. 3) Instrucciones al alta. El contenido de cada una se ha documentado completamente. Se cita a los futuros padres a una primera consulta con día y hora fijos, de asistencia optativa y de contenido "*light*". Las fechas de las siguientes consultas se negociarán con ellos según su disponibilidad. Las sesiones formativas se podrían realizar entre el 5º y 7º mes de gestación, una cada mes para no sobrecargar de información a los padres.

CONCLUSIÓN
Este proyecto aporta una mejora social y satisface los requisitos y expectativas que hemos detectado en nuestros clientes futuros papás.

Contacto: Rita Martí Usón - rmarti.ghq@quiron.es

P-300 EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DE VÍAS PERIFÉRICAS. GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Robledillo P, Folguera C, Menchen B, Santiago A, Manso M, Torralba A.

INTRODUCCIÓN
La manipulación de viales multidosis de suero heparinizado para el mantenimiento de vías periféricas (VP) se asoció a un incremento del riesgo de transmisión de enfermedades virales (VHC, etc.) sin que este método haya demostrado superioridad a la salinización para el mantenimiento de las VP. Como consecuencia, la Comisión de Farmacia y Terapéutica elaboró el protocolo de mantenimiento de vías periféricas (PMVP) (arteriales/venosas) con el objetivo de unificar criterios y garantizar el manejo seguro del acceso venoso/arterial. Este protocolo fue aprobado e implantado en enero de 2005. En mayo de 2006 se realizó una auditoría del grado de conocimiento y cumplimiento del nuevo protocolo, con un 100% de resultados positivos.

OBJETIVO
Realizar una nueva auditoría a todas las unidades de enfermería (UE) para reevaluar el grado de conocimiento e implantación del protocolo, con el objetivo de mantener y asegurar el correcto mantenimiento de las VP.

MÉTODO
Estudio transversal realizado el 29 de mayo de 2007 a todas las unidades de enfermería mediante un cuestionario donde se evalúa el grado de conocimiento e implantación del PMVP.

RESULTADOS
Se realizó una encuesta a 87 enfermeras pertenecientes a las 17 UE de nuestro hospital. El 79,10% conocía la existencia del protocolo. Aunque un 20,90% manifestó no conocerlo, el 95,48% aplicaba las técnicas descritas en este. Un 4,47% de las encuestadas seguía utilizando heparina para el mantenimiento de la permeabilidad de la VP. Las vías arteriales solo se utilizan en UE especiales (UCI, REA, UC), y aunque el PMVP de arteriales es conocido en el 78,57%, el 100% utiliza una solución presurizada de SSF 0,9% y heparina (0,25-1 U/ml) en circuito cerrado, como describe el PMVP. De las vías arteriales, toman muestra para coagulación (desechando un mínimo de 3 cc de sangre) el 85,71% de las enfermeras que manejan estas vías, aunque se recomienda recurrir a sangre venosa por punción directa.

CONCLUSIONES
Es práctica habitual en nuestro hospital el mantenimiento de las VP venosas con suero salino del 0,9% en monodosis de 10 ml, lo que evita problemas de contaminación, transmisión de infecciones, interacciones con fármacos o reacciones de hipersensibilidad descritas con el uso de solución heparinizada. Se observa una gran aplicación de las técnicas descritas en el PMVP arteriales/venosas aun cuando un número importante de enfermeras afirman no conocer dicho protocolo. Se comunican estos resultados al servicio de calidad del hospital para realizar una nueva divulgación del PMVP.

Contacto: Carlos Folguera Olias - cfolguera.hpth@salud.madrid.org

P-301 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA INFORMATIZADO *VS.* EN FORMATO PAPEL

Autores: Urruela M, Paz E, Puertollano P, Florido K, Landaluce G.

INTRODUCCIÓN
El proceso de atención de enfermería implantado en el hospital se basa en el modelo de necesidades de Virginia Henderson y en los sistemas biológicos. Dicho modelo viene utilizándose desde hace muchos años en formato papel, pero es a partir del pasado octubre cuando se ha iniciado su implantación en formato electrónico.

OBJETIVO
Evaluar el nivel de calidad de los cuidados de enfermería en función del sistema de cumplimentación utilizado: sistema informático (programa Zaineri) o sistema papel.

METODOLOGÍA
Utilización de una plantilla compuesta por 28 criterios: 11 de estructura, 13 de proceso y 4 de resultado. El rango de puntuación es de 0 a 5, y la máxima puntuación es de 55. Los documentos evaluados han sido: datos al ingreso, valoración/plan de cuidados y evolutivo de enfermería. También se ha valorado la coherencia entre la prescripción médica y la planificación de cuidados. Los datos han sido recogidos por dos enfermeras, coordinadas por la supervisora de la Unidad de Calidad. Resultados: Muestreo aleatorio del 2% de las historias de 20 unidades, médicas y quirúrgicas. Las unidades con sistema informático y no informático se han distribuido por igual, 10 en cada grupo. Los datos que se presentan se corresponden con los criterios de proceso, por ser los que están relacionados directamente con la calidad prestada. Se han evaluado un total de 80 historias, 40 informatizadas y 40 en papel. La media global de calidad de las historias electrónicas ha sido de 45,5 puntos y la de las historias en papel de 47,6. La meta fijada por el hospital es alcanzar 47 puntos. Se han observado diferencias estadísticamente significativas, Mann-Whitney ($p = 0{,}014$), al comparar la elaboración del plan de cuidados de enfermería en el mismo turno de ingreso, a favor del formato electrónico; lo mismo sucedía con la concordancia entre el registro de gráfica y los criterios de cumplimentación de las constantes ($p = 0{,}024$). Sin embargo, las diferencias eran a favor del formato papel al evaluar la concordancia entre el evolutivo/plan de cuidados y el proceso de enseñanza-aprendizaje ($p = 0{,}000$).

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos vienen a demostrar que los niveles de calidad se mantienen en niveles adecuados, a pesar de la reciente implantación del programa informático. La formación realizada para la implantación del nuevo sistema ha sido eficaz, dados los resultados obtenidos. El formato electrónico mejora la legibilidad y comprensión de la documentación de enfermería.

Contacto: Mercedes Urruela Oliván - murruela@hbas.osakidetza.net

P-302 REVISIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LAS INFECCIONES POR GÉRMENES NOSOCOMIALES EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Autores: Ramos G, Morales L, Ruiz E, Yagüez C, García P, De Febrer G.

INTRODUCCIÓN
El área sociosanitaria (463 ingresos/año) está integrada en la estructura física y organizativa del Hospital Universitario de Sant Joan. El 90% de los pacientes ingresados provienen del mismo. Muchos de ellos han recibido tratamientos antibióticos. Una de las complicaciones frecuentes es la colonización y/o infección por gérmenes nosocomiales. La unidad dispone de un protocolo de actuación ante la infección por gérmenes nosocomiales, así como el aislamiento adecuado.

OBJETIVOS
Análisis de las infecciones/colonizaciones por gérmenes nosocomiales durante los 3 últimos años, y de las medidas realizadas.

METODOLOGÍA
Revisión de las infecciones por gérmenes nosocomiales; MARSA, *Acinetobacter baumannii*, *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae* BLEA (tres años). Revisión de los tipos de aislamiento realizados y medidas adoptadas. Registro del germen, tipo de infección, procedencia del enfermo, fecha de diagnóstico y tipo de aislamiento. Resultados: 1) Cultivos positivos: MARSA: 2004: 6 casos, 2005: 20, 2006: 17. *E. coli* / *Klebsiella* BLEA: 2004: 14, 2005: 10, 2006: 7. *Acinetobacter baumannii*: 2004: 1, 2005: 3, 2006: 0. 2) Detección de 2 epidemias por MARSA (incidencia superior al 10%). Las 2 en el primer trimestre del año. En 2005 y 2006, 6 cada año, y el origen era claramente hospitalario. Localizaciones por MARSA: colonización nasal: 8, infecciones de pequeñas heridas-úlceras: 11, infecciones de orina: 2, colonizaciones de pequeña herida: 1, colonizaciones de orina: 2, infección de traqueostomía: 2, infección respiratoria: 4, infección de grandes heridas: 4, colonización de vías bajas: 4, colonizaciones de grandes heridas: 4. 3) Tipos de aislamiento: respiratorio: 6, contacto: 20, completo: 5, portador nasal: 8. Se ha realizado en el transcurso de las epidemias por MARSA un cribado del personal sanitario. En 2004 aparecieron 3 portadores, en 2005 3 y en 2006 2, y se ha procedido a su tratamiento en la unidad de salud laboral.

CONCLUSIONES
1) Es importante tener un registro de las infecciones por gérmenes nosocomiales para poder identificar las epidemias. 2) La localización más frecuente del MARSA son las pequeñas heridas y la colonización nasal, y los aislamientos más frecuentes utilizados son los de contacto. 3) El origen de la infección por germen nosocomial es frecuentemente hospitalario. 4) Las medidas adoptadas han sido adecuadas para el control de las epidemias. 5) Las infecciones por *E. coli* BLEA se han reducido en el transcurso de estos años.

Contacto: Gabriel de Febrer Martínez - gdefebrer@grupsagessa.com

P-303 IDENTIFICANDO Y ABORDANDO LA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL CUIDADO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Autores: Quintas-Rodríguez J, Manzano-Angua JM, Escobar-García MJ.

RESUMEN
Las nuevas estrategias para la sanidad andaluza definen al ciudadano como el centro del sistema sanitario y su satisfacción es el elemento irrenunciable de la calidad. En nuestra unidad recibe hemodiálisis un ciudadano portador de un catéter venoso central tunelizado y en tratamiento con warfarina oral (sintrom®). El seguimiento de las pautas del sintrom® es realizado por el servicio de hematología los días que el cliente se dializa. Estos días, el cliente se muestra muy ansioso, pues la extracción de la muestra de citrato para dicho control se le realiza de una vena periférica de difícil canalización.

OBJETIVO
Lograr un método de extracción válido para el control del sintrom® alternativo a la venopuntura venosa, y evitar la situación estresante para el cliente.

MÉTODO
La primera fase del estudio comprendió desde noviembre de 2005 a febrero de 2006. Durante este tiempo, además de la extracción venosa periférica, se extraía otra muestra directamente del catéter venoso central según protocolo.

RESULTADOS
Tras la valoración de los resultados y las conclusiones de otros autores que seguían otra metodología distinta a la nuestra, modificamos el procedimiento de extracción del catéter venoso y además protocolizamos la obtención de una tercera muestra de sangre obtenida del circuito extracorpóreo. Esta segunda fase del estudio se inició a primeros de año y aún continuamos. Con los datos de que disponemos, podemos decir que tras las modificaciones que incluimos en la segunda fase del estudio las diferencias entre los niveles del IRN obtenidos de sangre periférica, catéter y línea arterial del circuito extracorpóreo no son significativas estadísticamente. Desde el punto de vista clínico, con independencia de las muestras de sangre que se hubieran tomado de referencia, las pautas de sintrom® habrían sido las mismas.

CONCLUSIÓN
Por tanto, con el cumplimiento de la nueva protocolización de obtención de muestras de citratos para el control del sintrom®, evitamos la situación estresante que actualmente sufre el paciente mejorando la calidad asistencial percibida y la eficacia de los cuidados. Actualmente hemos iniciado la extensión del estudio y de la intervención a todos los pacientes portadores de catéteres que son atendidos en la unidad. Los resultados de esta fase estarán disponibles en octubre.

Contacto: José Quintas Rodríguez **-** mjescobar_g@hotmail.com

P-304 COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO

Autores: Tresgallo E, Monje A, Arranz C, Hernández C, Manzano A.

OBJETIVOS
El cáncer de mama constituye un problema importante para la salud de las mujeres de nuestra comunidad. Obtener el mejor beneficio para la paciente con cáncer de mama es el objetivo prioritario de los profesionales que día a día han de enfrentarse a esta patología. De ahí la importancia de la figura de la coordinadora de enfermería en el proceso del cáncer de mama y la necesidad de una continua evaluación de su actividad. 1. Evaluar la hoja de registro del proceso. 2. Detectar áreas de mejora y realizar las medidas correctoras oportunas. 3. Determinar la posibilidad de realizar proyectos de investigación con los resultados obtenidos.

MÉTODO
Tras la evaluación del proceso que se realizó de manera retrospectiva entre los años 2004 y 2006 ambos inclusive, se detectó la necesidad de reelaborar la hoja de registro, ya que presentaba deficiencias en la recogida de datos y en la cuantificación de los mismos y estaba obsoleta con respecto a subprocesos que aun estando presentes no aparecían como tales. Durante el primer cuatrimestre del año 2007 se ha realizado un pilotaje y evaluación de la nueva hoja teniendo en cuenta la necesidad de cuantificar la actividad, los tiempos de demora de los subprocesos y la visión especifica que la coordinadora de enfermería aporta al proceso en su totalidad. A continuación les mostramos los datos obtenidos. No ha sido posible reflejar los tiempos de demora debido al periodo tan corto del estudio y a la huelga sufrida en el entorno sanitario de nuestra región.

RESULTADOS
Durante el periodo: 1) Se registraron un total de 65 nuevos casos de cáncer de mama de los cuales 22 casos procedían del programa de detección precoz; 6 procedían de los hospitales de la comunidad; 1 procedía de los centros de salud; 2 de centros privados y 34 fueron captados en la consulta de Gine-Oncológica. 2) Se han coordinado y asistido a un total de 35 sesiones clínicas. 3) Se han realizado un total de 41 sesiones con la psicóloga.

CONCLUSIONES
1) La hoja de registro actual se adapta mejor a las necesidades detectadas en la evaluación previa. 2) La minuciosidad de los datos registrados nos da la opción de poder realizar estudios de investigación dentro de nuestra área de trabajo. 3) Necesidad de completar el pilotaje en el periodo de un año para determinar conclusiones más generales y no tan específicas. 4) Determinar qué subprocesos son susceptibles de mejora.

Contacto: Eva Tresgallo del Busto - amanach@yahoo.es

P-305 SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: Molero-Pérez B, Martín-Navascues F, Menéndez-Rodríguez E, Legarra-Muñoa H, Mendiguren-Navascues N, Elizondo-Valero MI.

ANTECEDENTES

El Hospital Comarcal del Bidasoa aborda la gestión de las alianzas, subcriterios 4, del Modelo de Excelencia (Modelo de Gestión de Osakidetza) con sus proveedores elaborando conjuntamente modelos, sistemas y herramientas para el despliegue de los procesos. Así, junto a la empresa Aramark, contratada para la gestión del Servicio de Restauración del Hospital, certificaron dicho servicio según la norma UNE ISO 9001:2000. Tuvo su comienzo con el APPCC, contando en el momento actual con el control de un punto crítico (la trazabilidad) y la gestión adecuada del tratamiento de restricciones alimenticias que aparecen en ciertas dietas (alergias, etc.).

OBJETIVOS

El objetivo es garantizar que todos los pacientes reciban la dieta adecuada, disminuyendo los efectos adversos.

METODOLOGÍA

Desarrollamos una técnica para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos que pueden surgir durante el proceso de "petición de dietas". Los pasos son los siguientes: 1) Identificar los diferentes pasos del proceso. 2) Identificar los potenciales fallos asociados a cada uno de los pasos. 3) Identificar las posibles causas y efectos que originan esos fallos. 4) Evaluación de los efectos en función del índice de aparición, índice detección y grado de gravedad. El producto de estos índices nos dará el índice de priorización. 5) Identificar las situaciones prioritarias en la mejora y definir acciones correctoras. 6) Valoración de la eficacia de dichas acciones preventivas.

RESULTADOS

Al identificar posibles fallos y definiendo el tipo de acción a tomar y en el mejor de los casos la posible solución, aseguramos la seguridad alimentaria del paciente.

CONCLUSIONES

Definiendo una sistemática que detecte posibles fallos y que nos permita establecer acciones correctoras y/o preventivas y disminuir los riesgos del paciente asociados a una dieta errónea.

Contacto: Blanca Molero Pérez - blanca.moleroperez@osakidetza.net

Mesa 20

SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2

P-306 - P-321

P-306 REORDENACIÓN DE CUPOS MÉDICOS. SUGERENCIA DE MEJORA

Autores: López-de-Gauna P, Hernando OR, González-Toledo A, Arteta FA, Caballero PS, González GJA.

PALABRAS CLAVE
Cupos médicos, derechos del paciente, cargas de trabajo, satisfacción de los clientes.

OBJETIVO
En este trabajo se presenta un plan de mejora para las reordenaciones de cupos médicos, de manera que se realicen bajo las premisas de eficiencia, satisfacción de los implicados y cumplimiento de leyes y normas.

MÉTODOS
Se utiliza la metodología de procesos para determinar las entradas, salidas y actividades que tienen lugar en las distintas etapas de una reordenación de cupos. Se crea un grupo de mejora que incluye la participación de personal del Departamento de Sanidad, cuya importancia es central en distintas fases del proceso de reordenación. Finalmente, se nombran propietario y responsables del proceso, se describen los indicadores relevantes y se elaboran los registros y las instrucciones de trabajo correspondientes.

RESULTADOS
1) En relación con la satisfacción de los usuarios, los datos apuntan a una gran insatisfacción de los usuarios en los cambios de médico consiguientes a las reordenaciones. En relación con el porcentaje de las reclamaciones y su tipología, en la fase actual se dispone de una tendencia pero sin datos concluyentes por el momento. 2) La satisfacción de los facultativos en relación con las nuevas prácticas de trabajo implementadas es "muy alta" (medida por cuestionario). 3) La satisfacción del personal de admisión es "regular" (medida con igual cuestionario). Los factores negativos que se apuntan en este estamento se centran en los errores presentes al realizar las bajas en los cupos, la (incompleta) actualización de dichas bajas en el programa de citación y, por último, la presión de las reclamaciones.

CONCLUSIONES
Los datos sugieren la necesidad de mejora en dos áreas del proceso: Fase de diseño: 1. Minimizar las bajas que causan máxima insatisfacción, para lo cual será necesario introducir más restricciones al confeccionar los nuevos cupos. 2. Mejorar la comunicación a los usuarios, a sus asociaciones y a los representantes institucionales. 3. Potenciar la colaboración de las plantillas de los centros de salud. Fase de implantación: 1. Asignar más recursos a la gestión de las reclamaciones. 2. Tratamiento individualizado a las reclamaciones. Tratamiento de las excepciones. 3. Potenciar la colaboración de las plantillas.

Contacto: Sinesia Caballero Pérez - sinesia.caballeroperez@osakidetza.net

P-307 OCUPACIÓN DEL TIEMPO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Canet Ponsa MM, Planas D, Craywinckel G, Martín M, Llinàs M, Esteban E.

OBJETIVOS
Ofrecer a los niños ingresados una atención integral del tiempo libre basado en las dos actividades básicas para su desarrollo: la formación y el juego. Ello permite la continuidad del proceso formativo y favorece la disposición a afrontar positivamente el proceso de hospitalización.

METODOLOGÍA
Búsqueda de entidades y voluntariado con capacidad y voluntad de colaborar con el hospital en los aspectos formativos, lúdicos y de entretenimiento.

RESULTADOS
Se han desarrollado diferentes programas: 1. Aula Hospitalaria. Un programa pedagógico anual con el curso escolar. 2. Ciberaula. Un programa de actividades tecnológicas: talleres pedagógicos vía internet, manualidades y juegos de mesa. Todo ello en un espacio habilitado en el que pueden asistir acompañados de sus familiares y amigos. Utilización de la Ciber@aula en el año 2006: niños: 1.987, familiares y amigos: 1.539. Tiempo medio de permanencia: 134 minutos 3. Salas de juegos. Un programa de actividades lúdicas no tecnológicas: maletas con juegos pedagógicos, actividades con payasos, tertulias familiares, talleres de magia, de lectura. etc. Los pacientes que no pueden acudir a la ciberaula o salas de juegos reciben el mismo perfil lúdico-formativo en la propia cama, mediante ordenadores portátiles, biblioteca y ludotecas móviles. 4. Celebración de las fiestas anuales importantes y otras fiestas puntuales programadas con payasos, magos, etc.

CONCLUSIONES
La iniciativa ha sido muy positiva para los niños en varios aspectos. Visitar la ciberaula con sus familiares y amigos les permite vivir la experiencia hospitalaria desde una perspectiva diferente a la estrictamente médica, y, a su vez, la ciberaula es facilitadora de encuentros y amistades con otros niños hospitalizados en otros servicios y les ofrece la posibilidad de hablar y visualizarse con sus amigos del exterior a través de la red. Las salas de juegos permiten a los niños recrear su universo infantil y relajarse dejando aparte las tensiones del hospital. Los programas educativos y lúdicos a pie de cama facilitan la continuidad escolar y la liberación de tensiones de los niños/as que están inmovilizados en sus habitaciones y a la vez facilitan un espacio de tiempo libre para los acompañantes.

Contacto: M. Mercè Canet Ponsa - mcanet@vhebron.net

P-308 CONSULTORÍA INTERNA PARA EL CAMBIO ORGANIZATIVO

Autores: Monedero Boado J, Fanlo de Deigo F, Torres Rusiñol M, Rubio Merchán MA, Eguinoa San Román B, Pujol Ribó C.

INTRODUCCIÓN
La atomización del sistema sanitario provoca que los equipos de atención primaria desarrollen dinámicas parciales y estancas, abocándose en un proceso de monotonía y desorden con disminución de calidad, insatisfacción profesional y personal y percepción ciudadana de deficiencia en el servicio. El conocimiento y experiencia de profesionales con diferentes roles competenciales y esferas de sabiduría y praxis puede servir para elaborar propuestas de cambio. El asesoramiento externo presenta una doble problemática: desconocimiento del sistema y elevado coste económico.

OBJETIVOS
Elaborar un modelo de primaria que integre los cambios sociales con visión de futuro y misión de servicio al ciudadano, profesional y empresa, y que sea pragmático. Consolidar un grupo multidisciplinar con conocimientos científico-técnicos, capacidad de liderazje y habilidad comunicativa que interprete la realidad de los equipos y asesore en metodologías de mejora. Generar la cultura del cambio y transmitir nuevos procesos basados en la transversalidad asistencial y el trabajo en equipo. Rentabilizar el conocimiento que tienen los profesionales para trasladarlo a otros equipos en situaciones de crisis.

MÉTODOS
Elaborar una cartera de servicios. Análisis de los equipos en situación crítica y estudio sistemático de resultados asistenciales y detección mediante habilidades comunicativas del estado vital, realización profesional y satisfacción personal. Elaborar propuestas de cambio consensuadas con los líderes de los equipos. Monitorizar el proceso de implementación y seguimiento y evaluación cuanti-cualitativa.

RESULTADOS
Cohesión de un equipo de trabajo. Elaboración de cartera de servicios y protocolo de actuación. Intervención en 1 equipo. Recepción de solicitudes de actuación. Comienzo del trabajo de campo en: gestión de agendas, incorporación de dinámicas de trabajo en equipo: atención domiciliaria; citas excedentes; técnicas de enfermería; gestión telefónica asistencial.

CONCLUSIONES
Transcurridos 4 meses de la iniciativa de la gerencia del ámbito de atención primaria de Costa de Ponent del ICS para la gestación de la consultoría, la utilización de recursos desde el seno de la empresa ha demostrado una eficacia excelente y unas óptimas relaciones coste-eficiencia y coste-efectividad. En el presente y tras una modesta campaña divulgativa, se han despertado numerosas sensibilidades y solicitudes para mejorar aspectos concretos y para abordar cambios estructurales de profundidad. Se prevé una gran aceptación de la consultoría.

Contacto: Ferrán Fanlo de Diego -ffanlo.cp.ics@gencat.net

P-309 PLAN DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN A LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ALBACETE

Autores: López Escribano A, Muñoz Sánchez-Villacañas R, Núñez Tendero JJ, Tejero Cabello I, Moreno García S, Ceres Rodríguez CM.

INTRODUCCIÓN
La finalidad de todos los servicios sanitarios es ofrecer a sus clientes, tanto externos como internos, la mejor atención posible. La organización no puede perder la oportunidad de ofrecer al recién incorporado una sensación de recibimiento cálido, de acogida, pues este constituye según toda la bibliografía consultada el primer paso para hacerle sentir parte de nuestro equipo, uno más entre nosotros, recordando que nunca hay una segunda oportunidad para una primera impresión y ésta debe ser positiva. La puesta en marcha de un plan de acogida quiere ser un instrumento en esta dirección, de facilitación de las tareas de todos los que se incorporan al Sescam en la gerencia de atención primaria de Albacete, dado que el sentimiento de pertenencia a una organización formal es parte del activo de la empresa.

OBJETIVO
Implementar el sistema de acogida para profesionales de nueva incorporación a la gerencia de atención primaria de Albacete.

MATERIAL Y MÉTODO
Dentro de los objetivos de calidad de la SESCAM-GAP Albacete, se propone la realización de un plan de acogida para nuevos profesionales. En febrero de 2006 se comienza a trabajar en la elaboración de un borrador que posteriormente fue sometido a debate y análisis por un grupo interdisciplinar representativo de todos los trabajadores de la GAP Albacete. Tras la realización de tres borradores y contando con un amplio consenso, en enero de 2007 se da por finalizado el manual, que tiene los siguientes apartados: El sescam: misión, normas, valores y compromisos, el área de atención primaria, normas reguladoras del personal de atención primaria, régimen disciplinario, horario de atención a los profesionales, alta en el servicio informático, docencia-formación e investigación, plan integral de seguridad corporativa Perseo, prensa y comunicación. El manual es repartido entre todos los centros de salud, consultorios locales y servicios de urgencias como primer punto de difusión, y simultáneamente es entregado a toda nueva incorporación a la gerencia de atención primaria de Albacete.

RESULTADOS
Puesta en marcha y distribución de 300 ejemplares del manual de acogida que han sido distribuidos entre los 34 centros de salud y consultorios locales. Comienzo de los primeros grupos de trabajo para implementar la acogida al trabajador en el centro de salud, consultorio local o servicio de urgencias.

CONCLUSIONES
Se recomienda extender este tipo de actividades dentro del marco de atención a los profesionales.

Contacto: Alonso López Escribano -alonsol@sescam.jccm.es

P-310 PRIMERAS JORNADAS DE *BENCHMARKING* INTERNO EN UN HOSPITAL COMARCAL: UNA EXPERIENCIA MUY POSITIVA

Autores: López-Llauradó H, Marsinyach-Agustí M, Pérez-López L, Ayala-Márquez B, Guerrero-Obis P, Sans-Box A.

OBJETIVOS
Exponer aquellos avances o aspectos interesantes de cada grupo de trabajo para conocerlos y compartirlos con el resto de profesionales.

MÉTODO
Un grupo de profesionales asistenciales de diferentes ámbitos y sin experiencia previa en este tipo de eventos propuso a la dirección del hospital la organización de una jornada interdisciplinaria en la que pudieran participar todos los profesionales de todos los estamentos del hospital sin excepción. Para organizar la jornada se siguió la metodología propia de la organización de cualquier congreso hasta poder realizar dicha jornada en un único día. En todo momento, se tuvo muy en cuenta el aspecto interdisciplinar del evento en cuanto a la constitución de los diferentes comités organizadores y a la selección de los trabajos. Se optó por un único espacio para las comunicaciones orales para que todos los profesionales pudieran escucharse (aproximadamente unas 30, divididas en tres áreas temáticas), y un espacio anexo para los pósters (unos 40 y también divididos en tres áreas). Se premiaron las mejores comunicaciones y pósters según unos criterios predefinidos.

RESULTADOS
Se recibieron un total de 123 resúmenes de diferentes categorías profesionales, 71 optaban a comunicación oral y 52 a póster. Según unos criterios previos consensuados, el comité científico seleccionó 33 comunicaciones orales y 38 pósters. Asistieron un total de 588 profesionales de diferentes áreas: facultativos (144), personal de enfermería y técnicos sanitarios (304), personal administrativo (104) y personal de oficios varios (36).

CONCLUSIONES
La realización de un evento interdisciplinar de esta magnitud es posible. El formato utilizado, el apoyo de la dirección y la alta participación de la mayoría de los profesionales propició unas jornadas con éxito. Fruto de la primera jornada, el comité organizador continúa con la motivación de organizar la segunda jornada.

Contacto: Héctor López Llaurado - 32392hll@comb.es

P-311 PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: LOS RECURSOS DISPONIBLES Y LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS

Autores: Sarabia-Lavín R, González-Setién P, Gómez-Peral P, Carrera-López M.

OBJETIVO
Conocer la opinión que tienen las enfermeras sobre los productos sanitarios y superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) disponibles en el centro, destinados a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP), así como la utilidad del documento de indicaciones de uso de los mismos y la adecuación del actual sistema de registros.

MÉTODO
Los objetivos se corresponden con acciones de mejora aplicadas en un hospital de alta complejidad, que mantiene sistemáticamente las UPP al amparo del ciclo de evaluación. Encuesta autoaplicable, entregada y recogida en mano, con preguntas de tipo Likert. Dirigida a todas las enfermeras y supervisoras de las UCI (5 unidades). Realizada seis meses después de la difusión del catálogo de productos y del documento de indicaciones de uso correspondiente, de la disposición de las SEMP y del sistema de registro modificado (espacios específicos para prevención y tratamiento de UPP en gráfica horaria). Manejo estadístico de variables con frecuencias y proporciones.

RESULTADOS
Se entregaron 129 encuestas y contestaron 64 (49.61%) personas. Conocen el nuevo catálogo de productos 62 (96,87%). Opinan que los productos son adecuados 49 (79,03%); están en desacuerdo 3 (16,12%) y refieren ni acuerdo ni desacuerdo 10 (4,83%). El documento de indicaciones de uso contiene información suficiente para 46 (75,40%); están en desacuerdo 2 (3,27%) y ni de acuerdo ni en desacuerdo 13 (21,13%). Indican que las SEMP disponibles son adecuadas a las necesidades de la unidad 38 (59,37%); no están de acuerdo 20 (40,61%) y ni de acuerdo ni en desacuerdo 6 (9,37%). Los cuidados de protección registrados en GH son adecuados para 39 (60,93%); no están de acuerdo 13 (20,31%) y ni de acuerdo ni en desacuerdo 12 (18,75%). Los cuidados de tratamiento de UPP registrados en GH son adecuados para 30 (46,86%); no están de acuerdo 19 (29,68%) y ni de acuerdo ni en desacuerdo 15 (23,43%).

CONCLUSIONES
Los productos disponibles (catálogo) y el documento de indicaciones de uso, destinados a la prevención y tratamiento de UPP, son conocidos y adecuados para las necesidades de las unidades. La disposición de SEMP de altas prestaciones en las UCI requiere un estudio que resuelva la divergencia entre opiniones. El apartado introducido en la gráfica horaria sobre prevención es considerado como suficiente, pero el correspondiente a tratamiento requiere acciones de mejora. Como todo aspecto relevante de la atención, el ciclo de evaluación permite detectar sistemáticamente oportunidades de mejora. Seguiremos informando.

Contacto: Raquel Sarabia Lavín - rsarabia@humv.es

P-312 CARACTERÍSTICAS DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA Y LA POBLACIÓN INSCRITA A ELLOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: López-López E, Carrillo-Alcaraz A, Sánchez-Nieto JM, Bermejo-López I, Leal-Llopis J, Calvo-Bohajar M.

OBJETIVOS
Describir las características de los cursos de formación continuada y del personal sanitario y no sanitario inscrito organizados por la Unidad de Docencia (UD) de un hospital de área.

MÉTODOS
Se analizan las solicitudes de inscripción a los cursos organizados por la UD durante 2006. Las variables estudiadas se expresan como media más desviación estándar y porcentajes. Las comparaciones entre variables se han realizado mediante la prueba X2 de Pearson y la t de Student.

RESULTADOS
Se han organizado e impartido 25 cursos, 15 (60%) en horario de tarde y 10 (40%) mañana y tarde. La duración media en días fue 3,2 + 1,1 (rango 1-6) y 15,3 + 5,5 (8-32) horas. La mayoría de los cursos (52%) fueron impartidos por un único profesor. La media de alumnos inscritos por curso fue de 29,6+16,4, confirmando su asistencia 20,5 + 8,1 y finalmente asistiendo 18 + 7,5. La media de alumnos que no asistieron, pese a confirmar su asistencia, fue de 2,6 + 2,2. El número de alumnos que realizaron las encuestas de opinión fue de 13,8 + 5,1. Se realizaron 742 inscripciones, 122 varones (16,4%) y 620 mujeres (83,6%). El colectivo que más se inscribió fue enfermería (39,6%), auxiliares de enfermería (19,1%), médicos (16,4%) y auxiliares administrativos (10,5%). La situación de adscripción al centro fue contrato laboral en 31,9%, adscripción a plantilla 30,7%, interinidad 24,7%, comisión de servicio 5,9% y reingreso provisional 3%. La edad media de los inscritos fue de 38 + 9 años, y el tiempo trabajado en el centro 6 + 5 años. La mayoría de alumnos se inscribió a un curso (62,6%), un 20,2% a dos cursos, 9% a tres cursos, 6,1% a cuatro cursos, 1,6% a cinco cursos, 0,2% a seis cursos y 0,4% a siete. El análisis entre los grupos que finalmente realizaron o no los cursos no muestran ninguna variable diferenciadora: el 54,1% de los hombres y el 52,1% de las mujeres inscritas realizaron el curso (p = 0,686); el 53% del personal de plantilla, 57% de interinos, 50% de comisiones de servicio y reingresos provisionales y 49% de contratos temporales (p = 0,534) realizaron curso. La edad media del personal que realizó cursos fue de 38 + 9 y la de los que se inscribieron y no lo realizaron, 37 + 9 años (p = 0,201).

CONCLUSIONES
Los cursos realizados por la UD de nuestro hospital suelen realizarse en horario de tarde, con pocos días de duración y con pocos profesores. El colectivo más numeroso es el sanitario no facultativo y aproximadamente un 50% del personal inscrito finalmente realiza el curso.

Contacto: Encarna López López - encarnacion.lopez7@carm.es

P-313 VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES MEDIANTE ANÁLISIS FACTORIAL

Autores: Misiego-Peral A, Rodríguez-García J, García-Orea MA, García-Aísa JC, Giménez-Júlvez T, Marión-Buen J.

OBJETIVO
Validar encuesta de satisfacción de profesionales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Extraer factores y distribución en puntuaciones según subgrupos de profesionales.

MÉTODO
Estudio de cuestionario con escala de tipo Likert (1-5) a todos los profesionales del SALUD. Se estudia la validez de constructo mediante matriz de correlación y análisis factorial y la consistencia interna mediante el alfa de Conbrach. Se analiza la distribución en la puntuación de los factores según: sexo, edad (variable dicotómica tomando 50 años como punto de corte), categoría profesional (grupo A, grupo B y grupo C-D-E), ámbito asistencial (Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), incluyendo en ella atención sociosanitaria y salud mental), comprobando previamente la normalidad de las puntuaciones factoriales.

RESULTADOS
Validez de constructo: KMO = 0,907. Barlet significativo. No se eliminó ninguna variable. Rotación ortogonal (Varimax) = 4 factores bien interpretables y varianza explicada del 56%. Factor 1: Percepción de las relaciones laborales con superiores y con la institución: comunicación, información, reconocimiento y apoyo, formación. Factor 2: Percepción del trabajo realizado: conocimiento de las funciones a desarrollar, orgullo y satisfacción con el trabajo. Factor 3: Condiciones laborales estructurales básicas: lugar de trabajo, tiempo para realizar el trabajo y personas suficientes para llevarlo a cabo. Factor 4: Medidas encaminadas a favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar. Consistencia interna: alfa de Conbrach, factores 1, 2, 3 y 4 = 0,85, 0,81, 0,69, 0,74 respectivamente. Diferencias de puntuación, factores: Sexo: mayor puntuación para el factor 1 en los hombres y para los factores 2 y 4 en mujeres. Grupo de edad: mayor puntuación en los factores 2 y 3 en edad mayor o igual a 50 años. Categoría profesional: se encuentran diferencias entre grupos. Nivel asistencial: factor 1, mayor puntuación en AP, y factores 2, 3 y 4, mayor puntuación en AE.

CONCLUSIONES
El instrumento es consistente y coherente. Los factores extraídos pueden ayudarnos a comparar la satisfacción en distintos subgrupos de profesionales con una herramienta validada.

Contacto: Antonio Misiego Peral - amisiego@aragon.es

P-314 IMPACTO DE LA INCLUSIÓN DE LOS INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN POR RECETA EN LOS OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS

Autores: De Carlos-Soler ML, Pérez-Encinas M, Lara-Cátedra C, Lorenzo S, Ortigueira JA.

OBJETIVO
Evaluar el impacto obtenido en los indicadores globales de prescripción extrahospitalaria, en un hospital de tercer nivel, tras su inclusión en los objetivos de los servicios clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS
Análisis de los indicadores de prescripción por receta establecidos en el contrato programa, tras la inclusión de los mismos en los objetivos acordados con los servicios clínicos. Los indicadores de prescripción farmacéutica que figuran en el contrato programa son 13: % genéricos/total especialidades (% EFG), % importe de novedades limitada aportación terapéutica/importe total (% LAT), % omeprazol/total IBP, % AINE de elección, % IECA de elección, % ARAII/total fármacos activos sobre SRA, % diuréticos+betabloqueante/total antihipertensivos, % estatinas de elección, % antidiabéticos orales de elección, % corticoides inhalados de elección, selección eficiente de antidepresivos, % neurolépticos atípicos > 65 años, % SYSADOA. Los objetivos de los servicios clínicos se acordaron entre la dirección asistencial y los responsables de los servicios, previo asesoramiento del servicio de farmacia en el primer trimestre de 2006. Se comparó el valor acumulado de los indicadores desde enero hasta abril de 2006 frente al acumulado desde enero a abril de 2007. La información sobre prescripción por receta se obtuvo del programa Farm@drid.

RESULTADOS
Tras la evaluación de los trece indicadores, se compararon aquellos que habían sido acordados en los objetivos de la mayor parte de los servicios, (% EFG, % LAT, % Omeprazol), de manera que variaciones en la prescripción repercutieran de forma significativa sobre el indicador de prescripción global del hospital. 1. % EFG: Este indicador se pactó en los objetivos de todos los servicios tanto en 2006 como en 2007 (21/21). Mejoró en casi tres puntos respecto al valor de 2006 (11,70% frente a 14,63%). 2. % LAT: En 2006 este indicador se incluyó en los objetivos de 9 servicios y en 2007 en 12. El indicador en 2007 mejoró casi un punto respecto al año anterior (5,37% frente a 4,44%). 3. % omeprazol: En 2006 y 2007 se incluyó en el pacto de objetivos de 7 servicios. El indicador presentó una mejora de cuatro puntos respecto al año anterior (80,63% frente a 84,45%).

CONCLUSIÓN
Se observa una tendencia positiva en la evolución de los indicadores que justificaría la inclusión de los mismos en los objetivos, si bien existe un margen de mejora para el cual se deberían implantar nuevas estrategias que contribuyan a la mejora continua de los resultados.

Contacto: María Luisa de Carlos Soler - mldecarlos@yahoo.es

P-315 PRIMEROS PASOS DEL PROGRAMA "BUZÓN DE SUGERENCIAS DE PROFESIONALES"

Autores: Rodríguez J, Hernández P, Zamora JA, Calvo MJ, Tosat C, Solanes P, et al.

OBJETIVOS
Las personas hacen posible la mejora continua en el hospital. Para articular, canalizar e integrar sus propuestas en el centro, se creó este programa como resultado de la evaluación EFQM 2005.

MATERIAL Y MÉTODO
Se creó el programa en el que los profesionales podían presentar sus sugerencias de forma personalizada, en un buzón físico (tres buzones) o en línea. Se creó un formulario y una aplicación en línea. El formulario incluyó: datos de identificación (persona, centro, servicio, categoría). Área afectada. Aspecto afectado. Descripción de mejora. Descripción de beneficios. Los indicadores seleccionados se muestran en resultados. Se realizó la primera evaluación tras 5,26 meses (periodo de estudio: 1 de enero a 8 de junio de 2007).

RESULTADOS
Fueron enviadas 38 sugerencias. Profesional identificado 17/38 (44,7%), mediante aplicación web 21/38 (55,3%), con proyecto de mejora definido 9 (23,7%). Eliminadas por no cumplir criterios 2/38 (5,3%), aceptadas 29/36 (80,55%), pasaron a la fase de desarrollo 14/29 (48,28%), y se descartó una por no ser aplicable. De las que pasaron a la fase de desarrollo, 2/14 (14,29%) fueron implantadas. Los tiempos de respuesta no cumplían criterios de normalidad (Kolmogorob-Smirnov P > 0,05). Mediana desde envío hasta recibida = 0 días, rango intercuartílico (RI) = 2 días. Mediana hasta aceptada = 6 días, RI = 17 días. Mediana hasta "en desarrollo" = 87 días, RI = 5 días. Mediana hasta implantada = 95,5 días.

CONCLUSIONES
Solo 3 sugerencias (7,89%) fueron eliminadas, rechazadas, descartadas o canceladas. En el 44,7% aparece identificado el profesional. La aceptación del proyecto por los profesionales parece buena. La proporción de sugerencias presentadas en papel indica la necesidad de coexistencia de los dos sistemas (buzón físico y en línea). La proporción de sugerencias aceptadas y en desarrollo indica que gran parte están siendo gestionadas y previsiblemente en camino de implantación. Solo 2 han llegado a esta fase debido al escaso periodo de funcionamiento del proyecto. Los tiempos de recepción y aceptación son buenos, el tiempo hasta que pasaron a fase de desarrollo e implantación es prolongado. Esto puede deberse al escaso periodo de funcionamiento y los reajustes iniciales del sistema. El buzón de sugerencias parece una herramienta útil como elemento facilitador de la percepción del profesional en la identificación de las posibles áreas de mejora en el hospital.

Contacto: Juan Rodríguez García - jrodriguezg@aragon.es

P-316 ACOGIDA DE LOS TRABAJADORES EN LA OPE EXTRAORDINARIA 2001 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2: IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN

Autores: Barbero C, Bartolomé E, Escudero F, Rodríguez MA, Sebastián A, Gracia A.

OBJETIVOS
Facilitar la incorporación a los trabajadores en el proceso extraordinario de consolidación de 2001, transmitirles la cultura de la organización y promover una actitud positiva de permanencia.

METODOLOGÍA
Documentar e implantar un conjunto de actuaciones para alcanzar este objetivo y evaluación con encuestas de satisfacción. Un equipo de trabajo definió de forma consensuada las actuaciones a seguir en gerencia y en los equipos/unidades. Se documentó y se entregó a las personas implicadas en gerencia y en el consejo de gestión a los coordinadores y responsables de unidades. A los profesionales se les entregó una hoja de tramitación en RRHH previa a su incorporación, y el día en que ésta se produjo se les aportó: carta de bienvenida del gerente, carta de acogida (documento que recoge nuestra misión y aspectos funcionales del área) y encuesta de satisfacción.

RESULTADOS
Agilización de trámites, acogida por mandos intermedios con especial atención a trabajadores nuevos en el área y del coordinador/responsable en equipos/unidades y celebración de jornadas de inmersión en atención primaria en el caso de enfermeras y administrativos. Se han incorporado 92 médicos de familia, 26 pediatras, 60 enfermeras, 1 matrona, 2 fisioterapeutas, 11 auxiliares de enfermería, 5 trabajadoras sociales, 77 auxiliares administrativos y 17 celadores. La encuesta de satisfacción la han contestado en un 22%. (63/291), con una edad media de 46,66 (ds 7,48) y un 84,7% de sexo femenino. El porcentaje por categorías se ajusta al porcentaje por categorías de profesionales incorporados. Utilidad de la encuesta como elemento de mejora: Puntos fuertes: Satisfacción con el trato recibido de RRHH, 91,8%, y de mando intermedio 90,5%. 100% de entrega de documento. Un 85% valoran positiva la información, y un 86% consideran que les es útil. Áreas de mejora: Solo el 57% de trabajadores que acudieron a RRHH recibieron la hoja de instrucciones previas. El 16% no conoce el nombre del mando intermedio que le atendió. La valoración del trato del responsables de equipos/unidades (84,1% de satisfacción), pese a no ser mala, es inferior a la aportada por RRHH y mandos intermedios ($p < 0,05$). Un 30% no valoran satisfactoriamente la presentación realizada a sus compañeros.

CONCLUSIÓN
Aunque el porcentaje de encuestas recibidas es bajo, a priori parece representativo. Nos permite valorar una importante área de mejora: el bajo impacto que el documento ha tenido en responsables de equipos/unidades, donde su seguimiento parece haber sido inferior al de gerencia.

Contacto: Elena Bartolomé Benito - ebartolome.gapm02@salud.madrid.org - ebartolomeb@yahoo.es

P-317 DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN HEMATOLOGÍA PARA PERSONAL DE HOSPITAL DE DÍA DENTRO DEL PROGRAMA FOCUSS

Autores: Giraldo P, Rubio-Martínez A, López C, Galego T, Ruiz MJ, Recasens V.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS
El programa de formación organizada en competencias del sistema de salud ofrece la posibilidad de utilizar los recursos disponibles en él para formar a profesionales sanitarios en aprendizaje de técnicas y procedimientos aplicables a su ámbito de trabajo. El programa de formación de personal de hospital de día (HD) de Hematología consta de dos fases y plantea como objetivos: proporcionar una visión general de las enfermedades hematológicas, conocer el proceso de afrontamiento de la enfermedad y su repercusión psicológica y social, tener nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas y adquirir habilidades en la asistencia integral del paciente ambulatorio con la mejor utilización de recursos.

MÉTODOS
Programa teórico distribuido en 15 sesiones impartidas por especialistas en Hematología y otras especialidades y personal de enfermería habituado al cuidado del paciente hematológico. La parte práctica directa está organizada en la atención diaria en la unidad para conocer de forma directa la complejidad de las enfermedades hematológicas. Cómo se planifica un nuevo tratamiento, cómo funciona el proceso del tratamiento programado en HD desde la citación hasta el alta. Manejo y formas de aplicación de los principales fármacos empleados en las neoplasias hematológicas. Trabajar con protocolos organizados de trabajo, vías de administración, cuidado de accesos venosos, catéteres, reservorios y bombas de perfusión. Uso de premedicación con fármacos y productos biológicos. Preguntas frecuentes de los pacientes referentes a su enfermedad y tratamiento. Cómo resolver complicaciones habituales del tratamiento. Motivos del uso de factores eritropoyéticos, de crecimiento y otros tratamientos adyuvantes. Cómo proporcionar al paciente la mejor atención personalizada y apoyo clínico-psicológico. Realización de una jornada de información a pacientes y médicos de atención primaria. En el desarrollo del programa colaboran profesionales que desinteresadamente proporcionan información sobre sus conocimientos y experiencia. La evaluación de los conocimientos adquiridos finales se realiza con una prueba en la que se contemplan supuestos y problemas a resolver en el escenario de HD. Así mismo, se solicita una encuesta de satisfacción para evaluar los objetivos del curso.

CONCLUSIONES
La experiencia realizada ha sido satisfactoria tanto para formadores como para becarios. Precisa mejorar algunos aspectos prácticos para implementar la organización y eficiencia.

Contacto: Pilar Giraldo Castellano - pgiraldo@salud.aragon.es

P-318 RESULTADOS DE LA GESTIÓN INTEGRADA DE MEDICAMENTOS EN UN SISTEMA DE FINANCIACIÓN CAPITATIVO

Autores: López-Cabezas C, Valdés G, Vallès R, Homs E, Riera N, Ledesma A.

OBJETIVOS
Valorar si el sistema capitativo (compra integrada de diferentes proveedores de salud mediante un presupuesto único por habitante y año) permite una gestión eficiente de la prestación farmacéutica entre diferentes niveles asistenciales: primaria (AP), hospital (AE) y sociosanitario (AE1).

MÉTODOS
Estudio descriptivo en una comarca (142.000 habitantes) con 8 equipos de atención primaria (EAP) de gestión pública, 2 EAP de gestión privada, 1 hospital general, 2 centros sociosanitarios, 1 mutualidad para jubilados y 1 centro psicopedagógico. Período: 2004-2006. Método: 1) Elaboración de una guía farmacoterapéutica (GFT) consensuada entre AP, AE y AE1. 2) Objetivos en base al seguimiento de la GFT para todos los niveles. 3) Seguimiento trimestral de los objetivos a nivel directivo y a nivel de los profesionales. Variables: 1) Importe líquido por habitante. 2) Porcentaje de medicamentos genéricos (EFG). 3) Porcentaje de novedades terapéuticas sin valor añadido (prescripción de fármacos evaluados negativamente por el Comité Mixto de Evaluación de Novedades Terapéuticas). 4) Seguimiento de la Guía Farmacoterapéutica.

RESULTADOS
La implantación de GFT se realizó durante el segundo semestre de 2004; el porcentaje de seguimiento en el 2006 ha sido del 69% en AP y del 58,3% en AE. El importe líquido por habitante fue de 211,83 € en 2004, 204,37€ en 2005 y 213,05 € en 2006, un 9, 16 y 23% inferior a la media estatal, respectivamente. El porcentaje de medicamentos genéricos respecto del total en 2006 ha sido del 23,3%, superior a la media de Cataluña. La prescripción de novedades terapéuticas sin valor añadido se mantiene muy por debajo de la media autonómica, suponiendo el 1,83% del total de prescripciones en 2006.

CONCLUSIÓN
La gestión integrada del medicamento contribuye a mejorar la calidad y la eficiencia de la prescripción, facilitando la implantación de objetivos comunes entre diferentes niveles asistenciales.

Contacto: Carmen López Cabezas - mclopez@hgv.cat

P-319 ESTUDIO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE NUESTROS TRABAJADORES TRAS LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Autores: Maiquez V, Carrasco C, Ródenas E, Montero B, Marín A, Guirado F.

OBJETIVO
Conocer el grado de satisfacción y la respuesta de nuestros trabajadores ante dicha actividad.

MÉTODO
Durante el año 2006, todos los profesionales que asistieron a los cursos organizados por el Departamento de Formación de nuestro hospital realizaron una encuesta de satisfacción a la finalización del curso. Se les facilitaba una escala general de valoración que puntuaba desde 2 (muy insuficiente) hasta 10 (muy bueno) pasando por 4 (insuficiente), 6 (normal) y 8 (bueno). Se incluían 4 grandes aspectos a valorar: 1) Contenido de la formación, incluyendo el programa, el grado de aplicación laboral y la obtención de objetivos personales. 2) Metodología docente. 3) Los formadores o ponentes. 4) La organización de la propia actividad de formación. Finalmente, se dejaba una opción para sugerencias o mejoras para próximas actividades.

RESULTADOS
Se obtuvieron 60 encuestas de satisfacción. El 33,3% de los encuestados aceptaba como bueno el contenido de la formación, y el 58,3% lo reconocía como muy bueno. En cuanto a la obtención de objetivos a nivel personal tras la formación, el 81% había conseguido satisfacer su objetivo marcado al inscribirse al curso. Todos valoran de forma positiva la coordinación del curso, pero indicaban como deficiente el proceso de información e inscripción a la actividad en un 20% de las encuestas. En cuanto al formador o ponente, el 70% de los encuestados lo valoraba como muy bueno, y no ha habido ninguna valoración deficiente o muy deficiente.

CONCLUSIONES
Los profesionales valoran de forma positiva la formación continua en nuestra empresa, y la creen necesaria para desarrollar una actividad profesional con el mayor índice de calidad asistencial posible. La actividad docente llevada a cabo por nuestro Departamento de Formación despierta interés entre los profesionales, y logra satisfacer sus objetivos. Es necesario trabajar en la organización y puesta en marcha de actividades de formación, haciendo mayor esfuerzo en la publicación de nuevas actividades, y facilitar el acceso a la información y a la posterior inscripción para la actividad docente. Igualmente, se obtuvo información sobre la formación en la que nuestros trabajadores estaban interesados, y estos son los cursos que se han planteado llevar a cabo en nuestro plan de formación para el año 2007.

Contacto: Verónica Maiquez Mojica - veronica.maiquez@hospitaldemolina.com

P-320 A MAYOR ORDEN, MAYOR CONFORTABILIDAD

Autores: Casanova S, Andreu MA, Gallardo G.

OBJETIVO
La calidad asistencial no solo debe basarse en la mejor atención sanitaria; también debe tenerse en cuenta la calidad percibida por el cliente y familia respecto a dicha atención. Los objetivos dirigidos a mejorar la calidad percibida tratan de conseguir que la experiencia del cliente/familia con el proceso de hospitalización resulte satisfactoria. Uno de los factores que influye en la satisfacción del cliente es el confort de las instalaciones. Consideramos el orden, la seguridad y el confort elementos básicos para la recuperación del cliente y fundamentales para que el personal de enfermería pueda desarrollar una atención asistencial de calidad.

MÉTODOS
Estudio descriptivo, prospectivo y aleatorio. La recogida de datos se efectúa por parte del personal de enfermería (auxiliares de dnfermería y diplomados en enfermería) en las diferentes unidades de hospitalización de nuestro centro. Los criterios de inclusión descritos son: habitaciones individuales, habitaciones dobles totalmente ocupadas. Los criterios de exclusión descritos son: habitaciones triples, enfermos de corta estancia (estancias hospitalarias iguales o inferiores a 48 horas). A partir de la descripción de once ítems a estudiar, se llega por consenso a la descripción de la definición de lo que consideramos una "habitación correcta". Diseño de la hoja de recogida de datos. Periodo de recogida de datos: Tamaño de la muestra: 164 observaciones. Establecemos como estándar el 85%.

RESULTADOS
En general, los resultados obtenidos son satisfactorios: garantizan el orden y el confort en los clientes hospitalizados y por consiguiente la satisfacción del cliente. En un 40% de los casos las habitaciones pueden considerarse totalmente correctas. En un 4% de los casos se observan la acumulación de cuatro errores como máximo sobre los once posibles.

CONCLUSIONES
Según estas conclusiones nos planteamos unas acciones de mejora (en relación con los cuatro ítems más relevantes), que han sido: a) dar a conocer estos resultados a todo el personal de enfermería de todas las unidades de hospitalización para intentar mejorar en los próximos controles, b) consensuar propuestas para mejorar estos ítems, c) realizar un procedimiento descriptivo de actuación, y d) crear un indicador de calidad. Finalmente, se deduce que el confort y la calidad percibida es un precursor de la satisfacción. En general, los resultados obtenidos son satisfactorios y garantizando el orden y el confort en los pacientes hospitalizados.

Contacto: Silvia Casanova Blanco - silvia.casanova@clinicaplato.com

P-321 UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PROFESIONAL: RESULTADO DE LA INTEGRACIÓN DE PROCESOS EN EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Autores: Hernández MC, Sepúlveda MI, Correas B, Chaves MJ, León A, Sancho F.

OBJETIVO
Una atención personalizada, integral, coordinada y con un compromiso de resolución de los procedimientos sobre los distintos aspectos de la relación estatutaria. La creación de la unidad se realiza mediante la aprobación de una norma por parte de la gerencia del Área XI. El ámbito de aplicación es el Hospital Universitario 12 de Octubre y sus centros de especialidades. Su misión es atender las necesidades de información de forma personalizada y colaborar en la gestión de RRHH desde el punto de vista administrativo, jurídico y laboral, bajo la égida de los principios de inmediatez, celeridad y eficiencia.

MÉTODO
La configuración de una ventanilla única del área de RRHH integrando todos los procesos administrativo-laborales que requieran atención al público. Aprobación de una cartera de servicios mediante una norma de la gerencia del hospital. Separación entre unidades productivas (departamentos) y atención personalizada al profesional. Selección de recursos humanos para la unidad, conocimientos técnicos y habilidades de comunicación adecuados a la finalidad de la misma. Se han definido tres procesos operativos: demanda de información, tramitación de solicitud y reclamación con el diseño de una aplicación informática especifica. Medición de la calidad percibida mediante encuestas periódicas de satisfacción. Orientación a que todas las actuaciones de la operativa diaria estén normalizadas. Comunicación externa mediante sistema de información.

RESULTADOS
Cuantificación de actuaciones, elaboración de memorias de cuadros de mando. Concentración de todos los recursos enfocados a la atención personalizada y gestión por procesos.

CONCLUSIONES
La explotación e integración de las herramientas informáticas existentes en el área de RRHH ha logrado la optimización de los recursos existentes, y los ha puesto al servicio de la atención personalizada de los profesionales mediante la implantación de la Unidad de Información y Atención al Profesional, que ha sido el resultado de una planificación estratégica de trabajo en conjunto, perfilando competencias y potenciando la mejora en el rigor y rapidez de los procesos.

Contacto: María del Carmen Hernández Rodríguez -mchernandez.hdoc@salud.madrid.org

Mesa 21

SEGURIDAD DEL PACIENTE 2

P-322 - P-338

P-322 ENCUESTA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN UN ÁREA QUIRÚRGICA. COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERÍA

Autores: Fernández-Mulero S, Grigorov I, Baena M, Ferrer A, Pou J, Aguilar JL.

INTRODUCCIÓN
Implantar un programa de seguridad del paciente precisa una evaluación inicial del nivel de cultura de seguridad y de las intervenciones y circuitos preexistentes. Aplicamos como herramienta de medida la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente (ECSP) diseñada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

OBJETIVOS
1) Evaluación descriptiva y comparativa de la percepción de seguridad en el área quirúrgica. 2) Comparación de dicha percepción entre anestesiólogos y el personal de enfermería.

MÉTODO
Tras aprobación de la dirección asistencial, recibieron la ECSP enfermero/as de quirófano y reanimación y los médicos del servicio de Anestesiología (en total 130). Participación voluntaria y anónima. Los datos se recogieron y analizaron con G-Stat: cálculo de porcentajes de respuestas positivas compuestas (área), comparaciones entre grupo médicos (M) y enfermería (E) con el test de Kruskall-Wallis y comparación con resultados CDR (diferencias significativas de más del 5%).

RESULTADOS
Tasa de respuesta del 24,6% (10,6% E; 80,8% M). Porcentaje compuesto de respuestas positivas para: la percepción de seguridad global fue del 41,27% (33,34% E y 50% M, $p < 0,05$). La valoración de la seguridad para el paciente dentro de su unidad se puntuó como excelente/muy buena por el 25% de los encuestados, y como aceptable por el 71%. En el último año, un 22% (un 60% menor que la media de CDR) comunicó 0 incidentes, un 59% (un 50% mayor que la media CDR) comunicó 1-5 incidencias, y un 18% (media del CDR por tres) entre 6-20. La mayoría de áreas se situaron en el percentil 10 (p10) de la distribución del CDR, excepto la libertad de discusión sobre errores, p25-50, y los recursos humanos, p25. Las diferencias significativas entre E y M fueron (entre paréntesis: %E; %M): trabajo en equipo entre diferentes servicios (20;63), trabajo en equipo en la unidad (37;68), recursos humanos (36;63), acciones de promoción de la seguridad por parte de los responsables de unidad (56;78), libertad de discusión sobre los errores (56;78), respuesta no punitiva al error (14;33).

CONCLUSIONES
1) Baja tasa de participación en un acto voluntario y anónimo. 2) Alto grado de promoción de seguridad por parte de los responsables de la unidad. 3) Aceptable percepción de seguridad, con un alto nivel de comunicaciones y libertad de discusión en un sistema potencialmente punitivo con ausencia de registro sistemático. 4) Bajo nivel de información sobre acciones conjuntas con otros servicios y a nivel hospitalario.

Contacto: Silvia Fernández Mulero - sfernandez@hsll.es

P-323 TRABAJANDO EN SEGURIDAD. ERRORES RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Taravilla-Cerdán B, Sanz-Cuesta T, Esteban-Paredes F, Cristina-Besora C, Rodríguez-Pasamontes C.

OBJETIVOS
Identificar y analizar los errores derivados de la utilización de vacunas en los equipos de atención primaria (EAP) de un área de salud de la Comunidad de Madrid (CM) a partir de la notificación de un incidente relacionado con la administración de vacuna DTPa caducada y plantear propuestas de mejora para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios asociados a su uso.

MÉTODOS
Tras la notificación de un incidente: administración de la vacuna DTPa posteriormente a su fecha de caducidad, la unidad funcional de gestión de riesgos (UFGR) del área lleva a cabo su análisis en el marco conceptual de seguridad del paciente. Fuente de información: notificación espontánea. Análisis: evaluación interna en la UFGR, entrevista con el responsable de vacunas (RV) notificador, identificación en historia clínica informatizada (OMI-AP) de todos los niños vacunados con el lote afectado en fecha posterior a la de caducidad y notificación del error a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la CM.

RESULTADOS
Causas posibles de errores: factores humanos, registro inadecuado del lote en OMI-AP e insuficiente seguimiento en control de caducidades. Acciones de mejora: realización de dos sesiones de trabajo con los responsables de enfermería (RE) y RV de los 22 EAP del área, revisión mensual y por escrito de caducidades mediante modelo facilitado por la UFGR, registro adecuado del lote en OMI-AP, comprobación de forma rutinaria de la fecha de caducidad antes de su administración y revacunación de los niños identificados.

CONCLUSIONES
El registro escrito de las caducidades y la revisión mensual de las mismas debe integrarse como una tarea rutinaria en la adecuada gestión de los almacenes de los centros de salud. Los enfermeros de los 22 EAP del área constituye un grupo de profesionales especialmente motivado en la cultura de seguridad del paciente y es fundamental en la detección de los posibles errores que pueden tener lugar en la administración de medicamentos. Es importante detectar los errores que se pueden producir en cada una de las etapas de la cadena terapéutica del medicamento y en los diferentes ámbitos de actuación con el fin de evaluarlos y poner en marcha las actuaciones preventivas oportunas que permitirán una adecuada gestión y minimización de estos riesgos.

Contacto: Belén Taravilla Cerdán - btaravillac@sefap.org

P-324 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN DE PACIENTES DE RIESGO PARA PRESCRIBIR UNA SUJECIÓN FÍSICA

Autores: Yagüez C, García B, Cabestany S, Gutiérrez I, Gutiérrez I, De Febrer G.

INTRODUCCIÓN
El paciente geriátrico presenta un alto riesgo de sufrir efectos adversos, como caídas, infecciones, úlceras y síndrome confusional durante su ingreso. Por esta razón, es importante implantar un sistema de detección de aquellos con mayor riesgo de ser susceptibles de necesitar sujeciones físicas para prevenir caídas o agitación psicomotriz, seleccionar de forma correcta al paciente y disminuir en lo posible los efectos adversos de la misma sujeción.

OBJETIVOS
1) Implantación del sistema de detección de pacientes de riesgo elevado. 2) Valoración de su aplicación. 3) Determinar: número de sujeciones realizadas, factores de riesgos y motivo. 4) Consentimiento informado.

METODOLOGÍA
1) Reuniones interdisciplinares semanales para indicar la prescripción de la sujeción y su revisión. 2) Elaboración de una hoja de registro: factores de riesgo para presentar un cuadro confusional agudo (edad > 85 años, alteración sensoperceptiva, deterioro cognitivo, episodios de deliro, fármacos y desnutrición) y probabilidad de caídas. 3) Estudio retrospectivo de las sujeciones realizadas durante el año 2006.

RESULTADOS
Número de registros realizados: 120 registros, 104 pacientes de 469 ingresos. 54 hombres (76 años) y 50 mujeres (81 años). 62 pacientes recibieron sujeciones físicas (13,5 pacientes/100 altas). Distribuidas: silla (abdominal 53, pélvica 4), cama (muñecas 10, abdominal 9, pélvica 6). (Un paciente puede tener varias sujeciones). Factores de riesgo: prevenir caídas 68, agitación psicomotriz 16, protección de sondas y vías 10, y otros 12. Diagnóstico de ingreso: AVC, EPOC, IC. Factores de riesgo: deterioro cognitivo: 64, alteración sensoperceptiva: 38, desnutrición: 38, fármacos: hipnóticos: 57, antidepresivos: 21, opioides: 14 y 23 síndromes confusionales agudos. Cumplimiento del 100% del consentimiento informado. Realización de 44 sesiones al año.

CONCLUSIONES
1) El sistema diseñado con las reuniones y la hoja de registro se ha demostrado válida para detectar pacientes de riesgo. 2) El motivo más frecuente para indicar la sujeción ha sido prevenir caídas. 3) Sujeción más frecuente: sujeción abdominal en sedestación.

Contacto: Gabriel de Febrer Martínez - gdefebrer@grupsagessa.com

P-325 CÓMO CONSTRUIR LOS INDICADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Fraile-Esteban JI, Mujika M.

OBJETIVO
Diseñar el cuadro de mandos de las unidades de AP.

MÉTODO
Basándonos en la misión de la comarca de Bilbao (satisfacer las necesidades de salud de la población de Bilbao y Alonsotegi a través de la prestación de servicios para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades) y en la visión que pretende ser accesible, dando respuesta a sus demandas a través de los servicios que presta y la dedicación de todo su equipo humano con eficacia y profesionalidad, lo que propicia la participación de las personas que la integran en el desarrollo y mejora de su propia actividad. Según la visión se elabora el plan estratégico 2003-2007 con todos los objetivos estratégicos. Utilizando el modelo de gestión de calidad (EFQM) y, especialmente, la gestión por procesos, que posibilita identificar la contribución de cada proceso a la consecución de los objetivos estratégicos, elaboramos el mapa de procesos de la unidad de atención primaria, identificando los procesos clave, y es a través de estos como se realiza el despliegue de los objetivos estratégicos (indicadores), que fundamentalmente son los asistenciales. En cada proceso se establece su misión, actividades e indicadores. Los indicadores de los procesos son las herramientas que permiten hacer una medición y seguimiento de la misión del proceso y, por lo tanto, de los objetivos estratégicos, además de su evolución y tendencia. Estos deben ser: representativos, sensibles, rentables y fiables. Estos deben medir el resultado del proceso en relación con los objetivos operativos del proceso, y también deben medir actuaciones internas del proceso relacionadas con los objetivos de calidad del proceso. Todos los indicadores deben revisarse para adaptarlos a los sistemas de información, mejorando su rentabilidad y eficiencia, y deben configurarse en función de los resultados obtenidos y ajustarlos a los objetivos estratégicos.

RESULTADOS
Cuadro de mandos de la unidad. Manual de indicadores con revisión constante unificado para todas las unidades de AP. Resultados comparables entre todas las unidades. Situarnos donde estamos. Visión global de la unidad. Estabiliza y normaliza los procesos. Trazabilidad de cada proceso.

CONCLUSIONES
Los indicadores se elaboran en función de la misión y visión (objetivos estratégicos), y se concretizan a través de los procesos, donde se analizan los resultados obtenidos a través de los cuadros de mando, detectando las áreas de mejora.

Contacto: José Ignacio Fraile Esteban - j.i.fraileesteban@osakidetza.net

P-326 TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. EL GRUPO DE TRABAJO DE LA SEMFYC

Autores: Palacio F, Maderuelo JA, Bravo R, Minue S, Astier P.

OBJETIVO
La presente comunicación tiene como objetivo presentar cómo la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) está respondiendo a los retos actuales en el campo de la seguridad del paciente.

MÉTODO
La SEMFyC, sociedad científica líder en atención primaria (AP), consciente de la importancia y magnitud de los resultados desfavorables para el paciente en su interacción con los servicios sanitarios, ha creado un grupo de trabajo específico cuya misión es la promoción de actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente en el ámbito de la AP. Estas actuaciones se articulan en 5 procesos claves: 1) Información y desarrollo de herramientas. Recoge, analiza y difunde reseñas bibliográficas y actividades de grupos o agencias implicadas. Desarrolla herramientas dirigidas a profesionales y pacientes para hacer la asistencia más segura. 2) Formación. Facilita información actualizada sobre la oferta formativa de las diferentes instituciones y administraciones. Desarrolla sus propias actividades en los foros propios de SEMFyC. 3) Seguridad de la prescripción. Se crea un proceso específico que facilita información relevante y actualizada a los profesionales y pacientes. Revisa la literatura y actualiza noticias al respecto. 4) Investigación. Promueve la investigación, facilitando información de ayudas y desarrollando y un foro donde analizar y hacer propuestas sobre los problemas más importantes de SP en AP. 5) Desarrollo y gestión de alianzas. Con administraciones públicas, sociedades científicas, colectivos sanitarios, especialmente enfermería, ciudadanos, industria farmacéutica, etc. Como soporte que facilite el desarrollo de estos procesos y la comunicación con profesionales y ciudadanos, se diseña un espacio concreto en la página web de la SEMFyC, que servirá de vehículo de toda la información que pueda generarse. En un futuro próximo, la colaboración entre la SEMFyC y la Sociedad Española de Calidad Asistencial ha de facilitar la consecución de objetivos, proporcionar valor añadido y ampliar el horizonte de actuaciones para la mejora en SP.

Contacto: Fernando Palacio Lapuente - fpalacio2001@yahoo.es

P-327 ENCUESTA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Autores: Silvestre Busto C, Gost Garde J, Lameiro Couso FJ, Layana Echezuri E, Abad Vicente FJ, Chivite Izco M.

OBJETIVO
Conocer la cultura de seguridad del personal médico y de enfermería en atención primaria y hospitales en las distintas CCAA y observar su evolución de 2007 a 2009 evaluando la efectividad en la sensibilización profesional y de las medidas tomadas por la administración, instituciones y centros para mejorar la seguridad de los pacientes.

METODOLOGÍA
Diseño antes-después con muestras independientes, mediante dos encuestas anónimas, idénticas, de captación de opiniones y creencias sobre seguridad de los profesionales implicados en la asistencia. Se utiliza el cuestionario HSOPSC de la AHRQ adaptado.

RESULTADOS
Se presentan los datos de la primera encuesta, completada por 470 profesionales. Los resultados se presentan como porcentajes de respuestas positivas a las 12 dimensiones que explora el cuestionario. Percepciones generales de seguridad: 47%; frecuencia de notificación de sucesos: 46%; el jefe emprende acciones y medidas preventivas para promover la seguridad: 62%; aprendizaje organizacional-mejora continua: 37%; trabajo en equipo en la unidad/servicio/centro: 72%; comunicación franca: 56%; comunicación y *feedback* sobre errores: 37%; respuesta no punitiva al error: 38%; plantilla suficiente: 28%; respaldo de los gestores para la seguridad del paciente: 30%; colaboración entre las unidades y servicios en los centros: 52%; transmisión de información durante traslados y cambios de turno: 49%. Valoración global (1-5) de seguridad del paciente: 2,8.

CONCLUSIONES
Los diferentes aspectos de la cultura de seguridad tienen una valoración muy desigual. La evaluación de la actitud de los superiores, la comunicación y el trabajo en equipo son más que aceptables, pero queda mucho por hacer en cuanto a la respuesta y al aprendizaje del error.

Contacto: Carmen Silvestre Busto - msilvesb@yahoo.es

P-328 ANULACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LAS ALARMAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Carrillo-Alcaraz A, Almaida-Fernández MB, Rabadán-Anta MT, Herrera-Romero T, Alonso-Tovar AR, Sánchez-Nieto JM.

OBJETIVO
La variabilidad es frecuente en cualquier ámbito de la práctica sanitaria. El objetivo de este trabajo es analizar cómo se utilizan las alarmas en dos unidades de cuidados intensivos (UCI) de la misma ciudad.

METODOLOGÍA
Estudio prospectivo, durante 2 meses, en 2 UCI. La medición de las características fisiológicas y alarmas se realizaba al final de los turnos. Muestreo de conveniencia según la disponibilidad del equipo investigador. Se excluyeron pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico con suspensión de alarmas. El estudio se realizó de forma ciega para todo el personal sanitario. Las comparaciones entre variables se han realizado mediante la prueba X2 y ANOVA.

RESULTADOS
Se estudiaron 327 pacientes, con un total de 1,159 mediciones. La anulación de las alarmas en ventilador la presentaban: 0,7% de alarma de presión mínima, 2,2% de volumen de minuto mínimo, 10,3% de frecuencia respiratoria máxima, 9,9% de frecuencia respiratoria mínima. La anulación de al menos 1 alarma la presentaban 98 casos (8,5%), y fue más frecuente en hombres que en mujeres (11,8% frente 3,1%; $p < 0,001$) y en el turno de noche (19,3%) que en el de mañana (5,2%) o tarde (9,9%) ($p < 0,001$). La sedación no se relacionaba con la anulación de alarmas ($p = 0,377$), pero sí la necesidad de vasoactivas (19,2% frente a 5,4%; $p < 0,001$). La anulación es más frecuente cuanto menor es la edad del paciente (59 ± 16 frente a 63 ± 18; $p = 0,047$). La anulación de al menos 1 alarma se objetivó en el 19,8% y el 4,1% de los casos de las respectivas UCI ($p < 0,001$). La diferencia entre el parámetro medido al paciente y el nivel de alarma máxima y mínima fue de 23 ± 8 y 18 ± 6 para la presión pico del ventilador; 7 ± 5 y 5 ± 3 para el volumen minuto. 24 ± 9 y 15 ± 6 para la frecuencia respiratoria, 50 ± 27 y 40 ± 21 para la frecuencia cardiaca; 3 ± 2 y 7 ± 4 para la saturación de oxígeno; y 41 ± 23 y 38 ± 24 para la presión arterial. Las diferencias entre el parámetro del paciente y el nivel de alarma fue mayor en el turno de tarde y noche con respecto al de mañana para la frecuencia cardiaca máxima ($p < 0,001$), la frecuencia respiratoria máxima ($p < 0,001$) y mínima ($p = 0,004$) y la presión arterial máxima ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN
La programación de las alarmas hemodinámicas y ventilatorias es muy variable según el hospital analizado. Las alarmas se anulan en algunos pacientes de forma injustificada, sobre todo las ventilatorias. Los pacientes más inestables son los más afectados y el turno de noche es el más implicado en este procedimiento.

Contacto: Andrés Carrillo Alcaraz - 968246333@telefonica.net

P-329 COMPARACIÓN ENTRE LA UTILIZACIÓN DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS TRAS SOLO IMPLANTACIÓN Y TRAS MEDIDAS DE SENSIBILIZACIÓN

Autores: Blanco-Galán MA, López-Barba J, Rodríguez-Mirón Y, Jiménez-Gómez MJ, León-Rivera F, Querol-Gutiérrez JC.

OBJETIVO
Comparar el porcentaje de pacientes que portan pulseras identificativas tras 1 año desde la implantación del proyecto en el hospital, frente al porcentaje que la utilizan tras la implementación de medidas de difusión y sensibilización.

MÉTODOS
Estudio transversal por comprobación observacional directa de pacientes en todas las plantas de hospitalización, paritorios, UCI y neonatología, el 27/12/2006, tras 1 año de la puesta en marcha del proyecto "Identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras identificativas". Realización de un segundo corte el 16/4/2007, tras la difusión de trípticos y pósters informativos, así como charlas de sensibilización sobre los beneficios del uso de dichas pulseras.

RESULTADOS
1) El porcentaje global de pacientes que llevaban pulsera el día del primer corte fue del 26,47%. El porcentaje más bajo de utilización se obtuvo en la tercera (21,88%) y sexta (20%) plantas. La unidad que obtuvo un mayor índice de cumplimiento fue paritorios (100%). 2) Tras 3 meses de difusión de trípticos y pósters, así como charlas, se seleccionó una planta con bajo índice de seguimiento (tercera planta) para el segundo corte transversal, en el que se obtuvo un porcentaje de utilización de pulseras del 76,47%.

CONCLUSIONES
Las medidas de difusión y sensibilización acerca de la utilidad de las pulseras identificativas para la mejora de la seguridad de los pacientes, mediante trípticos, pósters y charlas dirigidas tanto a profesionales como pacientes, aumentan el porcentaje de pacientes portadores de la misma en poco tiempo.

Contacto: María Antonia Blanco Galán - ablanco@insalud.es

P-330 REEVALUACIÓN DE UN MANUAL DE VERIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO, MATERIAL SANITARIO Y FÁRMACOS DE URGENCIA EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Sánchez-Rus J, Amigo-Fernández J, Hernández-Vidal N, González-Bravo A, Vives-Maffiotte C, Esteller-Balagué A.

OBJETIVO
Reevaluar el cumplimiento del manual de regulación del equipamiento, material sanitario y fármacos en el área de atención continuada de un centro de salud tras un año de su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS
En el año 2006 se elabora, consensúa mediante sesión clínica e implanta el manual en el servicio de atención continuada. El manual consta de: Hoja 1: lista de verificación de la dotación del material del *box* central, desfibrilador semiautomático (DEA) y maletín de oxígeno. Hoja 2: gestión y registro de estupefacientes. Hoja 3: notificación de un problema o incidencia en atención continuada. Hoja 4: dotación de material del chaleco de urgencias del médico y enfermera. Hoja 5: control de caducidad del material y medicación del carro de paros del *box* central. Hoja 6: control de caducidad del material y medicación de carro auxiliar. Hoja 7: control de caducidad del material y medicación del maletín de urgencias. Consensuamos un estándar mínimo de calidad del 80%, por debajo del cual lo consideramos un registro no tolerable.

RESULTADOS
Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional del primer año de su implantación. Porcentaje de cumplimentación: grado de registro desigual (rango de 42,17% a 91,15%). Hoja 1: apartado de *box* central 91,15%, del carro auxiliar (DEA) 90,47%, y en el apartado de maletín de oxígeno 42,17%. Hoja 2: 80%. Hoja 3: número de incidencias, 4. Hoja 4: 71,10%. Hoja 5: 91,10%. Hoja 6: 90,3%. Hoja 7: 88,2%.

CONCLUSIONES
Tras analizar los resultados obtenidos, se objetiva que en algunos registros del manual la cumplimentación es más baja de lo establecido como estándar mínimo, lo que nos lleva a plantear la necesidad de crear un plan de mejora. También se propone la creación de la figura de un responsable de supervisar el registro y cumplimiento del manual.

PALABRAS CLAVE
Verificación, equipamiento, atención continuada.

Contacto: Nuria Hernández Vidal - nhernandez.tarte.ics@gencat.net

P-331 DISEÑO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN INTEGRAL DE INCIDENTES DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN NUEVO HOSPITAL

Autor: Lerma-Gaude V.

OBJETIVO
Establecer un sistema de notificación integral de incidentes de medicación en un servicio de farmacia de nueva creación con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes y la eficiencia del servicio y, asimismo, promover desde el inicio una cultura de seguridad.

MÉTODO
Se diseña un sistema para la notificación de incidentes de medicación ocurridos en el servicio de farmacia de un nuevo hospital general que cuenta con 130 camas, cuya apertura se está realizando escalonadamente. Cualquier miembro del servicio de farmacia (farmacéutico, enfermería, auxiliar de enfermería, administrativo, celador) que detecte un incidente que haya dañado o pueda provocar daño al paciente o incrementar el riesgo, así como afectar a la eficiencia del servicio, lo notificará de forma voluntaria (en la medida de lo posible) y no punitiva.

RESULTADOS
Se ha creado una hoja de registro ad hoc que incluye los siguientes campos: fecha y hora en la que se detecta y en la que se produjo, modo de identificación, medicamento implicado, fase (adquisición, conservación, acondicionamiento, prescripción, validación, elaboración, distribución, farmacovigilancia) alcance, causa próxima y causa remota, repercusión y propuesta de mejora. Los datos, tras su validación, se transferirán a una base de datos de Access. El análisis se realizará en función de la gravedad del evento (los de mayor gravedad se someterán a un análisis causa-raíz o, si son incidentes potenciales, se utilizarán para un análisis de los modos de fallo y de sus efectos; el resto se tratará de forma local). Después de su evaluación se analizarán las diferentes opciones factibles para su prevención o mejora, incorporando la mejor opción a los procedimientos normalizados de trabajo si procede.

CONCLUSIONES
Se ha diseñado un sistema de notificación de incidentes de medicación integral que incluye tanto incidentes que afectan a la seguridad como a la eficiencia, y además implica a todo el personal del servicio de farmacia. En una segunda fase se ampliará el sistema de notificación de incidentes de medicación a todo el hospital.

Contacto: Victoria Lerma Gaude - mvlerma@sescam.jccm.es

P-332 PLAN DE SEGURIDAD PARA PREVENIR CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Autores: Parejo C, Baró L, Llamas MD, Bayona M.

OBJETIVOS
1) Análisis de riesgo de caídas en ancianos institucionalizados. 2) Definición e implantación de un plan de seguridad para la prevención de caídas en ancianos institucionalizados.

MÉTODOS
Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios de la unidad de atención a ancianos institucionalizados del área, un técnico de salud pública y un veterinario. Para el análisis del riesgo de caídas se realizó una búsqueda bibliográfica. La valoración de la información se realizó a través de una tabla de análisis de riesgos que incluía: factores extrínsecos, consecuencias físicas, distintos índices, factores extrínsecos y posibles soluciones. A partir de los resultados de la tabla se definió el plan de seguridad. Para su implantación se definieron las acciones a poner en marcha, el contenido, el responsable de realizarlas y el plazo de realización. Finalmente, se diseñaron indicadores para evaluar la implantación de cada una de las acciones de mejora.

RESULTADOS
Los factores de riesgo más importantes recogidos en la revisión bibliográfica realizada y con mayor IPR en la tabla de análisis fueron: la hipotensión postural, la alteración en la marcha y el equilibrio, la debilidad muscular, las alteraciones sensoriales y el deterioro cognitivo y funcional. Los factores extrínsecos más frecuentes fueron la incorrecta distribución de mobiliario, escaleras inseguras, altura elevada de la cama y iluminación insuficiente. El plan de seguridad describió dos líneas de actuación: ambiental y de prevención de caídas en pacientes con alto riesgo. Se definieron cinco actividades básicas: identificación de factores extrínsecos, información a los responsables de residencias de las necesidades de adecuación ambiental, identificación de factores intrínsecos, detección de problemas relacionados con medicamentos y registro de caídas. Asimismo, se diferenciaron 5 actividades específicas de la actuación ambiental y 8 del plan de prevención de caídas en ancianos de alto riesgo. Los indicadores establecidos para evaluar la implantación inicial del plan fueron: índice de caídas sin riesgo, índice de caídas alto riesgo, índice de caídas con riesgo comunicadas, índice de caídas sin riesgo comunicadas.

CONCLUSIONES
La metodología de valoración de riesgo incluida en el plan, así como las intervenciones propuestas, son fundamentales para la disminución del riesgo de caídas en ancianos institucionalizados y por tanto en la disminución de complicaciones y eventos adversos que deterioren su salud.

Contacto: Carmen Parejo García - dolores.llamas.sspa@juntadeandalucia.es

P-333 CREACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DE PACIENTES (UFSP) EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Autores: Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Rebollo H, Sanz J, Fariñas MC, Alburquerque J.

OBJETIVOS
Mejorar las estrategias de prevención de eventos adversos en la asistencia sanitaria a través de la creación de unidades específicamente dedicadas a actividades de prevención y monitorización de riesgos clínicos. La UFSP tiene como misión fomentar la cultura de seguridad en el SCS, integrando actividades formativas, preventivas y de investigación y proporcionando soporte metodológico y técnico a los profesionales para el desarrollo de iniciativas de mejora de la seguridad clínica, avanzando hacia una atención sanitaria de calidad, eficiente y segura.

MÉTODOS
Se considera UFSP la formada específicamente dentro de los servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, para potenciar, desarrollar y evaluar acciones orientadas a una práctica asistencial segura. Como método de trabajo se establece un abordaje común combinando estrategias a tres niveles: sensibilización, formación y promoción de cultura de seguridad entre los profesionales, investigación y análisis de eventos adversos, prevención de eventos adversos mediante la adopción de prácticas clínicas seguras.

RESULTADOS
En enero de 2007 se crean 3 UFSP dependientes, funcional y estructuralmente, de los servicios de Medicina Preventiva, una unidad central de apoyo en la gerencia del SCS. En cada centro se constituyen equipos multidisciplinares de trabajo y/o una comisión de seguridad hospitalaria proporcionando soporte metodológico y técnico. Entre sus actividades se encuentran: formación/sensibilización: desarrollo de sesiones de sensibilización, tres ediciones de curso básico de seguridad del paciente (abril y junio 2007). En investigación y análisis: estudio de incidencia de eventos adversos en el ámbito hospitalario y trabajo con grupos quirúrgicos seleccionados en monitorización de seguridad clínica. Por último, en prácticas clínicas seguras se ha realizado un análisis de adhesión al lavado de manos y formación en higienización de manos en todos los ámbitos (1.952 profesionales formados), y está previsto evaluar la adhesión poscampaña.

CONCLUSIONES
La creación de UFSP en el SCS ha permitido establecer una estrategia unificada en seguridad facilitando la consolidación de una política en seguridad de pacientes. Las vinculación entre las UFSP y los servicios de Medicina Preventiva hospitalarios establece la estructura del soporte metodológico. El apoyo del equipo directivo es importante, tanto en la promoción de la implicación de los profesionales en la prevención como en la difusión de información y medidas de control.

Contacto: Mónica Robles García - mrobles@dg.scsalud.es

P-334 MONITORIZACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS Y CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA

Autores: Burgués LA, Andreu MA, Casanova S, Gallardo G.

OBJETIVO
Detectar enfermos con riesgo potencial de caída, garantizar la seguridad del enfermo ingresado y prevenir la posibilidad de caídas. Analizar las causas de los accidentes para establecer medidas preventivas.

MÉTODOS
Control de los accidentes sufridos por los clientes hospitalizados, declarados y registrados por el personal de enfermería en el transcurso de 2006. Creación del registro de caídas en formato papel y creación de una base de datos para la explotación de resultados.

RESULTADOS
Durante el año 2006 se registraron 54 caídas. El índice de caídas es del 0,49%, menor que en los últimos dos años. Con una media de edad de alrededor de 78 años. Las caídas se producen en mayor proporción durante el día que en el turno de noche, con la siguiente distribución: un 44% de caídas durante el día y un 22% durante la noche. En un 71% de los casos, el cliente no se encontraba acompañado. El diagnóstico más frecuente observado en los clientes que sufren caídas son las neoplasias, con un porcentaje del 18,50%. El cliente resbala en un 31% de los casos, y esta la causa la más frecuente. En el 100% de los casos, el enfermo estaba consciente, se mostró colaborador en un 81% y se encontraba desorientado en un 19%. Si hacemos referencia a las consecuencias, en un 41% no hubo ningún tipo de lesión, en un 39% se presentó algún tipo de contusión, en un 4% fractura de fémur y en un 16% otro tipo de lesiones. En el año 2005, como acciones de mejora, se incorporaron en la hoja de registro de caídas los ítems siguientes: cliente autónomo, presencia de suelo mojado, problemas en la deambulación, mediación que aumenta el riesgo de caída, uso de zapatillas. Como acciones de mejora en 2006: a) se creó una comisión para la prevención y control de caídas, b) formulación de un indicador de riesgo de caída en los registros de enfermería.

CONCLUSIONES
Las caídas suponen una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en los pacientes hospitalizados. En el medio hospitalario se ha planteado la necesidad de conocer tanto la incidencia del problema como sus consecuencias, haciendo especial énfasis en la identificación de los pacientes en el riesgo para estimular las medidas preventivas observadas. A pesar de que en un gran porcentaje no conllevan lesiones graves, sí pueden prolongar la estancia hospitalaria y en consecuencia aumentar el gasto sanitario. De ahí la necesidad de identificar los factores de riesgo (pacientes de riesgo) y establecer medidas preventivas.

Contacto: Luis Alfonso BurguésBurillo - llui.burgues@clinicaplato.com

P-335 SIGNIFICACIÓN DE LAS UPP EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UN RETO MÁS PARA LA CALIDAD SOSTENIBLE

Autores: Musitu-Pérez MV, Ube-Pérez J.

INTRODUCCIÓN
Son muchas las razones que nos obligan a buscar y establecer criterios de desarrollo en una línea de actuación prioritaria, como es la seguridad del paciente. Dentro de esta línea de seguridad, son 6 las áreas definidas e identificadas por el Plan Nacional de Calidad y muchas las estrategias en cada una de las áreas. Dentro de éstas se hace hincapié en mejorar la atención de los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica, así como documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica. Así pues, parece lógico e imprescindible abarcar uno de los problemas de salud que mayor coste económico y social conlleva, como son las úlceras por presión.

OBJETIVOS
1) Alcanzar la seguridad en la población de referencia, con criterios de calidad. 2) Conseguir disminuir la incidencia de las UPP tanto intra como extrahospitalaria. 3) Crear una comisión de heridas con una composición multidisciplinar, tanto de atención primaria como de especializada y de centros sociosanitarios, con la visión de unificar criterios en el manejo y prevención de las UPP. 4) Evaluación continua.

MÉTODOS
1) Tabulación de datos por volcado informático de incidencia de las UPP. 2) Valoración de cada registro: procedencia del paciente al ingreso con UPP (residencias geriátricas, centros sociosanitarios, domicilio, etc.), grado de dicha UPP, enfermedades concomitantes y edad. 3) Reunión con profesionales sanitarios de otros niveles asistenciales.

RESULTADOS
1) Se identifica y tipifica el origen de las UPP en pacientes al ingreso. 2) Se identifican causas potenciales de la aparición de las mismas en los centros más prevalentes. 3) Se establecen canales de comunicación interniveles (comisión de heridas) con clara voluntad de evaluar dicho problema de salud de forma continua a través de reuniones programadas.

CONCLUSIONES
La clara voluntad e implicación de la dirección del hospital por seguir la línea de seguridad para los pacientes, en primer lugar, y la conciencia de mejora del problema por parte de los profesionales de la FHC y el hecho de haber sabido transmitir a otros profesionales de otros niveles dicha necesidad y lograr su implicación, en segundo lugar, junto a los registros y análisis completos de la incidencia de las UPP que se atienden y su evaluación tras aplicar las acciones de mejora valoradas por el grupo de trabajo, hacen que la "seguridad para los pacientes" no sea solo una estrategia, sino una necesidad sentida de los profesionales.

Contacto: M. Victoria Musitu Pérez - vmusitu@fhcalahorra.com

P-336 CONTROL DE CALIDAD DE LA TRANSCRIPCIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS. 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Autores: Rizo A, Minguillón C, Lloret A, Montserrat M.

OBJETIVO
Presentar los resultados de 5 años de seguimiento de la transcripción de órdenes médicas y establecer un estándar de calidad.

MÉTODOS
Estudio prospectivo de revisión de transcripciones de órdenes médicas durante los años 2002 a 2006. Un farmacéutico y un supervisor de enfermería revisaban las transcripciones de los tratamientos y las comparaban con las órdenes médicas originales. Se estableció como indicador la tasa de error: número de errores transcripción / número de líneas medicación revisadas. No se incluyeron los errores debidos a prescripciones confusas. Para la clasificación de los errores se ha empleado la taxonomía de NCCMERP.

RESULTADOS
Año 2002: se revisaron 12.423 líneas de medicación y se detectaron 43 errores de farmacia (tasa de error del 0,35%) y 28 de enfermería (0,23%). El error más frecuente en farmacia y enfermería fue la omisión de medicamento (0,14% y 0,10% respectivamente). Año 2003: se revisaron 6.480 líneas de medicación y se detectaron 34 errores de farmacia (0,52%) y 16 de enfermería (0,25%). El error más frecuente en farmacia fue la duración del tratamiento (0,17%) y en enfermería la transcripción de dosis (0,08%). Año 2004: se revisaron 6.912 líneas de medicación y se detectaron 24 errores de farmacia (0,35%) y 15 de enfermería (0,22%). El error más frecuente en farmacia fue la omisión de medicamento (0,12%) y en enfermería la frecuencia de administración (0,07%). Año 2005: se revisaron 7339 líneas de medicación y se detectaron 32 errores de farmacia (0,44%) y 27 de enfermería (0,37%). El error más frecuente en farmacia fue la frecuencia de administración (0,15%) y en enfermería la transcripción de dosis (0,11%). Año 2006: se revisaron 5.339 líneas de medicación y se detectaron 19 errores de farmacia (0,36%) y 19 de enfermería (0,36%). El error más frecuente en farmacia fue la frecuencia de administración y la omisión de medicamento (0,11% en ambos) y en enfermería la omisión de medicamento (0,15%).

CONCLUSIONES
La revisión de las transcripciones permite detectar errores potenciales, conocer nuestra tasa de error, detectar desviaciones y establecer medidas correctoras. Consultando bibliografía, se estableció un estándar para nuestro centro (tasa de error de transcripción < 0,8%) y el indicador ha sido incorporado al programa de calidad del servicio de farmacia y enfermería. La aplicación de sistemas de prescripción electrónica es una futura acción de mejora para evitar los errores de transcripción.

Contacto: Ana Rizo Gómez -farmacia@clinicaplato.com

P-337 SEGURIDAD DEL PROCESO DE LLENADO DE CARROS DE MEDICACIÓN DE FORMA MANUAL O SEMIAUTOMÁTICA EN LA DOSIS UNITARIA

Autores: Toro-Chico P, Comino-Cáceres JM, Gómez-Pedrero AM, Leal-Álvarez M.

OBJETIVOS
Determinar la seguridad del proceso de llenado de carros de medicación de forma manual o semiautomática en la dispensación por el sistema de distribución en dosis unitaria de un hospital.

MÉTODOS
Estudio prospectivo realizado en el servicio de farmacia de un hospital general de 450 camas desde marzo a mayo de 2007. Se comparó el proceso de llenado de carros a través del método manual por almacén de tipo U y el semiautomático por dispositivo Kardex®. La seguridad del proceso se expresó mediante la detección de errores en la dispensación. Diariamente se revisó 1 o 2 carros con listados de verificación obtenidos de la aplicación informática Farmatools®. Los errores de dispensación se clasificaron como sigue. Error de exceso (EE): se dispensa alguna unidad extra de medicamento (frecuencia de administración errónea, dosis mayor, medicamento innecesario no pautado). Error de omisión (EO): no se dispensa total o parcialmente la pauta de algún medicamento. Error de dosis (ED): se dispensa una dosis distinta a la pautada. Error de confusión (EC): se dispensa un medicamento distinto al pautado. Error de forma farmacéutica (EF): se dispensa un medicamento en una forma farmacéutica distinta a la pautada. Error de localización (EL): confusión en la colocación del medicamento entre cajetines. Se determinó, como indicador de calidad del proceso, IC = (EO+EE+ED+EC+EF+EL)/TUD x 100 (TUD = total de unidades dispensadas en el carro de medicación).

RESULTADOS
Se dispensaron un total de 17.792 unidades de medicamentos, con una media de 50 unidades por pacientes/día. Se revisaron un total de 57 carros elegidos al azar y se detectaron 525 unidades de medicamentos erróneas (indicador de calidad global del proceso: 2,95%). El indicador de calidad por el método manual y semiautomático fue respectivamente del 3,50% (331/9.461) y del 2,33% (194/8.331) y la distribución de errores de dispensación, EO 54%/54%, EL 14%/14%, EE 20%/23%, ED 2%/2%, EC 5%/7%, y EF 5%/0%.

CONCLUSIONES
El proceso de semiautomatización en el llenado de carros demuestra ser más seguro y eficaz que el sistema tradicional, reduce el número de errores en la preparación del carro de medicación y asegura la calidad del circuito de utilización de medicamentos. No obstante, con este método no se consiguen rectificar los errores imputables a causas independientes del proceso ligadas a la actividad humana y que originan errores de tipo EO y EE, o de tipo EC y ED originados por el llenado manual de medicamentos externos no incluidos dentro del Kardex®.

Contacto: Piedad Toro Chico - ptoro@fhalcorcon.es

P-338 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN INFORMATIZADA EN EL HOSPITAL DOS DE MAIG

Autores: Montoliu R (ponente), Pons R, Salagre I, Benet A, Pons A.

INTRODUCCIÓN
El sistema de prescripción intrahospitalaria utilizado en nuestro hospital hasta febrero de 2005, basado en órdenes escritas en papel autocopiable, presentaba deficiencias. Este hecho, sumado a la necesidad de implantar la receta del CatSalut al alta de los pacientes, nos ha llevado a desarrollar un sistema de aplicaciones informáticas que permiten la prescripción asistida por ordenador, el uso de recetas del CatSalut asignadas a un médico y la explotación de resultados.

OBJETIVOS
Implantación total en el HDM del sistema de prescripción informatizada. Aumentar la seguridad del proceso de prescripción-administración de medicación.

MÉTODO
Descripción del programa. El sistema de prescripción ha sido desarrollado por el equipo de sistemas de información del CSI. Al ingreso permite prescribir fármacos de un catálogo cargado previamente del BOT y de la pauta no farmacológica. En el momento del alta: impresión de las recetas del CatSalut para aquellos fármacos que se hayan indicado. El sistema imprime automáticamente estas recetas y, una vez impresas, su código de barras es leído y almacenado en el sistema. Esto crea una relación interna entre la prescripción y las recetas, que se envía al CatSalut por internet a través de un protocolo de transferencia de ficheros. Es necesario remarcar que el hospital ha sido pionero en este nuevo sistema. Farmacia: el programa mantiene comunicación en línea entre los prescriptores y farmacia, convirtiéndose en un sistema de alerta para interacciones y dosificación, previo a la instalación de alarmas en el programa. Desaparecen los errores de trascripción, se generan automáticamente los carros y se actualiza el *stock*. Enfermería y farmacia validan en la misma pantalla el tratamiento. El proyecto se ha dividido en las siguientes fases: Prueba piloto: realizada por el servicio de Neumología. Formación: de todo el personal médico, enfermería, farmacia y administración. Puesta en marcha: en todo el hospital. Seguimiento: comisión de seguimiento.

RESULTADOS
Intrahospitalaria: desde el primer día, el 100% de las prescripciones son informatizadas. Prescripción al alta: un 81% con pauta informatizada y un 95% con recetas CatSalut.

CONCLUSIONES
Se ha logrado el objetivo marcado para esta fase. Creemos que ha sido posible por la colaboración de todos los profesionales del HDM, médicos, enfermeras y administrativos y por los profesionales de SI del CSI. El éxito de esta primera fase nos estimula a seguir trabajando para conseguir el mismo resultado en el resto del proyecto.

Contacto: Rosa Montoliu Tarramera - rosa.montoliu@sanitatintegral.org

Mesa 22

VOZ DEL PACIENTE 2

P-339 - P-353

P-339 DISEÑO DE PROCESOS EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote JM, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS
Diseñar procesos que nos permitan descomponer y mejorar las acciones sanitarias en el marco de cualquier modelo de calidad. Hacer aflorar los procesos existentes y redimensionarlos estratégicamente para poderlos trabajar.

MÉTODOS
Son secuencias ordenadas de acciones orientadas al cliente. Han de ser susceptibles de ser descompuestos en los mínimos elementos sobre los que se quiera actuar, lo que puede hacerse sobre cada uno de ellos sin interferir con el resto. Se representan mediante diagramas cerrados y compartimentados. Nombre del proceso: incluye objetivos. Ámbito: ubicación y alcance. Propietario: servicio al que pertenece. Tipo de proceso: operativo, estratégico, de soporte. Importancia: clave o no. Componentes: descripción, elementos, diagrama, escenario de calidad científico-técnica, sistema de mejora continua de la calidad, documentación asociada.

RESULTADO
Definición. Acciones sistematizadas. Límite de entrada. Marco de calidad: indicadores de los elementos de entrada. Límite de salida. Marco de calidad: indicadores de los resultados. Límite Marginal. Clientes y grupos de interés. Responsable del proceso o gestor del proceso: No es el propietario. Mantiene el sistema del proceso. Agentes. Acciones. Recursos. Unidades de soporte. Sistema de mejora continua de la calidad. Alerta de mal funcionamiento. Análisis DAFO. Satisfacción de clientes. Satisfacción de los agentes. Componente cinámico. Rediseño. El proceso se nutre de las aportaciones (acciones) de los agentes: es una suma de aportaciones (competencias). Se vigila cómo funciona el proceso (objetivos) y qué produce (resultados). No se vigila a los agentes del proceso, sino a los flujos de actividad que se incorporan al mismo.

CONCLUSIONES
Los procesos son herramientas de análisis que nos permiten conocer si el conjunto de acciones llevadas a cabo por los agentes del mismo obedecen a los objetivos planteados y producen los resultados que necesitan sus clientes. Son también un panel de control de los elementos organizativos que nos muestra al instante si presentan algún fallo o funcionan perfectamente. Son herramientas de mejora que hacen posible corregir las deficiencias organizativas sin perturbar el trabajo de las personas sino mejorándolo El proceso nos permite concretar nuestro campo de actuación, nuestro equipo humano, nuestros objetivos, nuestros clientes y nuestra estrategia de mejora continua.

Contacto: Gabriel Martín Clemente - gabriel.martin@ses.juntaex.es

P-340 ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR UN GRUPO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Autores: Montilla CA, Méndez D, Maillo A, Matías A, Ceballos C, Del Pino J.

INTRODUCCIÓN
Los instrumentos más utilizados para conocer la satisfacción de los usuarios son las encuestas de opinión. Sin embargo, el análisis de los cuestionarios plantean una serie de limitaciones. Una de las más importantes es que los usuarios raramente expresan actitudes negativas. Por este motivo, es recomendable que los cuestionarios sean suplementados con otros indicadores a fin de obtener datos suficientes para plantear acciones de mejora.

OBJETIVO
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta de Reumatología. Analizar la percepción del paciente sobre la información recibida acerca de su enfermedad y del tratamiento prescrito.

PACIENTES Y MÉTODOS
Se realizaron cuestionarios de satisfacción autoaplicados a los pacientes que acudían a las consultas de Reumatología durante los meses de marzo y abril de 2007. Dentro de estos cuestionarios había varias preguntas relacionadas con el grado de información recibida, concretamente con el conocimiento de las posibilidades que tenían los pacientes si el tratamiento no les resultaba efectivo o tenían efectos secundarios. Por otro lado, se midió el número de pacientes que acudían o contactaban telefónicamente con las consultas sin cita previa por estos motivos.

RESULTADOS
Cuarenta y seis pacientes completaron el cuestionario. El 50% tenían más de 50 años. La mitad eran mujeres. El grado de satisfacción global fue de 82,90 (sobre 100). El 93% de los pacientes opinaron que la información acerca de la enfermedad y el tratamiento era suficiente, clara y precisa. Sin embargo, solo el 50% sabía a quién acudir en caso de que el tratamiento no hubiera sido efectivo o tuviera efectos secundarios. Durante este tiempo obtuvimos que el número de pacientes por día que contactaban con la unidad de Reumatología sin cita era de 14, el 41% de ellos en presencia física y el 55% por motivo médico. Solo un 4% de los pacientes había pasado previamente por el médico de aención primaria.

CONCLUSIONES
A pesar de que la mayoría de los pacientes opinaron que la información recibida había sido suficiente, el 50% no sabían a quién acudir en caso de no ser efectivo el tratamiento o haberle sentado mal. La mayoría acudían de nuevo a las consultas sin pasar por el médico de atención primaria. El análisis de estos resultados debe plantearnos la realización de acciones de mejora, como elaborar hojas informativas acerca de los principales tratamientos y asegurar un mejor contacto con atención primaria.

Contacto: Carlos Alberto Montilla Morales - top7777@mixmail.com

P-341 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Autores: Salazar-de la Guerra R, Lorenzo-Prieto C, Rojas-Obregón A.

INTRODUCCIÓN
La satisfacción de los pacientes es un aspecto que cada vez tiene más protagonismo. Nuestro hospital es un centro de media estancia dependiente del Servicio Madrileño de Salud. Prestamos servicio fundamentalmente a pacientes geriátricos con necesidad de rehabilitación. Al tratarse de un hospital de media estancia, los pacientes y profesionales sanitarios llegan a entablar relaciones estrechas, lo que genera unas expectativas en los pacientes que nos hacen diferentes a otros centros de agudos.

OBJETIVOS
Conocer el grado de satisfacción de los usuarios y poder contribuir a la mejora de este introduciendo las medidas adecuadas y consensuadas en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODO
Se trata de un estudio descriptivo del grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados. En el momento del alta se entrega una encuesta de satisfacción a todos los pacientes. El paciente y/o familia cumplimenta la encuesta y la remite al hospital por correo ordinario garantizando la confidencialidad y el anonimato. Se trata de una encuesta de elaboración propia. El periodo de estudio ha correspondido al año 2006.

RESULTADOS
Se han entregado un total de 666 encuestas, con una tasa de respuesta del 27%. Un 75% están satisfechos/muy satisfechos con la información recibida en el momento del ingreso; el 89% piensa que fue bien/muy bien atendido por el personal facultativo; el 89% conoció el nombre del médico responsable de su proceso asistencial; el 84% considera que se le informó bien/muy bien sobre su enfermedad. Un 91% afirma que ha recibido el informe en el momento del alta. El 93% piensa que estuvo atendido bien/muy bien por el personal de enfermería. Un 87% piensa que estuvo bien/muy bien atendido por el trabajador social. El 90% piensa que la habitación en la que ha permanecido ingresado era buena/muy buena. Un 62% opinó que la comida era buena/muy buena. Un 60% creyeron disponer de suficiente contacto con sus familiares. El 88% afirmó haber recibido un trato en el centro bueno/muy bueno. El 60% de los pacientes que contestan a la encuesta son mujeres; un 17% tienen estudios superiores; el 24% viven solos.

CONCLUSIONES
En general, la satisfacción global de los pacientes en relación con la asistencia sanitaria recibida, con el trato y los resultados alcanzados en su salud, ha sido buena. La encuesta de satisfacción es una herramienta valiosa para conocer la opinión de los pacientes, analizar los resultados e implantar acciones de mejora.

Contacto: Rosa María Salazar de la Guerra - rsalazar.hgua@salud.madrid.org

P-342 CALIDAD PERCIBIDA EN HOSPITALIZACIÓN: OPINIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN INSTITUTO CLÍNICO DE NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA

Autores: Santinà M, Arrizabalaga P, Lombraña M, Grau J, Prat A, Trilla A.

OBJETIVO
Presentar la tendencia evolutiva de la calidad percibida por los pacientes hospitalizados en un instituto de gestión clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio epidemiológico descriptivo de serie temporal, realizado a partir de las encuestas de opinión para los enfermos hospitalizados durante el periodo 1998-2006. Cuestionario de 26 preguntas cumplimentado de forma anónima y voluntaria. El estándar de comparación se establece tomando como referencia la mediana de las distintas respuestas para los últimos cinco años. El trabajo de campo se realiza anualmente mediante un corte transversal que abarca los meses de octubre y noviembre.

RESULTADOS
La valoración global del servicio recibido ha tenido un rango comprendido entre un 8,43 y un 8,88 sobre 10 de media aritmética. La valoración del trato por parte de los diferentes estamentos profesionales considerados ha sido siempre superior al 90%. Aunque la información recibida ha sido considerada suficiente y continuada habitualmente por más del 90% de los enfermos, tanto el conocimiento del nombre del facultativo responsable (rango entre 78% y 96%) como el del profesional de enfermería de sala (rango entre 72% y 92%) han presentado una evolución más heterogénea. La valoración del silencio en la unidad de hospitalización (rango comprendido entre el 59% y el 85%) es la variable ambiental que proporciona más posibilidades de mejora.

CONCLUSIONES
La valoración y difusión de los resultados de las encuestas de opinión basadas en las unidades organizativas de cada hospital (institutos de gestión clínica en nuestro caso), posibilita la identificación diferenciada de las necesidades más próximas al enfermo y favorece la participación e implicación del personal responsable de su atención directa en los objetivos del plan de calidad.

Contacto: Jaume Grau Cano - jgrau@clinic.ub.es

P-343 SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

Autores: Pérez-Encinas M, Lorenzo S, González-González EM, Sanz-Márquez S.

OBJETIVO
Determinar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la unidad de dispensación ambulatoria del área de farmacia e identificar áreas de mejora.

MÉTODO
Estudio observacional descriptivo transversal de una muestra representativa de los pacientes que acuden a la unidad de dispensación ambulatoria del área de farmacia durante mayo de 2007. El tamaño muestral se ajustó a 220 encuestas (IC: 95%, un 40% de posibles pérdidas), que fueron entregadas a los pacientes de forma consecutiva. El instrumento de medida utilizado para la valoración fue una encuesta con 9 preguntas sobre aspectos estructurales, organizativos, atención farmacéutica, información al paciente y una escala analógica visual para valorar su satisfacción global con la unidad.

RESULTADOS
Se recibieron 187 encuestas (85%), 109 de hombres, el 35,9% entre 19 y 40 años, el 54,1% de 41 a 65 y el 10% con más de 65 años. En cuanto al tiempo que llevaban los pacientes acudiendo a farmacia, el 2,4% era la primera vez que acudía, el 34,9% hacía menos de un año, el 36,1% entre 1 y 3 años y el resto más de 3 años. El 41,4% contestó que la localización le resultó normal y el 28,7% difícil o muy difícil. El 84,8% refirió que la sala de espera era cómoda o normal, y el 15,2% incómoda o muy incómoda. El 50,5% consideró que el tiempo de espera era adecuado, el 35,5% corto y el 10,8% largo. El 53,8% consideró correcto el horario de atención, el 33,4% adecuado o muy adecuado y el 12,9% poco adecuado o muy inadecuado. El 66,1% consideró adecuadas las condiciones de confidencialidad, el 18,3% muy adecuadas y el 4,9% inadecuadas. El 81,2% opinó que el trato dispensado por el personal era muy bueno o bueno y el 17,7% correcto. Para el 92,4%, la información proporcionada por el farmacéutico resultó útil o muy útil y para el 7,6% poco útil. El 92% consideró correcta la cantidad de medicación dispensada, el 5,3% insuficiente y el 2,7% excesiva. Al 45,4% de los pacientes les resultó fácil contactar con el personal de farmacia y al 28,2% difícil. El grado de satisfacción global obtuvo una puntuación de 81,30 (15,33) y una moda de 90.

CONCLUSIONES
La información proporcionada, así como el trato recibido por el personal farmacéutico, fueron los factores que contribuyeron con más peso en la satisfacción de los pacientes, seguidos por los criterios relacionados con la infraestructura y organización de la unidad, lo que nos permite identificar puntos de mejora referidos a las condiciones físicas de la misma.

Contacto: Montserrat Pérez Encinas - mperez@fhalcorcon.es

P-344 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LAS CONSULTAS DE PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BASURTO

Autores: García-Andrade MJ, Latorre M, Blanco J, Muñecas B, Elizalde JL, Aguilera L.

INTRODUCCIÓN
Dentro del trabajo "Gestión del bloque quirúrgico" que hemos realizado desde 2004 hasta 2006, se han incluido las encuestas de satisfacción para sumarnos al apartado de calidad del plan estratégico del hospital.

OBJETIVOS
Mostrar los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas en las consultas de preoperatorios del Servicio de Anestesiología en el año 2005.

MÉTODOS
1) Diseño y lugar del estudio: análisis retrospectivo de los resultados en las consultas de preoperatorios del Servicio de Anestesiología. 2) Participantes: mediante muestreo aleatorio simple, se seleccionan los pacientes atendidos en las consultas durante el mes de octubre. 3) Registro de datos: se realiza una encuesta telefónica utilizando el cuestionario corporativo de hospitales de agudos de Osakidetza. 4) Análisis estadístico: las herramientas informáticas Excel 2003 y SPSS 14.0 se utilizan para organizar y analizar los resultados obtenidos. La muestra se ha calculado para una proporción de satisfacción estimada del 85% (error menor del 5% y nivel de confianza del 95%).

RESULTADOS
1) Trato: el 50% de los pacientes valoraron el trato proporcionado por el anestesiólogo como excelente o muy bueno; el 93% percibieron como muy bueno o bueno el trato proporcionado por la enfermera. 2) Información: el 36% dijeron que era excelente o muy buena. 3) Coordinación: el 93% de los pacientes tenían en la consulta los resultados de las pruebas complementarias que les hicieron. 4) Tiempo de espera: el 61% consideran que el tiempo de espera en la consulta es largo o muy largo. 5) Valoración global: el 39% de los pacientes consideran que la atención ha sido excelente o muy buena.

CONCLUSIONES
1) El trato proporcionado por el anestesiólogo es la dimensión mejor valorada por los pacientes; sin embargo, el proporcionado por la enfermera debe mejorar. 2) Aunque los resultados son buenos, la información tiene un amplio margen de mejora. 3) El tiempo de espera es la dimensión peor valorada. 4) La valoración global es positiva. 5) La tendencia en los próximos años permitirá evaluar el avance de las mejoras introducidas.

Contacto: María José García-Andrade - mjgarciaandrade@hotmail.com

P-345 CALIDAD PERCIBIDA EN CONSULTAS EXTERNAS: OPINIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN INSTITUTO DE MEDICINA Y DERMATOLOGÍA

Autores: Grau J, Fernández-Solà J, Prat A, Santiñà M, Estrada D, Trilla A.

OBJETIVO
Presentar la tendencia evolutiva de la calidad percibida por los pacientes atendidos en las consultas externas de un instituto de gestión clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio epidemiológico descriptivo de serie temporal, realizado a partir de las encuestas de opinión de consultas externas durante el periodo 2000-2006. Cuestionario de 12 preguntas cumplimentado de forma voluntaria y anónima. El estándar de comparación se establece tomando como referencia la mediana de las distintas respuestas para los últimos cinco años El trabajo de campo se ha realizado anualmente mediante dos cortes transversales de dos semanas cada uno durante los meses de mayo y noviembre.

RESULTADOS
La valoración general sobre el servicio recibido ha tenido un rango comprendido entre un 7,88 y un 8,65 sobre 10 de media aritmética. La valoración del trato por parte de los diferentes estamentos profesionales ha sido siempre superior al 85%, mientras que la información ha presentado unas valoraciones más variadas según el estamento considerado. La puntualidad de la visita (37,5%-86,2%) y el conocimiento del nombre del médico (74%-91,4%) son los indicadores más específicos para este ámbito asistencial.

CONCLUSIONES
La monitorización periódica de indicadores permite fijar y evaluar objetivos de calidad anuales en los institutos de gestión. Las consultas externas constituyen un área asistencial que ofrece destacadas oportunidades de mejora en los planes de calidad hospitalarios.

Contacto: Jaume Grau Cano - jgrau@clinic.ub.es

P-346 LA VOZ DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL: COMPROMISO DE AYUDA MUTUA

Autores: Canet Ponsa MM, Planas Gras D, Craywinckel Martí G, Martín González M, Rullo Valls C, Esteban Báez E.

OBJETIVO
a) Conocer las necesidades de información de los pacientes quirúrgicos. b) Conocer las necesidades de los pacientes pediátricos intervenidos de trasplante hepático y las de sus familiares.

METODOLOGÍA
Fuentes de información: a) Las encuestas de satisfacción del ICS detectaron déficits de información en los pacientes quirúrgicos. b) La asociación de pacientes con transplante hepático detectó múltiples déficits tanto en la fase de hospitalización como en la coordinación con la atención primaria. En el primero se trató de objetivar las necesidades de información del paciente sobre su proceso quirúrgico mediante la técnica de grupos focales. Se realizaron 4 grupos focales: 1 de cirugía pediátrica compuesto por padres/madres de pacientes, 2 de ginecología con pacientes hospitalizados, y 1 con los profesionales implicados. En el segundo se trató de conocer las necesidades de satisfacción de los familiares de los pacientes pediátricos intervenidos de trasplante hepático mediante un grupo de mejora con los familiares utilizando la técnica de grupo nominal, el análisis de Ishikawa y la matriz de análisis para las acciones de mejora detectadas.

RESULTADOS
a) En la primera experiencia se detectaron dificultades en la comprensión de la información recibida, falta de información personalizada por parte del cirujano, dificultad de ajustes horarios por parte de los profesionales para facilitar la información a los familiares y falta de lectura del consentimiento informado por parte del paciente. b) En la segunda experiencia se pusieron en evidencia las necesidades de confort a las familias debido a largas estancias en el hospital, el requerimiento de un área de CCEE diferenciada para niños transplantados, y las dificultades en la continuidad asistencial con atención primaria, dada la complejidad de la patología, así como poder disponer de maestro a domicilio para los niños que están en tratamiento en consultas externas residentes de fuera de Barcelona.

CONCLUSIONES
La metodología utilizada en las dos experiencias nos ha permitido conocer las necesidades reales de los pacientes y familiares y se ha traducido en el inicio de una línea de acciones de mejora con participación de los pacientes y/o sus familiares que permite llegar a cubrir unas necesidades reales tanto para los pacientes como para el hospital.

Contacto: M. Mercè Canet Ponsa - mcanet@vhebron.net

P-347 REFLEXIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DEL MENOR MADURO PARA SOLICITAR LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Autores: Rodríguez-Martínez P, Andréu-Martínez B, Fernández-Campos JA, Cárcar-Benito J, Cánovas-Inglés A.

OBJETIVOS
Analizar la compatibilidad de las normativas autonómicas en materia de segunda opinión médica con respecto a la regulación del consentimiento informado (por representación) en la Ley 41/2002.

MÉTODOS
Emplazamiento: Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Departamento de Derecho Civil. Facultad de Derecho. Universidad de Murcia. Se estudiaron las leyes 41/2002 y 16/2003, así como los Decretos y Órdenes autonómicas que regulan la segunda opinión médica de las comunidades autónomas de Andalucía, Extremadura, Castilla-La Mancha, Valencia y Murcia. También se revisaron los procesos clínicos en los que se puede solicitar este derecho.

RESULTADOS
Determinadas normas autonómicas establecen que los mayores de 16 años o emancipados pueden solicitar por sí mismos la segunda opinión médica. Otros reglamentos no dicen nada expresamente y remiten a las normas generales. Los procesos clínicos en los que mayoritariamente se garantiza el derecho a solicitarla solo incluyen enfermedades graves o invalidantes, en todas las normativas autonómicas examinadas.

CONCLUSIONES
La Ley 41/2002 establece en 16 años la mayoría de edad para las actuaciones sanitarias genéricas. No obstante, existen notables excepciones a este régimen (cuando se trata de actuaciones de gran trascendencia o que comportan grave riesgo). Dispone asimismo que, en caso de actuación de gran trascendencia o grave riesgo, es necesario informar a los padres, y que su opinión será tenida en cuenta en la toma de decisiones. En la medida que la segunda opinión médica puede implicar una actuación de gran trascendencia o de grave riesgo, todas las normativas sanitarias autonómicas deberían contener la correspondiente salvedad, haciendo partícipes a los padres en la toma de decisiones.

Contacto: M. Paz Rodríguez Martínez - mpaz.rodriguez@carm.es

P-348 SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO. DOS AÑOS A EXAMEN

Autores: Oto-Terrer JM, Fraile-Castelao R, Revilla-Ramos F, Miranda-García M, Del Caño-Jiménez G, Gómez-Palmero A.

OBJETIVO
Determinar el grado de satisfacción de los usuarios con diversos aspectos del servicio de transporte sanitario programado en Castilla y León. Conocer la opinión del usuario en relación con un servicio que, aunque forma parte de diversos procesos sanitarios, habitualmente no es incluido en estudios de evaluación de la satisfacción. Identificar las principales áreas de mejora del servicio señalado.

MÉTODO
Estudio descriptivo transversal. Aplicación de dos encuestas de satisfacción por medio de entrevista telefónica asistida por ordenador a usuarios del servicio de transporte sanitario del mes inmediatamente anterior, con cuestionario de elaboración propia (incluye aspectos de acceso al servicio, valoración de los cambios de horario y ruta, satisfacción con el equipamiento, comodidad de la ambulancia, forma y velocidad de conducción o valoración de los tiempos de espera y ruta), realizadas en los años 2005 (1.410 encuestas) y 2006 (1.513 encuestas). Se realiza un muestreo aleatorio estratificado (tamaño del municipio de residencia, área de salud y características sociodemográficas). La distribución de la muestra ha sido diseñada con un nivel de confianza del 95%, máxima dispersión p = q = 0,5, y con un error de muestreo de2,7% en la primera oleada y del 1,88% en la segunda. La explotación de la información se lleva a cabo por procedimientos descriptivos univariantes y bivariantes y procedimientos inferenciales (test de la chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95,5%).

RESULTADOS
De manera general, los usuarios conceden una buena valoración al servicio de transporte sanitario programado, si bien existen diferencias estadísticamente significativas entre provincias. 4 de cada 10 usuarios (45,5%) señalan haber recorrido más de 60 km. entre ida y vuelta. A pesar de ello, casi 7 de cada 10 encuestados (66,8%) se manifiesta satisfecho con el tiempo total empleado. Más de 8 de cada 10 usuarios se declara satisfecho con los aspectos de trato, forma de conducción o comodidad de la ambulancia. En el análisis individualizado por área de salud se han podido identificar importantes oportunidades de mejora.

CONCLUSIONES
La encuesta diseñada ha resultado ser una herramienta útil para obtener información directa de la percepción del usuario con respecto al servicio de transporte sanitario programado. La satisfacción es diferente según el sitio donde se ha realizado el servicio, lo cual ha permitido la identificación de importantes oportunidades de mejora a nivel provincial.

Contacto: José Manuel Oto Terrer - ototerjo@jcyl.es

P-349 PLAN DE ACOGIDA E INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y USUARIOS DEL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS (ACU) DEL HUCA

Autores: Blanco González JA, Fernández Fernández B, Peña Peláez A, Alonso Calo L, Franco Vidal A, Álvarez García AJ.

OBJETIVOS
Situar el ACU orientada al ciudadano. Cumplimiento de disposiciones legales acerca de derechos y deberes en la relación entre ciudadanos y ACU. Regulación normativa de los procesos de relación con pacientes y acompañantes. Regulación del derecho al acompañamiento. Oferta y garantía de cumplimiento de derechos y obligaciones. Conocer la opinión de los profesionales.

MÉTODOS
Creación de un grupo de trabajo pluriestamental para el desarrollo del plan. Elaboración, edición y difusión de un documento con las disposiciones legales que regulan derechos y deberes, autonomía del paciente, información y documentación. Implantación de una normativa de información y relación. (Información: "quién, dónde, cuándo, qué y cómo"). Regulación por normativa del acompañamiento de pacientes (permanente, preferente o no necesario). Visitas guiadas por personal del servicio de atención al usuario (SAU) en función de la edad, discapacidad, gravedad y espacio. Difusión y discusión de estos aspectos con todo el personal del área. Elaboración, edición y difusión de una guía de información del funcionamiento general del área y de un documento de identificación para los acompañantes. Implantación de un punto de información permanente del SAU en la sala de espera de acompañantes. Formación y educación del personal del área. (comunicación, imagen). Entrevistas y evaluación bimensual por el grupo de trabajo e introducción de mejoras.

RESULTADOS
Implantación de la cultura de la información en todo el personal del área. Punto de información y ayuda permanente, accesible 24 horas, para acompañantes en funcionamiento. El personal considera la información como "rentable" por la ausencia de presión de acompañantes en la zona de acceso y por la menor presión de acompañantes dentro de la unidad. El personal del SAU relata una notable disminución de la conflictividad relacionada con la falta de información de los tiempos de espera. Disminución de la circulación errática de acompañantes en el interior. El 40% de las visitas son guiadas por el SAU.

CONCLUSIÓN
La sistematización de la información, incluyendo tiempos pactados, está acabando con la cultura del acompañante "cautivo" y la información al usuario del tipo "ya le avisarán". La regulación de la comunicación, visita y acompañamiento a pacientes ha mejorado los flujos de personas en el interior, favoreciendo la privacidad y los tiempos de asistencia. El plan ha supuesto una mejora de calidad en aspectos de relación, claramente percibida por los profesionales.

Contacto: Antonio Álvarez García - antonio.alvarez@sespa.princast.es

P-350 LA ASISTENCIA DEL PADRE EN EL PARTO COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A LA MUJER

Autores: Galdo-Castiñeiras L, Contreras-Gil J, Martos-García L, Hellín-Monasterio J.

INTRODUCCIÓN
El miedo al dolor, la situación de estrés que el medio hospitalario causa en las mujeres parturientas y la situación de vulnerabilidad física y psíquica hacen tener dificultades para expresar los deseos y necesidades de estas mujeres. El acompañamiento de su pareja cubre la necesidad de comunicación, proporciona tranquilidad para facilitar el parto y da capacidad de decisión a las mujeres.

OBJETIVOS
1) Disminuir el temor y ansiedad que genera el parto en la mujer, facilitando el acompañamiento a su pareja en el proceso de dilatación y parto. 2) Elevar la calidad asistencial en las salas de parto. 3) Incrementar el grado de satisfacción del padre que ha participado y ha acompañado a su mujer en el nacimiento de su hijo. 4) Detectar mediante sugerencias realizadas por los padres acciones que mejoren la calidad asistencial en las mujeres de parto. 5) Mejorar los flujos de comunicación entre paciente-matrona y familiares-matrona.

METODOLOGÍA
Estudio descriptivo observacional transversal. Pasamos una encuesta que valora el grado de satisfacción a los padres que han acompañado a su mujer en el nacimiento de su hijo. Se deja un apartado de la encuesta abierto para recoger las sugerencias realizadas por los padres. Un apartado de esta medirá los actuales flujos de comunicación citados anteriormente para detectar los puntos débiles y establecer propuestas de mejora.

RESULTADO
Los resultados obtenidos en la encuesta ponen de manifiesto un alto grado de satisfacción percibido por los padres que han asistido al nacimiento de sus hijos. Las parturientas que han compartido con su pareja el proceso de dilatación y parto se muestran más relajadas y satisfechas. Se detecta un flujo de comunicación insuficiente entre familiares y matrona. Recogemos diversas sugerencias de los padres, entre las que destacan la necesidad de mayor y más específica información sobre el estado en que se encuentra su mujer.

CONCLUSIÓN
Mediante el acompañamiento del padre en el proceso de dilatación y parto se pretende ofrecer instrumentos para mejorar la gestión de la salud de la madre y con ello su calidad de vida. Este clima favorece la expresión de los sentimientos y emociones de los padres y madres, facilitando el establecimiento del primer vínculo con el recién nacido. La satisfacción como profesionales de la salud por poder desarrollar la función que creemos más importante y gratificante para nosotras en las salas de parto, que es contribuir a un feliz nacimiento del bebé así como la promoción de la salud.

Contacto: Galdo Castiñeiras Lina - linagaldo@hotmail.com

P-351 AUDITORÍA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Autores: Cerdà I, Artigas M, Aguado H, Agustí E.

INTRODUCCIÓN
Durante el año 2006 se ha realizado desde los servicios centrales una auditoría a los proveedores de servicios a nivel de las unidades/centros (UP) y a las entidades/organizaciones en las diferentes líneas de atención, como primaria (AP), salud mental (ASM), hospitalaria (AH) y sociosanitaria (ASS). Los resultados de esta evaluación han de facilitar información suficiente para identificar las actuaciones necesarias que permitan incorporar la sistemática de trabajo de la mejora continua centrada sobre las necesidades de los ciudadanos.

OBJETIVO
Uno de los objetivos que se plantearon en el momento de diseñar el proyecto es identificar los modelos de organización que tienen las unidades de atención al ciudadano de las UP.

METODOLOGÍA
La auditoría de los centros se realizó siguiendo una aleatorización para obtener una muestra mediante un muestreo estratificado proporcional, que permite tener una confianza del 95%, p = q = 0,5, y un error muestral de +/-3%. Se elaboró un cuestionario autoadministrado que permite al mismo tiempo ser utilizado por un evaluador externo. Dispone de 17 preguntas. El trabajo de campo se realizó durante el mes de octubre y noviembre de 2006.

RESULTADOS
Los principales resultados obtenidos son: En el 62,4% de las UP existe servicio de atención al ciudadano (SAC). En el 58,2%, el organigrama de las UP esta escrito. En el 38,2%, el responsable del SAC de las UP se dedica a tiempo completo a tareas de atención al ciudadano.

CONCLUSIONES
No existe un concepto claro en el modelo de las unidades de atención al ciudadano; este hecho es más manifiesto en las líneas de AP y ASM, aunque en otros centros los modelos de organización están potenciando esta ambigüedad (AH, ASS). En general, tanto en los centros como en las organizaciones, no hemos identificado la incorporación de los responsables en los órganos de decisión. Observamos que se está incorporando el concepto de gestión de conflictos en las SAC.

Contacto: Ismael Cerdà Calafat - icerda@catsalut.net

P-352 INCREMENTO DE PARTOS EN MUJERES EXTRANJERAS: MEDIDAS PARA MEJORAR INFORMACIÓN SOBRE INSCRIPCIÓN DEL RN EN EL REGISTRO CIVIL

Autores: Peñalver-Celdrán V, Sandoval-Sabater F, Hernández-Ródenas J, García-Sánchez MJ, Visedo-López JA, Alcaraz-Quiñonero M.

INTRODUCCIÓN
El censo de la región es de 1.331.500, y los inmigrantes han aumentado en 2005 en un 24,15%. Los latinoamericanos superan a los africanos, y el número de hombres y mujeres inmigrantes se está equiparando, con gran aumentado de partos de extranjeras, por lo que Admisión debe adoptar un nuevo circuito para mejorar la información sobre la inscripción en el Registro Civil de los neonatos y su solicitud de asistencia sanitaria.

OBJETIVO
Crear un nuevo circuito adoptando medidas para mejorar la información a extranjeros para la inscripción en el Registro Civil de sus hijos y solicitarles la asistencia sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO
El estudio comprende los partos de 2001 hasta 2006. Se diferencian por lugar de nacimiento de la madre. Admisión solicita la traducción del documento informativo para la inscripción en el Registro del neonato y solicitud de asistencia sanitaria (tarjeta sanitaria individual) al: inglés, francés, alemán, italiano, árabe, ruso, rumano y chino. Se establece un nuevo circuito de realización diaria de certificados acreditando que no se ha promovido inscripción de los neonatos, imprescindible para inscribirlos en el Registro Civil. Admisión todos los días, mañana y tarde, y entrega de dicha documentación a todas las madres durante su ingreso.

RESULTADOS
Aumento de partos de extranjeras en la Región de Murcia: un 10,4% en 2001 y un 21,7% en 2006. Se implanta un modelo informativo, traducido a ocho idiomas, para la inscripción del neonato en el Registro Civil y solicitud de asistencia sanitaria. A los dos meses del nuevo circuito, el 100% de los padres abandonan el hospital con toda la documentación; antes el 20% de ellos debían volver a recogerla (los nacidos en fin de semana).

CONCLUSIONES
La población inmigrante utiliza los servicios sanitarios de manera diferente a la nacida en España, concentrándose en obstetricia y urgencias (en todas sus especialidades), lo que motiva que Admisión deba planificar en función de la utilización de recursos sanitarios: La traducción a ocho idiomas de los documentos mencionados supone una mejora en la información a extranjeros para inscribir en el Registro a sus hijos y solicitarles la asistencia sanitaria. Establecer un nuevo circuito que permite al 100% de los padres disponer de la documentación antes de abandonar el hospital, evitando demoras y desplazamientos.

Contacto: Virtudes Peñalver Celdran - virtudes.penalver@carm.es

P-353 IMPORTANCIA DE UN FOLLETO EXPLICATIVO EN PACIENTES CON RESERVORIO ILEOANAL

Autores: Navarro-Ortiz MD, Ayala-Muñoz A, Hernández-Ferrandiz MC, Pellicer-Franco E.

INTRODUCCIÓN
Cuando por motivos específicos (colitis ulcerosa, poliposis familiar) se somete a un paciente a una doble intervención quirúrgica cuya meta final es el uso de un reservorio ileoanal, debe adaptarse a una nueva situación temporal en lo que se refiere a la alimentación y a los cuidados de la piel perianal.

OBJETIVO
Optimizar, mediante consejos en folleto explicativo, la calidad de vida posquirúrgica de un paciente con reservorio ileoanal.

MATERIAL Y MÉTODOS
Lugar: un hospital general universitario de 400 camas. Tipo de estudio: descriptivo. Período: año 2006. Contexto: a lo largo del año 2006, en el Hospital Morales Meseguer de Murcia tuvieron lugar siete intervenciones en las cuales se realizaron reservorios ileoanales. Se detectó, ya intrahospitalariamente y durante las primeras visitas, una falta de información sobre qué debían tomar y cómo podrían cuidar la piel perianal estos pacientes al aumentar el número de deposiciones al día.

RESULTADOS
En la unidad de cirugía se aunaron criterios junto con los coloproctólogos del servicio y se crearon unos folletos con recomendaciones al alta. En ellos se incluyeron recomendaciones dietéticas sobre qué debían tomar y qué no y también recomendaciones sobre el cuidado de la piel perianal.

CONCLUSIONES
Los pacientes con reservorio ileoanal tienen problemas de la piel perianal por las características de las heces y por defectos de la continencia, que les ocasionan dudas respecto a su alimentación y a sus cuidados. Creemos que la difusión de un folleto mejorará la calidad de estos pacientes.

Contacto: M. Dolores Navarro Ortiz - lola55e@hotmail.com

Mesa 23

SISTEMAS DE INFORMACIÓN 3

P-354 - P-369

P-354 FIABILIDAD DE UNA ENCUESTA TELEFÓNICA A USUARIOS DE CONSULTAS EXTERNAS. ¿LO QUE NOS DICEN ES LO QUE HA PASADO?

Autores: Moreno-Reina S, Navarro-Aguilera I, Mondejar-Ortega A, Menchón-Martínez P, Alcaraz-Martínez J.
Institución: Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO
Evaluar la fiabilidad de las respuestas obtenidas por encuesta telefónica a pacientes vistos en consultas externas del hospital.

MÉTODO
Se ha evaluado un cuestionario telefónico de solo siete preguntas para comprobar la fiabilidad de las respuestas dadas por los pacientes. Se ha comparado la información telefónica con los datos reales obtenidos por un observador en la consulta. El cuestionario está basado en el que se utiliza en el servicio vasco de salud. De estas siete cuestiones, la última es la opinión general sobre satisfacción de la atención, que no se ha evaluado, una es sobre los minutos de espera y las otras 5 son variables dicotómicas (sí/no). Se ha utilizado el índice de concordancia y el índice kappa.

RESULTADOS
De una muestra de 65 casos, se han rechazado 29 por falta de datos. Al preguntar por la hora a la que estaban citados, 4 casos discrepaban de la hora real de la cita (11,1%). A las preguntas de si le habían recetado un fármaco nuevo y si le habían hecho las recetas, la concordancia fue del 100%. Sobre si les habían dado un informe escrito, se obtuvo un índice de concordancia (IC) del 0,91% y un kappa de 0,6. Sobre si entraron a su hora, el IC fue de 0,916, pero en los tres casos el paciente consideró que sí entró a la hora, y el retraso fue de 5 minutos en dos de ellos y en el otro no coincidía la hora con la cita real. En cuanto a los minutos de espera, dando 5 minutos de error admisible, la concordancia es del 58,8%. En este caso, si se da un margen de 10 minutos y se eliminan los que no concuerdan, la hora de la cita real con la expresada sube al 80%.

CONCLUSIÓN
Se ha evidenciado una buena fiabilidad en todas las preguntas del cuestionario, salvo en minutos de espera.

Contacto: Julián Alcaraz Martínez - julian.alcaraz2@carm.es

P-355 CONTROL DE CALIDAD DE LAS VARIABLES ADMINISTRATIVAS DEL CMBD DE 2005 EN 11 HOSPITALES DE UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD

Autores: Aguirre U, Yetano J, López-Arbeloa G, Izarzugaza I, Aldasoro E, Ugarte M.

OBJETIVO
El conjunto mínimo de datos básicos (CMBD) es la base de datos clínico-administrativos hospitalarios más importante. Su explotación mediante el sistema de clasificación de pacientes de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) constituye un sistema de medición del producto hospitalario consolidado en España. El control de calidad del registro del CMBD se hace a nivel hospitalario de manera variable y a nivel del Departamento de Sanidad mediante filtros informáticos que detectan errores. Por otro lado, existen auditorías nacionales puntuales. A pesar de ello, no existen suficientes controles sistemáticos de la calidad del registro del CMBD que garanticen su fiabilidad, lo que constituye un punto débil del sistema. El registro de datos administrativos del CMDB, como el sexo, las fechas (de nacimiento, ingreso, intervención y alta), el servicio y el médico responsable o las circunstancias del ingreso o del alta (donde se detalla si el paciente fue dado de alta vivo o falleció estando ingresado), son clave para obtener indicadores tan relevantes como la estancia media, la estancia media preoperatoria o la mortalidad hospitalaria. El objetivo de este trabajo es medir la calidad del registro de las variables administrativas del conjunto mínimo de datos básicos en los hospitales de agudos de un servicio regional de salud en 2005.

MÉTODOS
Estudio descriptivo de carácter retrospectivo llevado a cabo mediante la revisión de las historias clínicas. Para el cálculo del tamaño muestral para el estudio del CMDB, se han tenido en cuenta 11 centros hospitalarios. Con una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño de la muestra a estudio lo conforman 768 episodios. Los datos se analizaron con el test chi cuadrado para medir la variabilidad hospitalaria, al igual que el coeficiente kappa estableció el grado de acuerdo entre las historias clínicas y el CMBD. Los cálculos fueron realizados con el programa SAS System 9.1 asumiendo significación estadística cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS
Se revisaron todas las variables administrativas. En las variables de circunstancia de ingreso y al alta y médico responsable, se observó variabilidad hospitalaria significativa.

CONCLUSIONES
El porcentaje de concordancia de las variables del CMBD es elevado, y es en la mayoría de ellas superior al 90%, mientras que en la variable "médico responsable" se obtuvo un 75%. La modalidad de fallecimiento mostró un kappa de 1, lo que indica que es un dato fiable.

Contacto: Urko Aguirre Larracoechea - urko.aguirrelarracoechea@osakidetza.net

P-356 EFECTIVIDAD DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN MULTICÉNTRICO EN LÍNEA PARA EL CONTROL DE LA GESTIÓN ASISTENCIAL

Autores: Delgado-Vila RM, Obis-Gibert A, Llobet-Barbany JM, Ribó-Bonet C, Ayra-Pascual JM, Orce-Satrústegui I.

OBJETIVO
Comprobar la efectividad del sistema de información en línea sobre la actividad asistencial para el pago por acto de honorarios y la gestión clínica.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio prospectivo y descriptivo. Desde 1998 hay más de 5.000 terminales TPV o PC con lector de tarjeta en consultorios y hospitales, y tarjetas con chip de identificación personal para los afiliados. En cada visita, se registra el acto realizado, y el centro autorizador valida, contesta en línea y remite los datos a la base de datos de la entidad. Otros elementos del sistema: el *ticket* moderador, el control del acto registrado por el paciente, la supervisión de la firma del comprobante y el nomenclátor codificado de actos médicos en el que se especifica el procedimiento, precio y variables de control de utilización. Como resultado, la entidad dispone de datos sobre la actividad de atención primaria y especializada, actividad ambulatoria y hospitalización, visitas, intervenciones quirúrgicas, exploraciones y exámenes de laboratorio y sobre dónde, cuándo y quién los realiza y la duración y motivo de los ingresos. Los datos se tratan con un sistema de *business inteligence* que permite relacionar ágilmente las variables. Se envia información anual a los médicos con indicadores sobre su actividad y patrón de utilización.

RESULTADOS
Implantación rápida: en 3 meses, más del 80% de la actividad se registraba informáticamente. Base de datos 1998-2007 con 26 millones de transacciones y 72 millones de registros. Registro electrónico: 88,8-91,3%. Incidencias: un 5% pendientes de instalar, en un 1,4% no se entrega comprobante, el 0,3% tiene firma discordante y la media mensual de reclamaciones sobre el pago es de 72-173.

CONCLUSIONES
La mayor resistencia de los profesionales se relacionó con el coste telefónico y el control de las firmas de los pacientes. El sistema es competente para gestionar el pago de honorarios profesionales y permite analizar la utilización de recursos, quién prescribe, quién realiza, la intensidad por proceso asistencial, profesional o grupo de pacientes y estudiar variaciones de práctica. El programa de análisis proporciona información para el control de gestión y la toma de decisiones y facilita la introducción de elementos de gestión clínica en el diálogo entre la compañía y los médicos. El futuro pasará por la incorporación de datos sobre el motivo de consulta ambulatoria y elementos de historia clínica electrónica en los terminales que permitan mejorar la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes.

Contacto: Rosa Maria Delgado Vila - delgado@asc.es

P-357 MANUAL BÁSICO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS GENERALES

Autores: López E, García M, Santander R, Llamazares R, Latorre M, Llamas A.

INTRODUCCIÓN
Cuando el nuevo personal administrativo se incorpora al hospital, desconoce los programas informáticos específicos del mismo y precisa un método de ayuda para poder desarrollar su trabajo.

OBJETIVOS
Elaborar un método de ayuda al personal de nueva incorporación que les permita realizar de manera autónoma las actividades asignadas al puesto de trabajo, con acceso desde cualquier puesto de hospitalización y servicios de apoyo clínico.

MÉTODOS
1) Se crea un grupo de trabajo. 2) Se identifican las aplicaciones de uso más frecuente. 3) Se recogen las dudas, los problemas más habituales de las aplicaciones informáticas identificadas y la información existente en los diferentes puestos. 4) Se elabora el manual en formato de página web. 5) Se realiza encuesta de utilidad a los usuarios.

RESULTADOS
1) El manual de ayuda elaborado contiene las aplicaciones más habituales, que son: elaboración de informes, gestión de consultas, gestión de pruebas complementarias, gestión de ingresos, búsqueda de historias clínicas, justificantes para empresas, gestión de quirófanos. 2) Se introducen las imágenes y el texto explicativo de los pasos a seguir en cada una de las aplicaciones y se crea un acceso directo desde cada ordenador. 3) La valoración global de la utilidad es positiva. 4) El sistema elaborado permite acceder desde cualquier puesto de trabajo de hospitalización o servicios generales.

CONCLUSIONES
1) La mayoría de las personas encuestadas respondieron que accedían ocasionalmente a la aplicación informática. 2) La mayoría respondieron que la información contenida era bastante o muy comprensible. 3) La mayoría respondieron que la información era suficiente para solucionar los problemas que se le planteaban. 4) Esta herramienta es percibida como de gran utilidad por las auxiliares administrativas de nueva incorporación.

Contacto: Elena López - secretaria2.admon@hcru.osakidetza.net

P-358 ¿ESTÁ CLARO QUIÉN ES EL MÉDICO RESPONSABLE DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO?

Autores: Yetano J, Chueca A, Aguirre U, Gallego I, Guajardo J, López-Arbeloa G.

OBJETIVO
La calidad de la asistencia que recibe un paciente hospitalizado aumenta si está claro quién es el responsable del mismo. En los hospitales públicos está clara la adscripción de un paciente ingresado a un servicio médico, pero la responsabilidad no siempre está personalizada en un médico, con lo que la calidad y la seguridad del paciente se resienten. El objetivo de este trabajo es medir el grado de identificación del médico responsable de los pacientes hospitalizados de un hospital público mediante encuestas al paciente y a la enfermera y su comparación con el médico responsable del informe de alta y el del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

MÉTODOS
Se trata de un estudio transversal prospectivo realizado en 2007 sobre las altas de los 5 servicios médicos con mayor número de altas de un hospital general público de 300 camas. Se calculó el tamaño de la muestra a partir del número de altas de 2006 con una precisión del 3% y un 90% de nivel de confianza. La dirección médica de hospital informó del estudio a los jefes de los servicios médicos afectados y a las supervisoras de las unidades de hospitalización. En una primera fase, una enfermera de la unidad de calidad realizó las encuestas a los pacientes que se iban de alta ese día y a su enfermera preguntándoles por separado el nombre del médico responsable. Posteriormente, los resultados se compararon con el nombre del médico firmante en el informe de alta y con el del que figuraba en el conjunto mínimo básico de datos. Las encuestas se realizaron en junio de 2007 y se tomó como patrón de comparación de médico responsable el que figuraba en el informe de alta.

RESULTADOS
Tomando como referencia las 10.410 altas de 2006 de los 5 servicios, se obtuvo la siguiente muestra de altas a medir: Traumatología 55, Cirugía General 46, Cardiología 43, Neumología 39 y Digestivo 32. La coincidencia del médico responsable entre el informe de alta y el CMBD fue del 87,5%. Se presenta el grado de coincidencia del médico responsable entre lo aportado en las encuestas al paciente y enfermera y lo obtenido consultando el informe de alta y el CMBD.

CONCLUSIONES
1) Existe variabilidad en la identificación del médico responsable por parte de paciente y enfermera según los diferentes servicios. 2) Hay una coincidencia importante entre el médico responsable del informe de alta y el que figura en el CMBD. 3) La identificación del médico responsable en nuestro hospital es un área de mejora que debe ser afrontada por los profesionales.

Contacto: Javier Yetano Laguna - javier.yetanolaguna@osakidetza.net

P-359 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES EN LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Autores: Cañuelo-Merino T, Ortega-Jiménez F, Vera Espartero JM.

OBJETIVO
Describir la evolución de la implementación de la visualización de imágenes en los servicios de imagen para el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS
Equipamiento clínico de los Servicios de Diagnóstico por la Imagen, Sistema YKONOS, compuesto por: sistema de adquisición y comunicación de imágenes PACS (Raim) sistema de información de radiología (Dulcingest RIS). Se describen las actuaciones del servicio de infórmatica, el técnico de redes de las casas comerciales y el responsable de calidad para la configuración de las conexiones informáticas y procedimientos para la visualización de las imágenes digitales. Se describe la formación de personal en los diferentes programas informáticos de acuerdo con el perfil de usuario, así como el procedimiento de incorporación del nuevo trabajador. En cada etapa se especifica un indicador para evaluar la eficacia del procedimiento: recepción del paciente, asignación de imágenes e informes. Indicadores: duplicación de historias, mal asignación de prueba y CIP; en operador: imágenes no enviadas a PAC y errores de operador, imágenes perdidas, etc. Actuaciones en caso de incidencias: cuando no hay imagen asignada, comunica al responsable de calidad que son imágenes perdidas en PAC, y se asignan, lo que se evita con un circuito de mantenimiento correctivo ante las incidencias. Se realiza un seguimiento y análisis con indicadores y reclamaciones para proponer acciones de mejora. Realizaremos una retrospectiva con respecto a la situación anterior a la digitalización.

RESULTADOS
Disminución de dosis al paciente, pues todas la imágenes están en historia digital, y el personal está formado para el manejo de visualizadores. Aumento de la calidad asistencial por reducir los tiempos de espera diagnóstica, consulta y tratamiento. No impresión de placas, que supone una disminución de coste de un 90%.

CONCLUSIONES
Se realiza un circuito que aumenta la calidad asistencial en los servicios, se lleva a cabo un seguimiento y actualmente nos queda como acción de mejora la interconexión de la base de datos de primaria con la base de datos de HGCR.

Contacto: Trinidad Cañuelo Merino - trinidad@sescam.jccm.es

P-360 CONTROL DE CALIDAD EN LOS REGISTROS DE HOSPITALIZACIÓN. FASE II

Autores: Puerta-Jiménez JM, Pellicer-Orenes F, Manzanera-Saura JT, Albaladejo-Barrancos A, Martínez-Martínez P, Buendía-Clemente C.

INTRODUCCIÓN
Para la mejora continua de la eficiencia en los hospitales, es necesario contar con un buen sistema de información. Para esto es básico que todos los registros que se realicen en el sistema de gestión de pacientes se hagan de una forma idónea y no varíen con el paso del tiempo debido a posibles errores de mecanización o informáticos.

OBJETIVO
Este trabajo analiza las posibles variaciones y en qué medida se dan a través del tiempo en los registros del área de hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en el año 2004.

METODOLOGIA
Se ha tomado como referencia del trabajo el listado adm900s (cuaderno de mando por servicios) del sistema de gestión de pacientes. Este listado se genera mensualmente y se utiliza como fuente de información de hospitalización para los servicios y para todo el hospital globalmente. Se han comparado las cantidades de los listados generados originalmente con las cantidades de los mismos listados generados en fechas posteriores. En una primera fase, el tiempo transcurrido entre la generación de los listados oscila entre 351 días para enero de 2004 y 59 días para diciembre de 2004. Una vez comprobados los datos se introdujeron las correcciones necesarias. Transcurridos dos años desde el primer estudio, se procedió a un segundo análisis.

RESULTADOS
Las diferencias encontradas son las siguientes: Primera fase: ingresos totales 1 (0,0027%), ingresos programados 0 (0,000 %), ingresos urgentes 1 (0,0034%), altas totales 5 (0,014%), altas a domicilio 27 (0,078%), traslados a otros hospitales 32 (3,682%), altas voluntarias 0 (0,000%), exitus 0 (0,000%), estancias 522 (0,191%). Segunda fase: ingresos totales 1 (0,0027%), ingresos programados 0 (0,000 %). Ingresos urgentes 1 (0,0034%), altas totales 0 (0,000%), altas a domicilio 1 (0,003%), traslados a otros hospitales 0 (0,000%), altas voluntarias 0 (0,000%), exitus 1 (0,083%), estancias 0 (0,000%).

CONCLUSIONES
En ambas fases, los resultados muestran una variación muy pequeña entre los listados, si bien el número de incidencias es mayor en la fase 1 (16) que en la 2 (3). Estas son debidas a errores iniciales en el registro del paciente y a la rectificación posterior. Se puede concluir que la consistencia de los registros a través del tiempo es buena.

Contacto: José Manuel Puerta Jiménez - josem.puerta@carm.es

P-361 PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Autores: Garreta M, Hernández E, Pineda I, Claret M, Brunat E, Iniesta C.
Institución: Hospital del Mar. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria. Barcelona.

INTRODUCCIÓN
En el hospital de agudos existen diferentes equipos de soporte con la finalidad de gestionar los recursos y garantizar la continuidad asistencial a los pacientes dados de alta. Cada uno de estos equipos gestiona recursos diferentes y atiende a pacientes con perfiles y criterios distintos.

OBJETIVOS
Dar a conocer a los profesionales asistenciales del hospital los diferentes equipos, los recursos de los que disponen y los diferentes perfiles de pacientes tributarios.

MATERIAL Y METODO
Elaboración de un póster en el que se detallan los equipos de soporte, la persona referente de cada uno y la manera de contactar con ella, así como el perfil de paciente tributario.

CONCLUSIONES
Con la información a los profesionales, se evitará la duplicidad de intervenciones por parte de los equipos. Conociendo los diferentes equipos y recursos, las solicitudes se ajustarán a las necesidades del paciente. El paciente será derivado al recurso más adecuado, garantizando la continuidad asistencial.

Contacto: Marisa Garreta Burrel - mgarreta@imas.imim.es

P-362 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES EN LOS SERVICIOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

Autores: Cañuelo T,Vera JM, Ortega F.
Institución: Hospital General de Ciudad-Real.

OBJETIVO
Describir la evolución de la implementación de la visualización de imágenes en los servicios de imagen para el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS
Equipamiento clínico de los servicios de diagnóstico por la imagen. PACS: Ikonos. HIS: Mambrino. Gestión de imágenes: Dulcingest. Se describen las actuaciones del Servicio de Informática, del técnico de redes de las casas comerciales y responsable de calidad para la configuración de las conexiones informáticas y procedimientos para la visualización de las imágenes digitales. Se describe la formación de personal en los diferentes programas informáticos de acorde con el perfil de usuario, así como el procedimiento de incorporación del nuevo trabajador. En cada etapa se especifica un indicador para evaluar la eficacia del procedimiento: recepción del paciente, asignación de imágenes, informes. Indicadores: duplicación de historias, mal asignación de pruebas y CIP, en operador: imágenes no enviadas a PACS y errores de operador, imágenes perdidas,… Actuaciones en caso de incidencias: cuando no hay imagen asignada se comunica al responsable de calidad que son imágenes perdidas en PACS, se asignan, esto se evita con circuito de mantenimiento correctivo ante las incidencias. Se realiza un seguimiento y análisis con indicadores y reclamaciones para proponer acciones de mejora. Realizaremos una retrospectiva con respecto a situación anterior a la digitalización.

RESULTADOS
Disminución de dosis al paciente, pues todas las imágenes están en la historia digital, y el personal está formado para el manejo de visualizadores. Aumento de la calidad asistencial por reducir los tiempos de espera diagnóstica, de consulta y de tratamiento. No impresión de placas que supone una disminución de coste de un 90%.

CONCLUSIONES
Se realiza un circuito que aumenta la calidad asistencial en los servicios y se realiza un seguimiento, actualmente nos queda como acción de mejora la interconexión de la base de datos de primaria con la base de datos del HGCR.

PALABRAS CLAVES
HIS, Imagen digital, PACS

Contacto: Trinidad Cañuelo Merino - trinidadc@sescam.jccm.es

P-363 ÍNDICE DE SUSTITUCION EN CIRUGÍA GENERAL. EVOLUCIÓN ANUAL COMO CRITERIO DE EFICIENCIA

Autores: Flores B, Soria V, Campillo A, Miquel J, Andrés B, Aguayo JL.

INTRODUCCIÓN
En el año 1997 se introduce como indicador de monitorización del desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) el índice de sustitución (IS), definido como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas para cada procedimiento.

OBJETIVO
Análisis de la evolución anual de los índices de sustitución (IS) en CMA de los procesos más frecuentes en Cirugía General de un hospital de área.

PACIENTES Y MÉTODO
A lo largo del período que va de enero de 1995 a diciembre de 2005, se ha estudiado la actividad en CMA de un Servicio de Cirugía General de un centro de área que cuenta con un Hospital de Día Quirúrgico de tipo integrado. El servicio atiende a una población de más de 250.000 habitantes y practica todas las intervenciones quirúrgicas de la especialidad que se realizan en el área. Los criterios de exclusión del programa CMA se dividieron en: 1) Dependientes del paciente (no aceptación, riesgo elevado, enfermedad de base descompensada, edades extremas); 2) Dependientes del entorno (dificultad de acceso al hospital, vivienda no acondicionada, no disponibilidad de familiar responsable); 3) Complicaciones durante la intervención. Se han calculado el número de pacientes intervenidos por las principales patologías susceptibles de ser tratadas en régimen ambulatorio, el porcentaje de ambulatorización u el IS de los procesos principales.

RESULTADOS
Se intervinieron de forma programada 11.325 pacientes, de los que 6.385 (56.4%) lo fueron de forma ambulatoria. La edad media de los pacientes fue de 48 años (r: 17-88) y la distribución por sexos, 2.993 hombres y 3.392 mujeres. Los procesos incluidos en el estudio fueron: GRD 162 (hernia inguinocrural), 1.703 pacientes; 267 (sinus pilonidal), 1.085 pacientes; 158 (patología proctológica), 1.187 pacientes; 119 (varices), 751 pacientes; 262 (biopsia y nódulo mamario), 747 pacientes, y 160 (otras hernias), 616 pacientes. Observamos una evolución ascendente de los índices de sustitución anuales hasta cifras del 65-97% en 2005.

CONCLUSIÓN
El IS como medida del impacto de la CMA en nuestro servicio ha presentado un incremento anual para la mayor parte de los procesos hasta equipararse con los estándares establecidos actualmente.

Contacto: Benito Flores Pastor - be240762@terra.es

P-364 SISTEMA DE RECORDATORIO TELEFÓNICO PARA CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS: IMPACTO SOBRE LAS VISITAS FALLIDAS

Autores: Rius MA, Tomàs RM, Chico R, Besora JA, Gené A.

OBJETIVO
En los últimos 5 años, la demanda de primeras visitas (PV) ha experimentado un incremento del 27%, y las visitas fallidas (VF) también han aumentado, hasta el 14%. La dirección del centro, después de analizar el perfil del paciente que causa VF y definir un modelo predictivo (MP) de VF, ha implementado la siguiente VF y en la LE tras la aplicación del SLT recordatorio de PV.

MATERIAL Y MÉTODOS
BBDD 2007 de CCEE, abril y mayo: preimplementación (3.106 PV) *vs.* implementación (4.033 PV). SLT basado en el MP (alta probabilidad de VF), implantado a partir del 1/5/2007. Análisis del SLT: PV contactadas y no contactadas; confirmación de las contactadas. Evaluación de probabilidades del MP de VF *vs.* confirmación (sí/no). Cálculo de PV, VF, primeras visitas reprogramadas (PVR). Porcentaje de VF en caso de confirmación: aciertos y falsos positivos. Impacto y rentabilidad SLT: visitas recuperadas (absolutas y por 100 llamadas). Efecto en la LE a 1/6/2007.

RESULTADOS
Resultados iniciales, que se actualizaran en la presentación. Promedio de PV por día hábil de 183 en abril y 186 en mayo (+1,7%). Porcentaje de VF de 12,7% en abril y 7,9% en mayo ($p < 0,001$). El 7,9% de VF es también inferior al 13,9% esperado para mayo ($p < 0,001$), según su perfil de pacientes. Se han realizado 2.248 llamadas a PV (55,7% PV del mes) con una respuesta del 89,5%, de las que un 94,4% confirma la PV (1900) y al resto (5,6%, 112 PV) se asigna PVR. De las 1.900 PV confirmadas, un 5,5% es VF. En las PV contactadas (de alta probabilidad), el porcentaje de VF es la mitad de las no contactadas (de baja probabilidad): 5,2% y 10,6%, respectivamente. Se han recuperado 238 PV.

CONCLUSIONES
En el primer mes de implantación del SLT, se evidencia una reducción importante del porcentaje de VF: 4,8 puntos respecto al mes anterior (12,7% *vs.* 7,9%), 6 puntos respecto al esperado (13,9% *vs.* 7,9%) según el perfil de los pacientes. En las PV contactadas, el porcentaje de VF es la mitad de las no contactadas. Pese a la confirmación, sigue existiendo VF. De cada 3 VF esperadas ahora 2 se visitan. Por cada 100 llamadas telefónicas se recuperan 10,6 visitas. Las PV que confirman su no asistencia sirven para otra PV ya en lista, lo que reduce la LE un 1,5% el primer mes de implantación.

Contacto: M. dels Àngels Rius Rafecas - marius@grupsagessa.cat

P-365 GRUPO DE MEJORA EN GESTIÓN DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS

Autores: Núñez J, Repáraz F, Rezusta L, Redondo AM, Elejalde JI.

OBJETIVOS
Principal: Mejorar la calidad en la gestión de las IC de un hospital de 502 camas. Secundarios: Analizar los circuitos de las IC; Auditar las IC realizadas en HCI.; Evaluar las informadas en HCI: número de sucesivas por primera; Definir el concepto de IC; Establecer modificaciones en los circuitos de las IC; Normalizar el sistema de registro en HCI; Diseñar un sistema de información de las IC integrado con el resto de la información del servicio.

MÉTODOS
Diseño de un proyecto de mejora basado en la metodología de la gestión de la calidad: Fase de análisis: se analizaron los circuitos actuales de la IC, el sistema de información y el registro actuales y se realizó una auditoría de las IC solicitadas a cada uno de los servicios que más IC reciben; en total, 9 servicios: Anestesia (333), Hematología (269), Medicina Interna (205), Psiquiatría (182), Rehabilitación (182), Urología (108), Cirugía (104), Cardiología (93), Traumatología (76). Estos 9 servicios solicitaron entre los meses de enero a marzo un total de 1.552 IC. Se analizaron 270 IC. Se consideraron IC incorrectas las que no tenían respuesta informatizada. Fase de diseño: grupo de trabajo formado por personas de los servicios clínicos implicados. Fase de implantación de las mejoras diseñadas. Fase de evaluación.

RESULTADOS
Los resultados de la auditoría permiten apreciar un cierto desorden en la cumplimentación de las IC, debida fundamentalmente a una falta de criterios en la propia definición de IC. De las 270 IC auditadas, 177 se consideraron contestadas correctamente en la HCI, de modo que se puede asumir que, de las 1.552 IC solicitadas a los 9 servicios auditados, serían "correctas" 981 (63,2%). El grupo de trabajo se reunió en 8 ocasiones. Se han elaborado documentos de base con las definiciones, circuitos y sistema de información. Los porcentajes de interconsultas sin responder en el periodo abril-mayo de 2006 frente al periodo abril-mayo del 2007, por servicio, fueron los siguientes: Ptorrinolaringología, 25% (IC 95%: 10,9-39,1) frente a 4,5% (0-10,6); Psiquiatría, 4,4% (IC 95%: 0,6-8,2) frente a 6% (IC 95%: 1,7-10,3); Rehabilitación, 45,9% (IC 95%: 37,4-54,4) frente a 10,4% (IC 95%: 4,8-16); Urología, 20% (IC 95%:11,2-28,8) frente a 16,5% (IC 95%: 8,3-24,7); Medicina Interna, 28,6% (IC 95%: 20,5-36,7) frente a 5,4% (IC 95%: 1,8-9); Hematología, 82,6% (IC 95%: 76,9-88,3) frente a 1,4% (IC 95%: 0-2,9).

CONCLUSIONES
Se ha observado una mejora en casi todos los servicios observados, especialmente en el servicio de Hematología.

Contacto: Federico Repáraz Abaitua - federico.reparaz.abaitua@cfnavarra.es

P-366 CÓMO LEVANTAR Y ANALIZAR SIMULTÁNEAMENTE PROCESOS Y SOPORTE DOCUMENTAL DE REDES ASISTENCIALES. MÉTODO PRÁCTICO

Autores: König SA, De Giorgis MJ, Cordero L, Giaveno L.

OBJETIVO
Se presenta una metodología para levantamiento y análisis de procesos y sistemas de información (soporte documental) de instituciones de salud que deben integrarse en la red asistencial. La misma busca identificar todas las áreas y estructuras que conforman de forma directa e indirecta los establecimientos (formal e informal), sus relaciones y las dependencias operacionales.

METODOLOGÍA
Se diseñó un método y herramientas específicas que permitieran interpretar adecuadamente a la organización desde distintas perspectivas: a) Estructura organizativa b) Estructura funcional y relaciones entre entidades, entendidas estas como toda parte de la organización que recibe en forma de entradas y genera salidas específicas propias de su ámbito de actuación. El levantamiento del soporte documental apuntó no solo a identificar los elementos informativos que participan e integran el sistema de información de los establecimientos, sino también a identificar a las entidades (estructuras sujetas a entradas, procesos y salidas) y elaborar un mapa de relaciones de las mismas que pueda ser validado por la organización.

RESULTADOS
En un plazo de 3 meses se logró realizar el análisis de estructuras, entidades y procesos de todas las unidades y áreas asistenciales y no asistenciales de 4 establecimientos asistenciales que integran una red asistencial. Se siguió un esquema de agregación Botton UP de la información recabada, incluyendo la identificación de relaciones de entrada y salidas comunes, la identificación de roles y funciones y puestos comunes, la agregación de entidades por estructuras jerárquicas y la identificación de las relaciones funcionales, y se elaboraron mapas de relaciones para los procesos asistenciales y no asistenciales. Esto incluyó mapas de relaciones jerárquicas y de cliente-proveedor y un detallado análisis de todo el soporte documental de las organizaciones, que sumó más de 928 áreas relevadas, 4.189 formularios identificados, 1.684 libros o cuadernos y 2.475 archivadores o carpetas identificadas.

CONCLUSIONES
Se diseñó un método de trabajo que, además de permitir el levantamiento simultáneo tanto de procesos como del soporte documental, fuerza y permite que cada una de las áreas y estructuras relevadas tomen conciencia e inicien acciones correctivas directas tanto de sus relaciones, su soporte documental y sus procesos. Se identificó y formalizó una redundancia superior al 35% del soporte documental e inconsistencias en los datos en los mismos.

Contacto: Sergio A. König - skoenig@citgs.net

P-367 SISTEMA INFORMÁTICO DE NOTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Cigüenza ML, Comas B, Pareja A, Canals G, Toran M, Palacín C.

INTRODUCCIÓN
Habitualmente, en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias desconocemos su situación epidemiológica. Por ello es necesaria la creación de sistemas de notificación de microorganismos multirresistentes (MOMR). El servicio de Epidemiologia (SE) creó una una aplicación informática para la detección y control de estos gérmenes. Ante un germen multirresistente, el SE o bien cualquier facultativo puede incluir en la base de datos a este paciente; así, cuando este paciente acude al servicio de urgencias, aparece una señal de alarma, con lo que la detección se realiza desde el instante en que el paciente da los datos en admisión de urgencias.

OBJETIVOS
Análisis de la notificación automática, detección y características de los microorganismos multirresistentes.

MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo con recogida de datos a partir de la información contenida en la base de datos. Los microorganismos detectados e incluidos en la aplicación fueron bacilos gramnegativos productores de betalactamasa de espectro ampliado, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, pseudomona multiresistente, *Clostridium dificcile* y enterococo resistente a vancomicina.

RESULTADOS
Desde el año 2003 se han detectado un total de 545 MOMR. Por microroganismos, los más frecuentes han sido bacilos gramnegativos productores de betalactamasa (BGN) y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA). En la distribución por años, en 2003, 2004, 2005 y 2006 se detectaron, respectivamente, 21, 42, 67 y 81 BGN. Por lo que se refiere a MRSA, la distribución fue de 51 en 2003, 69 en 2004, 70 en 2005 y 71 en 2006.

CONCLUSIONES
La informatización de los sistemas de notificación de MOMR es una herramienta ágil de monitorización y control, que ayuda a los facultativos a conocer la situación epidemiológica del paciente con el fin de aplicar desde su entrada al hospital las precauciones estándar y las precauciones de aislamiento. Todo ello evita que el personal sanitario se convierta en una vía de transmisión de agentes infecciosos.

Contacto: Bernardino Comas Díaz - bcomas@hsll.es

P-368 ¿CUÁNDO ME VOY A OPERAR DOCTOR?

Autores: Dios-del Valle R, Ariza-Hevia F, Martínez García I, Bernardo Rodríguez A, Saavedra Gamonal M, Fernández Santamarina AB.

OBJETIVO
Evaluar el proyecto de mejora de la información a los pacientes en lista de espera quirúrgica.

MÉTODOS
Descripción del proyecto de mejora: a los pacientes incluidos en lista de espera se les enviaba una carta al domicilio informándoles de la fecha probable de intervención en función de la demora existente. Se adjuntaba un teléfono de contacto para mayor información. Evaluación: estudio descriptivo transversal. Se estudian los pacientes incluidos en los servicios de Traumatología y Cirugía General desde octubre de 2003 a diciembre de 2004. Variables: fecha de entrada en lista, fecha de intervencion, servicio, sexo, cirugía ambulatoria/cirugía con ingreso, preferencia. Análisis estadístico: se describen las cuantitativas con media y desviación estándar y las cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Para estudiar la relación entre variables cualitativas, se realiza un chi cuadrado.

RESULTADOS
Se analizan 94 pacientes (60,6% varones). El 64,9% pertenecen a Cirugía General. El 51,1% corresponden a intervenciones ambulatorias. Un 10,6% eran intervenciones preferentes. A un 37,2% se les realizó la intervención antes de la fecha prevista. A un 25,5% se les realizó la intervención en la quincena prevista, y a un 13,8% en la semana prevista. En un 45,7% de los casos hubo más de un mes de diferencia entre la fecha prevista y la intervención. De los que presentaron mayor diferencia (> 45 días), el 42,1% fue porque se les intervino antes de la fecha prevista, mientras que en los pacientes con menores diferencias (< 30 días) sólo un 37,2% fue por hacerlo antes de la fecha prevista. No existen diferencias en funión del sexo, preferencia o tipo de cirugía. Existe una tendencia (p = 0,057) en función del servicio.

CONCLUSIONES
El grado de aproximación a la fecha real fue aceptable en la mayor parte de los casos, y debemos recordar que nos manejábamos con demoras medias de 150 días. Debemos mejorar la predicción con objeto de permitir que los pacientes puedan organizarse mejor. Observamos cómo la variable "servicio" es la que se relaciona en mayor grado con las diferencias existentes, influyendo la programación y las características del mismo en la variabilidad. Pensamos que esta información ayuda a ajustar las expectativas de la población reducciendo su insatisfacción.

Contacto: Ricardo de Dios del Valle - ricardo.dedios@sespa.princast.es

P-369 UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERNA. EL ESPACIO INTER-GERENCIAS

Autores: Noriega A, Alburquerque J, Robles M, Fernández S, Comitre J.

OBJETIVOS
Canalizar y ordenar la información generada desde las distintas gerencias mediante la implementación de un espacio con varias áreas de actuación, un espacio virtual alojado en VindioNet, la intranet 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 SCS.

MÉTODOS
Se canaliza la información generada desde los comités editoriales, constituidos al efecto, de cada una de las gerencias del área de salud a través del sistema de gestión, implementado en la intranet. La información queda registrada y clasificada de acuerdo con dos conceptos: uno por gerencia, accesible a través de un tablón virtual en el que cada panel corresponde a cada una de las gerencias, y otro por tema, accesible mediante un espacio web propio dentro de la intranet. Para facilitar la utilización de este espacio se implementan diferentes herramientas: un buscador, un depósito de documentación ordenado cronológicamente y una relación entre documentos mediante palabras clave. Semestralmente, se crea el dossier informativo inter-gerencias, denominado Vindio DII-G, como complemento a la vía en línea y en el cual se publican los aspectos más relevantes de cada gerencia.

RESULTADOS
Se habilita un espacio que recoge la información generada desde las diferentes gerencias del servicio de salud. Durante el periodo de los últimos 8 meses, incluido uno de prueba, podemos destacar los siguientes resultados: se han colocado un total de 142 noticias correspondientes a 10 áreas diferentes y procedentes de 8 gerencias, en las que destacan principalmente las referente a proyectos/iniciativas y congresos/jornadas, con 62 y 20 del total respectivamente, y como menos usadas las relativas a entrevistas y grupos de investigación, con 1 noticia cada uno. Por gerencia, destacan como los más generadores de información la gerencia del propio SCS y el Hospital U. Marqués de Valdecilla, con 43 y 24 noticias respectivamente, y las gerencias de atención primaria como las que menos, con 10 cada una. Se ha generado el primer dossier informativo.

CONCLUSIONES
Mediante el paulatino desarrollo del plan de comunicación interna del Servicio Cántabro de Salud iniciado 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

Mesa 24

VOZ DEL PACIENTE 3

P-370 - P-383

P-370 RECLAMACIONES EN EL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA-HOSPITAL DURAN I REYNALS. 1996-2006

Autores: Blasco A, Martos A, García-Rodríguez A.

OBJETIVOS
La unidad de atención al ciudadano del Institut Català d'Oncologia/Hospital Duran i Reynals ha diseñado desde su inicio el circuito administrativo de las reclamaciones según la instrucción del Departament de Salut y el Servei Català de la Salut, clasificando, codificando y dando repuesta personalizada a cada una de las reclamaciones escritas. Tras 10 años de funcionamiento se analiza la evolución del número de quejas presentadas y su influencia en la toma de decisiones en términos de mejora en la atención al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO
El Servei Català de la Salut, en su instrucción 03/96 (modificada en la instrucción 01/2001), define, clasifica y codifica las reclamaciones en los siguientes apartados: asistenciales, trato, información, organización y trámites, hostelería/habitabilidad/confort, documentación y otros. En 1999, consolidación de la unidad de atención al ciudadano: se facilita la presentación de quejas con la distribución de hojas de reclamaciones en las diferentes áreas asistenciales del ICO, así como de buzones específicos para depositarlas. En 2000 se extiende la presentación de quejas/reclamaciones a través de la página web de la institución. Esta unificación de criterios nos permite realizar una evaluación con multitud de datos.

RESULTADOS
En el periodo 1996-2006 se han presentado 1.583 reclamaciones, con la siguiente distribución por motivos: asistencial: 105; documentación: 375; hostelería/habitabilidad/confort: 286; información: 45; organización y trámites: 685; trato: 87. El tiempo medio de respuesta a las reclamaciones presentadas ha sido de 12,8 días/reclamación.

CONCLUSIONES
Dar facilidades para poder expresar una queja se valora como el motivo por el cual hubo un aumento del 100% de las quejas en el año 2000 con relación a 1999, y como punto de partida en los resultados posteriores. Un 43% de las quejas presentadas lo es por motivos de insatisfacción en organización y trámites. El área asistencial de la cual proviene más del 50% de las reclamaciones es Consultas Externas. La queja o reclamación se debe entender como una oportunidad de mejora de nuestras actuaciones, así como del servicio que ofrecemos.

Contacto: Anna Maria Blasco Pagès - a.blasco@iconcologia.net

P-371 ADAPTACIÓN A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE UN CAP: CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN A LA PERSONA INMIGRADA

Autores: Alegre-Bultó C, Mestres-Solà C, Chacón-Pérez E, Oliver-Robres F, Boqué-Cavallé M.

INTRODUCCIÓN
Como consecuencia del elevado porcentaje de pacientes inmigrantes que atiende nuestro centro de atención primaria (CAP), se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar la problemática que suponía tanto para el CAP como para el propio paciente.

OBJETIVO
Creación de una consulta de atención a la persona inmigrada (PI) para la mejora de la calidad asistencial, adaptación a sus necesidades e introducción al sistema de salud.

METODOLOGÍA
Creación y nombramiento de los miembros de la comisión permanente. Programación temporal de sesiones de trabajo para: Analizar la realidad del centro. Establecer las ayudas y barreras. Buscar acciones de mejora (AM). Priorización de las AM en función de la gravedad. Aprobación de las AM por los responsables del centro. Todo ello se realizó utilizando y aprovechando las herramientas de calidad ya existentes en el centro: Joint Commission, gestión por procesos y EFQM.

RESULTADOS
Dirigidos a los usuarios: Creación de una consulta de atención a la PI que se activa cuando el paciente viene al centro a buscar la tarjeta sanitaria (868 pacientes desde octubre de 2006). Protocolización de la consulta: Facilitar información al paciente acerca del funcionamiento del centro y los recursos sanitarios de la ciudad. Activación de las actividades preventivas y de promoción de la salud mínimas necesarias: toma de la tensión arterial, cálculo del IMC, actualización del calendario vacunal, etc. En la comunicación se presentarán los datos del análisis de las variables. Detección de problemas sociosanitarios. (Entrevista clínica a todos los pacientes que consta de una anamnesis y valoración social). Intervención o derivación a otros profesionales si es necesario. (Derivaciones al médico de cabecera, 124, y a la trabajadora social, 23). Dirigidos a los profesionales: Formación específica en patologías tropicales a los profesionales del centro. Detección de la necesidad de realizar *benchmarking* entre centros similares. Inclusión en el equipo de un trabajador social con conocimientos del tema.

Contacto: Carles Alegre Bultó - calegre@grupsagessa.com

P-372 OBJETIVOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN AL PACIENTE

Autores: Ortiz L, Mira JJ, Navarro I, Nebot C, Galán A, Ortega B.

OBJETIVO
Analizar el nivel de cumplimiento de objetivos pactados a partir de los resultados de las encuestas de opinión de pacientes por parte de los equipos directivos de los departamentos de salud junto con la Agencia Valenciana de Salud para mejorar las atenciones que reciben los pacientes en atención hospitalaria (AH) y atención primaria (AP).

MÉTODO
El nivel de cumplimiento de estos objetivos es analizado de forma independiente mediante encuestas telefónicas a pacientes atendidos en los 22 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Muestra de 4.112 encuestas telefónicas realizadas a una selección aleatoria de pacientes atendidos en AH y en AP durante el mes de octubre de 2006. Los objetivos consisten en medidas muy concretas dirigidas a mejorar condiciones de accesibilidad, trato, información, confort u organización de la prestación sanitaria.

RESULTADOS
Los objetivos en AH más frecuentes afectan al plan de acogida (16 departamentos), la correcta identificación del personal (8 departamentos) y la limpieza de aseos en consultas externas (6 departamentos). En AP los objetivos afectan a los aspectos siguientes: trato en solicitud de cita previa (11 departamentos), limpieza de las salas de espera y pasillos (11 departamentos) y mejoras en la información proporcionada por el médico (7 departamentos). En AH el nivel de cumplimiento medio de objetivos del plan de acogida alcanzó un 83,14% (R:49, 96-100%); en la identificación del personal, el cumplimiento medio fue de un 92,12% (R:70, 3-100%) y llegó hasta el 100% en el objetivo de limpieza de aseos en consultas externas. El nivel de cumplimiento medio en AP alcanzó el 99,56% (83,02-100%) en cuanto al trato dispensado cuando se acude para obtener cita previa, y fue de un 100% en los objetivos de mejora en la limpieza de las salas de espera y pasillos y en la mejora de la información proporcionada por el médico.

CONCLUSIONES
Al vincular los resultados de las encuestas de opinión de pacientes con el cumplimiento de objetivos de mejora en la atención al paciente, se potencian las oportunidades para incrementar la calidad percibida de la asistencia sanitaria.

Contacto: José Joaquín Mira Solves - jose.mira@umh.es

P-373 ASIGNACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA: ¿ESTAMOS SEGUROS DE LO QUE QUIEREN NUESTROS USUARIOS?

Autores: Silvestre E, Alcarraz M, Saladie M, Llorens D, Collado A, Magre J.

OBJETIVOS
Conocer la opinión de nuestros usuarios sobre el sistema de asignación de visitas al médico de cabecera, el sistema de asignación de médico y su accesibilidad.

METODOLOGÍA
Encuesta de opinión. Universo muestral: conjunto de usuarios asignados a una zona básica de salud (ZBS) que contactan presencialmente con el centro de atención primaria (CAP) durante un mes. Diseño del cuestionario: a partir de preguntas consensuadas por profesionales sanitarios de la ZBS se elabora un primer modelo. El modelo es sometido a revisión por otros profesionales sanitarios y sus modificaciones vuelven a consensuarse. Se realiza adaptación trascultural al castellano mediante un sistema de traducción-retrotraducción en el que intervienen 4 personas bilingües (no profesionales sanitarios). Se realiza una prueba piloto previa al inicio del estudio. El cuestionario final consta de 15 preguntas cerradas y una abierta. Es anónimo y autoadministrado y es facilitado y recogido por personal administrativo. Las respuestas son tabuladas mediante aplicación informática (Microsoft Access).

RESULTADOS
Se analizan aquí los resultados más destacados de las 35 primeras encuestas recogidas. El 91% conoce a su médico de cabecera. El 31% manifiestan tener a los miembros de su familia en diferentes médicos de cabecera, y el 63% de estos preferiría un único médico para toda la familia (un 84% en el conjunto de encuestados). Solo un 20% de los encuestados manifiestan haberse podido visitar siempre con su médico durante el último año. El 41% manifiesta no pedir visita específicamente para su médico. De estos, el 50% aceptan el médico que se les ofrezca en cada caso (el 30% en aquellos que piden específicamente por su médico, el 86% en caso de urgencia). El 77% están de acuerdo con la asignación de médico, pero preferirían ser visitados siempre por su médico de cabecera. El 71% quisieran poder realizar consultas telefónicas con su médico y solo un 18% optan por las nuevas tecnologías.

CONCLUSIONES
Con los resultados actuales, la población acepta el sistema de asignación de médico pero preferirían ser visitados siempre por su médico salvo caso de urgencia. El porcentaje de usuarios que siempre son visitados por su médico es escaso: habrá que buscar y corregir las causas. Finalmente, el uso de las nuevas tecnologías para contactar con el médico es mucho menos solicitada que la consulta telefónica.

Contacto: Esther Silvestre García - esilvestre@grupsagessa.com

P-374 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ABORDAJE DEL DOLOR EN LOS HOSPITALES

Autores: Mira JJ, Pérez-Jover V, Nebot C, Arbaizar A, Gisbert MD.

FUNDAMENTO
La equidad es uno de los elementos esenciales de la calidad. Sin embargo, se sospecha la existencia de diferencias de género en el abordaje terapéutico en determinadas situaciones.

OBJETIVO
Analizar si existen diferencias de género en el abordaje del dolor en pacientes hospitalizados. Ámbito: unidades de medicina y de cirugía de hospitales públicos.

MÉTODO
Estudio basado en encuestas al alta de pacientes ingresados en unidades de medicina o de cirugía de 24 hospitales públicos. Las medidas realizadas incluyen la percepción del paciente sobre el abordaje del dolor en la unidad donde se produjo el ingreso. Mediante la chi cuadrado se analizan las diferencias de género. Sujetos: un total de 9.271 pacientes respondieron a la encuesta en el último trimestre de 2005. 4.710 (50,8%) corresponden a altas en unidades de cirugía y 4.561 (49,2%) a pacientes ingresados en unidades de medicina. El 45,3% de los pacientes quirúrgicos y el 49,9% de los de medicina eran varones.

RESULTADOS
Un 2,1% de pacientes quirúrgicos y un 3,3% de pacientes de medicina afirmaron no recibir un tratamiento apropiado para su dolor. Este dato supone que, entre quienes no reciben un tratamiento del dolor satisfactorio, el 42,3% son pacientes quirúrgicos y el 57,7% pacientes de medicina. En unidades de cirugía es más frecuente que las mujeres no reciban un tratamiento apropiado para su dolor. Un 74,5% de los pacientes que se quejan por este motivo son mujeres, frente a un 25,5% de varones (chi cuadrado = 7,85, p = 0,005). En planta de medicina, el porcentaje de mujeres y hombres que afirman no recibir un tratamiento apropiado para su dolor es similar (el 51,4% de las mujeres *vs.* el 48,6% de los varones, chi cuadrado = 0,03, p = 0,87).

CONCLUSIONES
Aunque la percepción del paciente es positiva respecto del abordaje del dolor en cirugía y medicina, existe la sospecha de que los protocolos quirúrgicos incluyen prácticas que suponen una cierta discriminación por razón de género que afectan a la calidad de la atención sanitaria.

Contacto: M. Virtudes Pérez Jover - v.perez@umh.es

P-375 ¿CÓMO VALORAN LOS CLIENTES LA ASISTENCIA SANITARIA REALIZADA POR EL 061 EN CATALUÑA?

Autores: Galup C, Gassó M, Campos O, Vives E, Marzal L, Miró AM.

OBJETIVOS
Obtener información sobre la satisfacción de la población asistida por el servicio de urgencias y emergencias de Cataluña. Encontrar áreas de mejora que permitan a la organización responder a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

MÉTODOS
Según el tipo de cliente: ciudadano. Estudio observacional y descriptivo mediante encuesta telefónica a la población atendida en Cataluña que haya utilizado el servicio del 061. La recogida de información se realiza mediante un cuestionario estructurado previa selección aleatoria de los entrevistados a partir de los datos de la central de coordinación. Se utiliza una escala no numérica con 8 alternativas. Tamaño de la muestra: 16 entrevistas/día, finalizadas como efectivas, seleccionadas por región snitaria y tipo de recurso. Variables/Criterios: atención telefónica, equipamiento de las ambulancias, trato recibido, tiempo de respuesta, competencia de los profesionales, información recibida, tiempo de respuesta asistencial. Compañías aseguradoras. El estudio se efectúa a todas las aseguradoras que hayan mantenido actividad en el área de facturación. Se envía un formulario por correo electrónico con acceso directo vía web a nuestra base de datos. Variables/Criterios: competencia profesional, vehículo e instalaciones, servicio ofrecido, gestión administrativa y reclamaciones. Instituciones sanitarias. Se envía un formulario referente al traslado interhospitalario por correo electrónico con acceso directo vía web a nuestra base de datos. Variables/Criterios: competencia profesional, vehículo e instalaciones, servicio ofrecido, gestión de reclamaciones. El margen de error en todos los casos es de +3,5% para un nivel de confianza del 95% en la hipótesis más adversa (p = q = 0,5).

RESULTADOS
La asistencia recibida fue valorada en un 8,1 sobre 10; un 79% de la población califica como buena o muy buena la atención recibida. En la encuesta de las aseguradoras, los resultados fueron positivos en todos los ítems, y el peor valorado fue la presentación de la factura en tiempo y forma. En el traslado interhospitalario, la puntuación más baja hace referencia a la resolución de la demanda.

Contacto: Carles Galup Lacanal - cgalup@sem.es

P-376 COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE LAS MADRES LACTANTES, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores: Sánchez-Rentero S, Nuño-Ramos S.

OBJETIVO
Establecer acciones de mejora a partir de los comentarios escritos que realizan las madres lactantes en la encuesta que se distribuye en una unidad de obstetricia el día del alta hospitalaria.

MÉTODO
Estudio descriptivo transversal de los comentarios reflejados en el total de las encuestas introducidas en el buzón de la unidad (N = 392). El periodo de estudio ha sido de seis meses (cuarto trimestre de 2005 y primero de 2006). La encuesta consta de 9 preguntas cerradas y un apartado abierto para comentarios y sugerencias. Mediante una parrilla de priorización se determinaron las acciones de mejora según su factibilidad.

RESULTADOS
El total de las encuestas que incluían uno o varios comentarios ha sido de 96 (24%); el 9% refería consideraciones personales sobre la lactancia natural a demanda, el tiempo de permanencia y la lactancia artificial, el 42% incluía comentarios positivos y el 49% negativos; de estos, el 9% iban dirigidos a solicitar mayor información general, el 17% más información sobre la lactancia durante la hospitalización y el 1% durante el embarazo para estar preparada tras el parto; el 8% afirmaba que no consideraba adecuado el trato recibido, un 12% manifestaba quejas con hostelería en general (calefacción, mobiliario, ropa, comidas, etc.) y un 2% reflejaba descontento con el horario nocturno de cuidados. De todas ellas, se seleccionaron las relacionadas con hostelería y cuidados, habiendo cambiado el mobiliario en general y modificado el horario de control programado de constantes en turno de noche.

CONCLUSIONES
La opinión libre y anónima del usuario en el espacio abierto de las encuestas es una información que permite mejorar la calidad de la atención.

Contacto: Sagrario Sánchez - sagrariosr@ya.com

P-377 EL CLUB SOCIAL COMO FACTOR DE CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL DE DÍA

Autores: Bensasson E, Fernández M, Martí A, Otín JM, Palomar G.

INTRODUCCIÓN
Entendemos que el hospital de día es un recurso de asistencia integral (bio-psico-social) que ofrece la posibilidad de trabajar diferentes aspectos de la vida del usuario, dando por ello una asistencia de mayor calidad. El Club L'Oreneta es un dispositivo inserto en el Hospital de Día Llúria. Es una organización gestionada por los usuarios con la supervisión del equipo terapéutico. Entendemos el club como una herramienta terapéutica cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida del usuario (en su área social, relacional y motivacional, principalmente). La filiación no es obligatoria pero sí muy recomendable. Tras el pago de una cuota, los socios se benefician de actividades deportivas (piscina y deportes), salidas lúdicas y culturales (tanto en el horario del centro, acompañados por los monitores, como en fin de semana, sin acompañamiento del equipo) y cinefórum, y deben además adquirir responsabilidades en la gestión del club, etc.

OBJETIVO
El objetivo del presente póster es describir la percepción de los socios de los cambios y beneficios en su calidad de vida derivados de su adscripción al club.

MÉTODOS
Los parámetros valorados son los relacionados con la subescala de relaciones interpersonales de la escala de calidad de vida QLS (pasar test-retests: al vincularse al club y a los 2-3 meses de pertenecer a él) y la descripción de los 3 aspectos señalados por los usuarios como los más valorados para mejorar debido a su participación en el club.

Contacto: Eduardo Bensasson Prieto - hdlluria@cpbssm.org

P-378 SITUACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: De Dios del Valle R, Gutiérrez Martínez J, Garzón Hernández JM, Barcia Miranda O, Badallo León E, Alonso Tresguerres JJ.

OBJETIVO
Conocer los conocimientos y comportamientos sobre la confidencialidad entre los profesionales de enfermería y médicos de un área sanitaria.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal. Encuesta anónima autoadministrada de 21 preguntas cerradas que valoran los conocimientos, los comportamientos y las valoraciones. Se registran variables sociodemográficas. Análisis estadístico: las variables cualitativas se describen con distribución porcentual de frecuencias, las cuantitativas con media y desviación estándar.

RESULTADO
70 encuestas (tasa de respuesta: 60,34%). Edad media: 42,6 (DE: 8.6). 74,3% mujeres (IC 95%: 63,3-85,2). 47,1% médicos. Un 97,1% entienden bien el concepto de intimidad, un 91,4% saben que se puede vulnerar tanto divulgando la información como accediendo indebidamente, el 94,3% saben con quién pueden compartir la información, el 11,4% conocen bien la Ley 41/2002 y un 20% saben que puede haber penas de cárcel si se infringe. Un 35,7% (23,8-47,7) solicitarían información por iniciativa propia sobre el estado de salud de un amigo, un 24,3% darían información a un compañero sobre el estado de salud de un paciente recordándole que no puede divulgarla, un 12,9% contarían en casa un problema de salud de un amigo de la familia, y solo un 24,3% (13,5-35) nunca han consultado una historia para satisfacer su curiosidad. El 88,6% entienden que es una mejora para la atención sanitaria que el paciente tenga el derecho de decidir quién dispone de su información. Un 34,2% (22,5-46,1) consideran que la confidencialidad se trata regular o mal en su centro y un 75,7% consideran necesaria la formación en este campo.

CONCLUSIONES
Existe un nivel de conocimientos alto. Existe, sin embargo, discordancia entre este nivel y lo que hacemos en los centros diariamente. Es necesario realizar formación dirigida a cambiar actitudes.

Contacto: Ricardo de Dios del Valle - ricardo.dedios@sespa.princast.es

P-379 ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN Y DE EXCELENCIA A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Autores: Sánchez-García JA, Martín-Clemente G, Sánchez-Álvarez MD, Mazo-Martínez CL, Benegas-Capote J, Rodrigo-Cobos P.

OBJETIVOS
Un estudio de satisfacción debe incluir diversos análisis: descriptivos del perfil del usuario, del nivel de satisfacción, inferencial del nivel de satisfacción y análisis de las sugerencias Es preciso abarcar otros dos aspectos: análisis de priorización y análisis de excelencia. Todos estos análisis son imprescindibles para poder elaborar las propuestas de actuación y las recomendaciones de mejora de la calidad.

MÉTODOS
Se utiliza una encuesta usual con preguntas parciales y una de satisfacción global; tienen cinco respuestas de tipo Likert que adquieren valores de 1 (muy mal) a 5 (muy bien) configurándose como una variable cuantitativa. Para conocer las principales expectativas comprobamos qué respuestas de satisfacción son más trascendentes para la satisfacción global, comparando las respuestas parciales con la respuesta global de satisfacción (referencia). Mediante un análisis de correlación (regresión lineal simple de Pearson), obtenemos el estadístico de regresión (coeficiente de correlación) r, cuya probabilidad asociada (p) cuando sea inferior a 0,05 nos dará un resultado estadísticamente significativo. Se elabora una tabla de priorización en la que los coeficientes de correlación o estadísticos r más elevados muestran una relación creciente entre cada una de las respuestas con la satisfacción global.

RESULTADOS
Este estadístico r es un indicador de priorización que nos advierte en qué medida cada una de las respuestas parciales de satisfacción es importante o contribuyente para la satisfacción global. Su magnitud establece el orden de importancia y tenemos que relacionarlo con el nivel de satisfacción de cada ítem, para obtener en cada caso lo más prioritario comparado con lo que más insatisfacción produce. Para ello realizamos la operación matemática de dividir el indicador de priorización por la puntuación media en satisfacción. Relacionando lo que es más prioritario con las actuaciones que producen más insatisfacción, obtenemos indicadores de mejora, que nos ordenarán de mayor a menor las necesidades de actuación.

CONCLUSIONES
Cuanto más elevado sea el indicador de priorización (correlación con la satisfacción global), más importante será el ítem de satisfacción para el paciente. Los indicadores de mejora irán ordenados de mayor a menor según su porcentaje de importancia para la actuación, en relación con la satisfacción global. El análisis de excelencia se elabora con las propuestas de actuación a partir de las necesidades detectadas con los indicadores de mejora.

Contacto: Gabriel Martín Clemente - gabriel.martin@ses.juntaex.es

P-380 SITUACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL HOSPITAL

Autores: De Dios-del Valle R, Gutiérrez-Martínez J, García-Sastre E, Turienzo-Santos E, Lombardero E, Villamil-Díaz MM.

OBJETIVO
Conocer los conocimientos y comportamientos sobre la confidencialidad de los profesionales de enfermería y medicina de un hospital.

MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal. Encuesta anónima autoadministrada de 21 preguntas que valora conocimientos, comportamientos y valoraciones. Se pasa a todos los profesionales médicos y de enfermería del hospital. Se realiza un análisis descriptivo clásico en estos casos.

RESULTADO
99 encuestas (tasa de respuesta: 55%). Edad media: 42,35 (DE: 6,62). 65,7% (55,8-75,5) mujeres. 59,6% personal de enfermería. El 96% (89,8-98,9) entienden el concepto de intimidad, el 93,9% conocen con quién pueden compartir la información y el 88,9% quién tiene acceso legítimo a la misma, el 92,9% (87,4-98,5) saben que se vulnera la confidencialidad por divulgar información y por acceder de forma ilegitima a la misma. Un 25,3% (16,2-34,3) no conocen la Ley 41/2002. Un 51,5% (41,2-61,9) pedirían información por iniciativa propia sobre la salud de un amigo a un compañero, y se la daría a un compañero el 50,5% (40,2-60,9). Contaría en casa la situación de salud de un amigo de la familia el 21,2% (12,7-21,2). Nunca informa en los pasillos el 10,1%. El 33,3% (23,5-43,1) hablan de casos en controles o en pasillos con compañeros. Oculta los datos del paciente cuando lo presenta en una sesión el 58,6% (48,4-68,8). Nunca ha consultado una historia por satisfacer la curiosidad el 44,4% (34,2-54,7). Si ingresara en el hospital con un proceso grave, sus compañeros se enterarían del diagnóstico con una probabilidad alta o muy alta el 99% (94,5-99,7) de las veces. La vía de vulneración más frecuente es el comentario informal en el pasillo (82,8%, 74,9-90,7). El 31,3% (21,7-40,9) piensan que en el hospital se trata mal o muy mal la confidencialidad, y que son necesarios cursos de formación, el 89,9%.

CONCLUSIONES
Existe un nivel de conocimientos elevado, pero los comportamientos diarios vulneran la confidencialidad en no pocas ocasiones. Sería necesario profundizar en la formación en este campo orientada hacia la modificación de actitudes y no hacia la adquisición de conocimientos.

Contacto: Ricardo de Dios del Valle - ricardo.dedios@sespa.princast.es

P-381 UNA CALIFICACIÓN DE NOTABLE EN LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Granado S, Calvente MJ, Sanchidrián C, Gago C, Olmedo C, Rodríguez L.

OBJETIVOS
Conocer las expectativas y necesidades sentidas por los pacientes del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Describir las principales variables que se relacionan con el grado de satisfacción.

MÉTODOS
Diseño: estudio transversal descriptivo. Ámbito y población de estudio: usuarios del servicio de urgencias excluyendo las del hospital materno-infantil, ancianos institucionalizados y pacientes que consultaron por estupor o coma. Muestra: la muestra se ha calculado estratificando por las variables: día de la semana (laborable o fin de semana) y franja horaria (de 8 h a 22 h y de 22 h a 8 h). Recogida de datos: entrevista telefónica realizada entre 15 y 60 días después de acudir a urgencias. Variables de estudio: aspectos sociodemográficos, variables que exploran la utilización del servicio de urgencias, variables que exploran la satisfacción y pregunta abierta para investigar aspectos positivos, negativos y sugerencias de los usuarios. Cuestionario: compuesto por 30 preguntas, 26 exploran la satisfacción y 4 exploran aspectos sociodemográficos y de utilización de la urgencia.

RESULTADOS
La tasa de respuesta fue del 45,9%; 305 usuarios han contestado a la entrevista (43,6% varones, edad media 49,9 años). El 7,5% ingresó en el hospital. El índice de satisfacción global (ISG) es de 7 (rango: 6-8). No se han encontrado diferencias en el ISG según el turno (día/noche) ni según fuera laborable o fin de semana. Tampoco se han encontrado diferencias por sexos, por edad, por nivel de estudios, según la situación laboral, ni en función de que el paciente acudiera a urgencias solo o acompañado ni por si ingresó o no en el hospital. No se han encontrado diferencias en el ISG por departamento de urgencia. La organización y coordinación del equipo, la competencia profesional del personal sanitario y la comodidad de la sala de urgencias son los aspectos que más afectan al ISG. Los pacientes sin estudios y los que acudían al servicio de urgencias por primera vez valoran peor la confortabilidad del servicio. El trato y la competencia profesional del personal sanitario son los aspectos mejor valorados, y además la competencia profesional es uno de los aspectos que más afectan al ISG.

CONCLUSIONES
En general, la satisfacción con el servicio prestado es buena. Mejorar y adecuar las instalaciones y transmitir a los usuarios que el servicio de urgencias trabaja de forma coordinada y organizada contribuiría significativamente a mejorar la opinión que los usuarios tienen del servicio.

Contacto: Paz Rodríguez Pérez - prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-382 EL SERVICIO QUE APORTAN LAS VENTANILLAS EUROPEAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. LA VALORACIÓN DE LOS USUARIOS

Autores: Sánchez-Gómez B, López-Pulido A, Sánchez-del-Barrio M, Reca-Bueno I, Corrales-Guerrero L.

INTRODUCCIÓN
El aumento de población extranjera supone una mayor demanda de servicios. En el caso de la asistencia sanitaria, esta va acompañada de dificultades derivadas de diferentes realidades culturales e idiomáticas, para las que son necesarias intervenciones específicas. En este contexto, las VEIS aportan soluciones a un problema creciente en nuestro hospital, garantizan la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados y proporcionan atención personalizada al ciudadano internacional. El servicio ofrecido debe corresponder con el esperado por los usuarios. Esperamos encontrar diferencias significativas en función de los perfiles de pacientes y las demandas solicitadas. Esto nos aportaría oportunidades de mejora. Este proyecto está enmarcado dentro del plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía.

OBJETIVOS
1) Construir un instrumento de fácil uso para detectar oportunidades de mejora en nuestra VEIS. 2) Conocer el perfil del usuario y sus demandas atendidas. 3) Conocer la satisfacción de las expectativas sobre la resolución de sus problemas.

METODOLOGÍA
Se diseña una encuesta para cumplimentar por escrito tras recibir la atención. Se realiza una fase piloto para garantizar la validez y fiabilidad. Se selecciona la muestra de forma consecutiva hasta alcanzar el tamaño que garantice un nivel adecuado de representación de los segmentos de población usuaria. Se realiza un análisis del nivel de representatividad de la muestra y de validez y fiabilidad de las preguntas del cuestionario, y un análisis descriptivo de la muestra.

RESULTADOS
Muestra de mayo de 2007: 915. Nivel de confianza: 99%. Intervalo de confianza: 4,25. Algunos resultados preliminares son: Edad media: 43,75 años. Mujeres: 58%. Hombres: 40,03%. Sin identificar el sexo: 1,97%. Residentes: 66%. Inmigrantes: 26%. Vacaciones: 8%. Respecto a los motivos por los que se contacta con el servicio: Solicitud de dirección: 28,76%. Información: 51,11%. Ayuda para trámites administrativos: 10,13%. Traducción externa: 2,53%. Traducción de documentación: 2,38%. Contacto telefónico: 1,07%. Petición de ayuda sobre un problema social: 2,08%. Otros: 1,19%. No se identifica: 0,74%.

CONCLUSIONES
Nuestra VEIS es utilizada por adultos, tanto hombres como mujeres, y en su mayor parte residentes que demandan fundamentalmente información. En próxima fechas está prevista la explotación de los datos de las encuestas, lo que permitirá aportar datos concluyentes sobre el uso de las VEIS por los usuarios.

Contacto: M. Begoña Sánchez Gómez - begonasanchez@gmail.com

P-383 ESPACIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

Autores: Canet MM, Planas D, Craywinckel G, Martín M, Llinàs M, Esteban E.

OBJETIVO
Ofrecer a las niños/as ingresados espacios amigables para reducir el efecto atemorizante que supone para un niño/a el ingreso en el hospital y que a la vez permitan a las familias sobrellevar esta difícil etapa en una situación de mayor confort.

METODOLOGÍA
Se partió de dos fuentes de datos: 1. Estudio de la Fundación Curarte, vinculada a la Universidad de Salamanca y a la Universidad Complutense de Madrid. 2. Las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes y a los familiares de los pacientes en las reuniones con las asociaciones de familiares de niños con patologías crónicas. Se realizó un análisis de los déficits tanto de la estructura hospitalaria como de los aspectos decorativos que puedan emitir señales ambientales negativas. Para ello se contó con la colaboración de diferentes entidades que pusieron a nuestra disposición asesores y diseñadores.

RESULTADOS
En los niños: Se han creado entornos con colores alegres y elementos decorativos diseñados para aumentar el bienestar de los niños hospitalizados, como carteles, dibujos e ilustraciones que configuran un ambiente alejado del modelo hospitalario clásico y más próximo a la realidad cotidiana del niño. En los familiares: Se han habilitado espacios teniendo en cuenta los aspectos que facilitan la estancia hospitalaria, tanto a nivel de confort como para poder cubrir las necesidades básicas del acompañante: comedores, salas de encuentro etc.

CONCLUSIONES
La creación de los espacios amigables alejados de la realidad hospitalaria ha hecho posible: incrementar las expectativas de mejora clínica para poder acceder a estos espacios, proporcionar áreas de juego y entretenimiento a los niños que pueden desplazarse a las salas de juegos de la unidad y, a la vez, facilitar el descanso de los niños encamados. Las salas de encuentro o relax configuran un ambiente más parecido al hogar y permiten acoger visitas familiares.

Contacto: M. Mercè Canet Ponsa - mcanet@vhebron.net

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abad A. 234
Abad JM. 161, 190, 202
Abad R. 84, 89, 141
Abad S. 91
Abad Vicente FJ. 257
Abad-Corpa E. 93
Abad-Díez JM. 214, 223
Abad-Navarro AL. 130
Abadía I. 204
Abellán T. 224
Abellaneda-Abellaneda A. 125
Abelló C. 178
Abenza-Jiménez P. 138
Acebal M. 160
Acevedo-García M. 142
Acha B. 121
Acha O. 126
Achaerandio A. 220
Adroher S. 61
Aginaga JR 233
Aginaga-Badiola JR. 237
Agos Romeo MD. 243
Agra Y. 38
Agramunt-Perelló N. 114
Aguado H. 98, 101-102, 263
Aguado-Martín J. 102
Aguayo JL. 229, 266
Aguayo-Albasini JL. 106, 154, 200-201
Aguayo-Gredilla FJ. 139, 222
Agudo C. 222
Agüero-Balbín I. 98
Aguilar JL. 255
Aguilera L. 261
Aguilera-Bermúdez J. 152
Aguilera-Rodríguez F. 180
Aguillo A. 181
Aguirán-Romero L. 243
Aguirre R. 127
Aguirre U. 264-265
Aguirre-Alberdi L. 88, 99, 120
Aguirre-Aranaz R. 209
Aguirre-Larrakoetxea U. 205
Aguirre-Tejedo A. 232
Aguirreazabal A. 150
Aguirrezabal A. 208
Agustí A. 116
Agustí E. 98, 149, 263
Agustín J. 89
Agustín MJ. 146
Aibar C. 38, 131, 210, 226
Aibar-Remon C. 133
Alarcón J. 234
Alarcón JA. 84, 213
Albaladejo-Barrancos A. 265
Alberich Herrera C. 119
Alberquilla A. 95, 149
Albizua MJ. 191
Albizua-Uriondo O. 113, 195
Alburque-Sánchez J. 99
Alburquerque J. 206-207, 241, 258, 268
Alburquerque-Sánchez J. 99, 125, 148
Alcalde G. 103-104, 220
Alcaraz J. 172
Alcaraz M. 122
Alcaraz-Esteban M. 224
Alcaraz-Martínez J. 106, 137, 163, 173, 198, 231, 243, 264
Alcaraz-Quiñonero M. 92, 174, 263
Alcarraz M. 269
Aldanondo-Gabilondo A. 112
Aldasoro E. 264
Aldea A. 184
Aldeano-Merchan L. 119
Alegre-Bultó C. 268
Alejandre-Lázaro G. 82
Alende-Sixto R. 236
Alerany C. 116
Alfaro L. 188
Alfaro-Alfaro MJ. 131
Almagro Marcos P. 22
Almaida-Fernández MB. 103, 246, 257
Almazán-del Pozo M. 194, 203
Almodóvar S. 158
Alonso Calo L. 90, 262
Alonso Díaz JL. 212
Alonso E. 160
Alonso G. 180
Alonso I. 206
Alonso JA. 78
Alonso M. 83, 213
Alonso Martín MS. 232
Alonso N. 120, 218, 226, 249
Alonso P. 116
Alonso S. 113
Alonso T. 83, 156
Alonso Tresguerres JJ. 270
Alonso V. 146
Alonso-Frías A. 93-94
Alonso-López F. 122, 151
Alonso-Martín M. 244
Alonso-Renero S. 185
Alonso-Tovar AR. 103, 246, 257
Alonso-Vallejo M. 115
Alós A. 86
Aloy-Duch A. 93, 143, 191, 199
Altarribas E. 236
Altés J. 208, 211
Álvarez F. 228
Álvarez García A. 90
Álvarez García AJ. 90, 145, 262
Álvarez J. 87, 177, 217
Álvarez M. 128, 146, 150, 160, 208
Álvarez Morezuelas MN. 245
Álvarez N. 105, 125, 224
Álvarez V. 174
Álvarez-Benito M. 119, 179
Álvarez-Rueda JM. 172
Álvarez-Uria V. 204
Álvaro-Meseguer A. 171
Alzola-Ladrón de Guevara MAH. 119
Amarilla A. 38
Amaro A. 177
Amaro Granado J. 222
Amat I. 244
Amézqueta-Goñi C. 112
Amigo-Fernández J. 210, 257
Amorín MJ. 182
Amorín-Calzada MJ. 214, 223
Anclan-Ponce de León MJ. 93
Andrade-Infiesta A. 129
Andrés B. 83, 266
Andrés E. 75
Andreu MA. 189, 255, 258
Andreu-Martínez B. 174, 262
Andujar-Espinosa R. 189, 223
Anglès T. 171
Anglés-Segura T. 171, 198
Ansede JC. 84
Antequera-Lardón T. 230
Antolinez X. 233
Antón F. 176
Anton-i-Riera J. 91
Antoñanzas T. 121, 236
Aparicio C. 209
Aparicio J. 188
Aparicio T. 180
Aparicio-Egea MC. 110
Aparicio-Marijuán E. 163
Apestegui Olaizola FJ. 177
Apezteguía-Urroz J. 112, 151
Apiñaniz-Fernández de Larrinoa A. 221
Ara D. 204
Ara JR. 231
Aramburu F. 181
Aranaz J. 209
Aranaz JM. 38
Aranda A. 133
Aranda T. 209
Aranda-Cárdenas D. 111, 180
Aranguren F. 204
Aranguren Garde A. 143
Aranguren T. 128
Arantón L. 197, 220, 229, 247
Aranzabal-Conde MA. 237
Aranzasti Múgica MN. 143
Arasa E. 78, 174
Arbaizar A. 269
Arellano M. 178
Arenaza S. 106
Argaia J. 181
Arias-Horcajadas F. 217
Ariza MA. 134
Ariza-Hevia F. 267
Arizabalaga K. 189
Arizabaleta R. 118
Arizabaleta-San Miguel J. 204
Arjona-Ramírez C. 125
Arjona-Sánchez A. 173
Armada L. 101, 123
Armengol M. 106, 149
Arnau JM. 116
Arranz C. 115, 250
Arrechea R. 184
Arredondo-Provecho AB. 136
Arribas F. 161
Arribas-Espada JL. 248
Arrieta R. 89
Arrizabalaga P. 220, 261
Arrontes G. 144
Artal J. 231
Artesero N. 159
Arteta FA. 215, 251
Artigas M. 101-102, 263
Arzamendi-Manterola MT. 113, 195
Ascaso J. 184
Asensio-Peña MC. 217
Aspillaga-Bonilla U. 161
Astier MP. 60
Astier P. 256
Audícana-Uriarte A. 101, 119, 196, 240
Avilés J. 233
Avilés-Amat J. 208
Ayala-Márquez B. 75, 79, 252
Ayala-Muñoz A. 263
Ayra-Pascual JM. 264

Ayuso C. 97
Aza M. 84
Azeli Y. 67
Aznar A. 75
Aznar García MA. 198
Aznar S. 107
Aznar V. 121
Azpiazu-Eizaguirre 208

B

Bacaigalupe-Artacho L. 105
Bacigalupe M. 103-104
Bacigalupe-Artacho L. 101, 107, 240
Bacigalupe-Artacho M. 221
Badallo León E. 270
Badenas-Guinjoan C. 114
Badía E. 188
Baena M. 255
Baiget Ortega A. 170, 216
Baigorri F. 89
Balañà Ll. 161
Ballarín M. 92
Ballart M. 194
Ballbé R. 234
Balugo S. 137, 177
Balugo SM. 156
Balzola B. 208
Bancalero-Flores JL. 246
Bandrés AC. 84
Bañuelos I. 90
Bara-Oliván B. 154
Barandiarán MJ. 190
Baratas MA. 78
Barba M. 111, 192
Barberena-Iriarte C. 115
Barbero A. 183
Barbero C. 254
Barcia Miranda O. 270
Barcia-Albacar L. 91, 172, 200
Baró L. 258
Baronet-Jordana G. 154
Barrabés-Rodrigo MM. 207
Barragán-Pérez A. 169, 215
Barranco Pérez J. 222
Barrasa JI. 131
Barreiro-Díaz MV. 142
Barrera A. 161
Barriales V. 145
Barril FJ. 189
Barro Ordovás JP. 232
Barrufet P. 128
Bartolomé E. 87, 150, 189, 254
Bataller Peñafiel E. 198
Bayarte T. 182
Bayona A. 224
Bayona M. 258
Beamud M. 147, 170
Beamud-Lagos M. 146
Beitia A. 211
Beitia-Fernández C. 122, 141
Bel L. 84
Belilty M. 196
Bella X. 88, 94, 123, 171
Bello-García C. 195
Bellón E. 229
Beloqui JJ. 84
Beltrá-Hoyos M. 187
Beltrán-Valenzuela T. 76
Benavent-Guardia J. 88
Benegas-Capote J. 170, 178, 212, 225, 245, 270
Benegas-Capote JM. 260
Benet A. 86, 97, 111, 121, 190, 259
Benito S. 159
Benlloch-Nieto H. 121
Benrimoj SI. 108
Bensasson E. 270
Berasarte K. 244
Berenguer-García MJ. 118-119, 179, 240
Bergua C. 89
Berlanga Cañada R. 212
Bermejo-López I. 253
Bermejol. 198
Bermúdez R. 219-220
Bernabeu R. 117
Bernabeu-Mora R. 189
Bernal-Romero JM. 116, 142, 195, 198
Bernardo Rodríguez A. 267
Berros Reinoso MA. 90, 183
Besora JA. 161, 266
Besora-Altés C. 243
Bethencourt Bethencourt A. 119
Bielsa-Rodrigo F. 214
Bilbao I. 86, 134
Biosca M. 123
Birlanga P. 186
Bischofberger C. 232
Biurrun A. 83
Blabia M. 117
Blanch JM. 213
Blanco García C. 238
Blanco González JA. 90, 145, 262
Blanco J. 261
Blanco M. 188
Blanco Rad ML. 231
Blanco S. 116
Blanco-Carnero JE. 92
Blanco-Galán MA. 103-104, 257
Blanco-Linares ML. 137, 163, 231
Blanco-Suárez D. 185
Blasco A. 268
Blázquez JA. 196
Blázquez MJ. 120, 218, 226, 249
Bocanegra C. 185
Bocos-Terraz P. 246
Boj M. 130
Boladeres G. 190
Bonez B. 75
Bonilla I. 214
Boque-Cavalle M. 239, 268
Bordell T. 67
Borges M. 194
Borrallo Moreno M. 175
Borras A. 94
Borrás Almenar C. 201
Borrás E. 216
Bosch A. 242
Bosch Andreu S. 231
Bosch J. 116
Bosch Sabater J. 79
Botella MD. 138
Botia-Martínez R. 171
Botifoll C. 20
Bouzó N. 151, 238
Bragado B. 191
Braña B. 85
Brando-Asensio I. 188
Bravo R. 256
Brieva S. 245
Briones L. 191
Bronchales-Cazorla G. 91
Broto-Civera A. 76
Brugués-Brugués A. 112
Brull-Gisbert Ll. 133
Brunat E. 266
Brunetti JM. 233
Buendía-Clemente C. 265
Bueno-Domínguez MJ. 210, 239
Bueno-López P. 175
Buey C. 84
Buqueras M. 147
Bureo Dacal JC. 175
Burgos Hernández M. 211
Burgos-Crespo E. 248
Burgos-Hernández M. 164
Burgués LA. 258
Busa-Ostolaza P. 208
Busca P. 181, 192
Bustamante R. 164
Bustamante Rodríguez E. 110
Bustins M. 75, 149

C

Caamaño-Arcos M. 142, 157, 192, 245
Caamaño-Martínez MD. 142, 157, 192, 245
Caballero J. 224
Caballero PS. 215, 251
Caballero-Espín J. 230
Caballero-Guerrero B. 142
Caballero-Mesa A. 180
Caballero-Rodríguez J. 81
Cabestany S. 256
Cabezali R. 87, 96
Cabezali-Sánchez C. 234, 239
Caboblanco-Muñoz M. 101
Cabrejas MJ. 231
Caja C. 139
Calahorra-Fernández L. 91
Caldas-Blanco R. 203
Caldentey M. 151, 230
Caldentey Tous M. 175
Calderón A. 229
Calderón M. 126, 159, 200
Calle J. 219
Calleja MS. 200
Calonge ML. 188
Calvente MJ. 271
Calvin Lamas M. 98, 152
Calvo I. 148
Calvo MJ. 253
Calvo-Bohajar M. 94, 125, 253
Calvo-Ruata ML. 151, 175
Camacho M. 202
Cambero González EG. 88
Campillo A. 266
Campillo-Soto A. 106, 154, 200-201
Campos I. 197
Campos O. 176, 226, 269
Campos-Melero V. 210
Cañada A. 80, 148
Canals G. 90, 267
Canca-Sánchez JC. 79
Canela-Armengol TM. 223, 235
Canet M. 217
Canet MM. 271
Canet Ponsa MM. 251, 262
Cañizares A. 98, 135
Cañizares R. 203
Cano S. 174
Caño-Aguilar A. 152
Cánovas C. 111, 202, 234
Canovas E. 83, 135
Cánovas-Inglés A. 174, 215, 262
Cantera MK. 192
Canteras M. 122
Cantero D. 102
Cantero M. 189, 192-193
Cañuelo T. 266
Cañuelo-Merino T. 187, 265
Capellà A. 132
Capitán-Guarnido E. 243
Capmany R. 211
Carabaño-Moral R. 131, 173, 175

Caramés-Bouzán J. ... 236
Carballal FJ. ... 135
Carballal J. ... 174
Carbonell JM. ... 222
Carbonero-Martín T. ... 81
Cárcar-Benito J. ... 174, 262
Carcelén J. ... 89, 141
Carcelen-García S. ... 195, 247
Cárdenas J. ... 80, 148
Carnicero Bujarrabal M. ... 232
Carrasco A. ... 158
Carrasco Alconcher E. ... 75
Carrasco C. ... 254
Carrasco Prieto AL. ... 181
Carrascosa AJ. ... 151, 238
Carrascosa González C. ... 191
Carrascosa JM. ... 140
Carrascosa-Vallejo T. ... 176
Carrera-López M. ... 252
Carrera-Macazaga JA. ... 113
Carreras M. ... 176
Carrero-Rujas AB. ... 77, 159
Carretero-Lucena P. ... 152
Carricondo F. ... 109
Carrillo A. ... 117, 137, 229
Carrillo-Alcaraz A. ... 81, 103, 106, 145, 188-189, 223-224, 246, 253, 257
Carrillo-García M. ... 215
Carrillo-Izquierdo MD. ... 221, 237
Carrión-Duch D. ... 114
Cartagena J. ... 216
Carvajal-González MA. ... 171
Casademont J. ... 225
Casado M. ... 86, 189
Casado-Dones R. ... 209
Casamartina Bach R. ... 175
Casamartina R. ... 230
Casanova S. ... 186, 255, 258
Casaoliva D. ... 102
Casas M. ... 52
Casas MJ. ... 153
Cases MJ. ... 200
Cassá-Parra D. ... 162
Castán S. ... 131, 226
Castellà T. ... 128, 133
Castellà-Castellà M. ... 107, 179
Castellano Alarcón J. ... 232
Castellano-Zurera M. ... 131
Castellanos Asenjo A. ... 181
Castillejo M. ... 78, 140
Castillo-Gómez C. ... 114, 129, 138
Castro-Ruiz MJ. ... 118-119, 240
Castro-Villanova D. ... 136
Catà T. ... 208
Ceballos C. ... 155, 260
Cebrecos Tamayo R. ... 93
Cebrián Ordiales C. ... 169
Cecilia Rodríguez M. ... 121
Cegarra-García M. ... 142, 157, 245
Celada-Cajal FJ. ... 181
Cerdà I. ... 98, 263
Cerdà-Calafat I. ... 107
Cerdàl. ... 101
Cerdán C. ... 77
Ceres Rodríguez CM. ... 76, 252
Cerezo-Muñoz MA. ... 138
Cerqueiro-Gómez S. ... 236
Cervera E. ... 101, 123
Cervera-Aznar R. ... 121
César MA. ... 227
César-Márquez MA. ... 175
Chacón-García A. ... 128
Chacón-Pérez E. ... 268
Cháfer M. ... 196
Chavarría A. ... 175
Chaves MJ. ... 255
Chávez Ramírez S. ... 88
Chico R. ... 266
Chillaron E. ... 89
Chivite Izco M. ... 257
Chopo MJ. ... 231
Chueca A. ... 265
Chueca-Ajuria A. ... 161, 176
Cibrián S. ... 151, 230
Cibrián Sánchez S. ... 175
Cigüenza ML. ... 90, 267
Ciria MJ. ... 240
Ciria Santos JP. ... 238
Cisneros-Izquierdo A. ... 153
Claret M. ... 114, 171, 266
Clavera R. ... 83
Clemente-Laserna MJ. ... 230
Clemente-Rodríguez C. ... 111, 180, 232
Clèries M. ... 75, 149
Climent Bolta C. ... 134
Climente-Martí M. ... 139
Closa F. ... 95
Cobo MJ. ... 115
Cobo R. ... 78, 140, 205, 214
Cobos MT. ... 160, 199
Colilles C. ... 89
Colina-Alonso A. ... 88, 99, 120
Collado A. ... 112, 269
Collados V. ... 133
Collados-Arroyo V. ... 230
Colom J. ... 96
Colomés-Figuera Ll. ... 210, 239
Colunga RC. ... 97
Comas B. ... 90, 194, 267
Comino-Cáceres JM. ... 259
Comisión de Transfusiones HCU Lozano Blesa de Zaragoza ... 80
Comité operativo de Urgencias de Barcelona Dreta, ... 113
Comitre J. ... 268
Conde-Antón M. ... 142
Conesa A. ... 136
Conesa-Martí E. ... 79
Contreras-Gil J. ... 263
Corbalán-Dólera C. ... 195, 198
Corbella A. ... 104, 131-132
Corbella-Jané A. ... 88
Cordero L. ... 238, 244, 267
Cordobés I. ... 137
Coria M. ... 161, 190, 202
Cornejo I. ... 179
Cornelles-Ferrer T. ... 246
Corral E. ... 103-104, 200
Corrales E. ... 196
Corrales-Guerrero L. ... 271
Correas B. ... 255
Corrochano E. ... 205
Cortés S. ... 174
Cortés-Angulo J. ... 110, 170
Cortés-Carmona J. ... 103-104
Cortés-Ramas A. ... 131
Corvobilla JL. ... 182
Cos-Zapata A. ... 243
Costa J. ... 241
Craywinckel G. ... 217, 251, 271
Craywinckel Martí G. ... 262
Crespillo-Costa E. ... 113
Crespo Carrión MJ. ... 94, 237
Crespo-Carrión J. ... 93
Cristina-Besora C. ... 256
Cros C. ... 221
Cruells Salla M. ... 32
Cruz A. ... 135
Cucullo JM. ... 202, 234
Cuenca-Zaldívar N. ... 96
Cuerda JA. ... 123-124
Cueva-Álvarez A. ... 64
Cuevas-Baticón B. ... 114
Cuxart A. ... 98

D

Da Ponte González R. ... 121
Dalga Reguart G. ... 89
Dalmau N. ... 218
Darias Rodríguez GM. ... 119
Darpón J. ... 109, 118, 128, 146
Darpón-Sierra J. ... 204, 219
De Allende-Achanlandabaso A. ... 205
De Andrés-Gimeno B. ... 181
De Benito L. ... 153
De Blas V. ... 87
De Bustos Guadaño M. ... 232
De Carlos-Soler ML. ... 244, 253
De Dios-Álvarez R. ... 96
De Dios-del Valle R. ... 219, 270, 271
De Febrer G. ... 197, 221, 250, 256
De Giorgis MJ. ... 238, 244, 267
De Grado-Sanz P. ... 242
De Haro Orozco M. ... 136
De Juan S. ... 205
De Justo MJ. ... 85
De la Calle-Real S. ... 81
De la Casa-Torija A. ... 194
De la Cera T. ... 228
De la Cerra-Guirao P. ... 235
De la Fuente-Martín C. ... 142
De la Hoz-González C. ... 230
De la Iglesia B. ... 83
De la Torre González AJ. ... 179
De la Torre Merelles B. ... 237
De la Vega-Pérez N. ... 77
De Miguel C. ... 226
De Miguel J. ... 59
De Miguel-Aguirre E. ... 101, 105, 107, 240
De Miguel-Celis M. ... 92
De Mora A. ... 196
De Oliveira-Sousa SL. ... 236
De Sancho JL. ... 178
De Toro-Salas A. ... 85
De Val A. ... 111
Del Amo S. ... 213
Del Baño MD. ... 137
Del Baño-Aledo ME. ... 158, 236
Del Barco A. ... 101, 123
Del Campo A. ... 85
Del Caño-Jiménez G. ... 159, 262
Del Casar JM. ... 133
Del Castillo Olivares-Pantoja MC. ... 92
Del Hierro T. ... 164
Del Mazo-Martínez CL. ... 169-170, 225
Del Pino J. ... 155, 260
Del Pozo P. ... 200-201, 229
Delgado JE. ... 194
Delgado M. ... 215
Delgado MJ. ... 185
Delgado O. ... 190
Delgado R. ... 197, 233, 247
Delgado-Marín JL. ... 92
Delgado-Vila RM. ... 264
Delpón B. ... 126
Devesa J. ... 101, 123
Dewisme M. ... 184
Diarte JA. ... 148
Díaz A. ... 159
Díaz de Cerio A. ... 189
Díaz González MR. ... 191
Díaz M. ... 180
Díaz Rubia A. ... 108

Díaz-Alonos J. 218
Díaz-Alonzo J. 206
Díaz-Chicano JF. 172, 200
Díaz-de la Serna A. 209
Díaz-Hernández JA. 196
Díaz-Herrera MA. 123-124
Díaz-López Y. 92
Díaz-Mayán M. 230
Díaz-Migoya J. 186, 218
Díaz-Zubizarreta JM. 204
Dierssen-Sotos T. ..... .99, 108, 125-126, 133, 148, 206-207, 241, 258
Díez A. 214
Díez del Pino A. 183
Díez G. 244
Diez Medina F. 162
Díez-Salvador F. 77
Dios E. 188
Dios-del Valle R. 225, 267
Doblado O. 67
Dolz-Romero M. 152
Dolz-Ros A. 121
Domenech F. 128
Domènech P. 193
Domenech-Gil O. 113
Doménech-Spaneda MF. 133
Domingo-Gil G. 194
Domínguez Arias B. 211
Domínguez Tristancho D. 169, 175
Domínguez Tristanco D. 157
Domínguez-Arias B. 164
Domínguez-Gómez MD. 217
Duarte-Climents G. 124, 165
Dueñas B. 160
Duque-González MA. 77
Dura MJ. 153
Durán MJ. 121
Durán S. 245
Durán-García ME. 155
Duro-Martínez AM. 102
Duro-Ruiz A. 157

E

Echarte JL. 81, 113
Echarte-Pazos JL. 111
Echeverría Muguruza MA. 143
Ecscudero E. 109
Egea-Mármol MD. 195, 237
Egido P. 177, 227
Egido-Lizán P. 175
Eguileor M. 182
Eguileor-Gurtubai M. 139, 222
Eguinoa San Román B. 252
Elejalde JI. 267
Elexpuru-Markaida J. 221
Elizalde JL. 261
Elizondo-Valero MI. 214, 251
Elosegi M. 193
Elosegi-Vallejo E. 113, 195
Emazabel M. 244
Emparan C. 87, 96, 134, 184
Emparan-García de Salazar C. 131, 234, 239
Enríquez N. 161, 190, 202
Enríquez-Martín N. 223
Equipo Asistencial del CSM Ajuriagerra Toxicomanías 2006 239
Equipo Asistencial del CSM de Sestao 2005-2006 242
Eriz N. 211
Escanero-Marcén JF. 151
Escobar-García MJ. 143, 250
Escolar-Reina P. 158, 236
Escota J. 89
Escribano E. 147
Escribano MT. 236
Escrig-Mestres M. 93, 143
Escudero E. 109, 135
Escudero F. 150, 254
Escudero-Gómez C. 181
Esnaola Aguirrezabala MJ. 238
Esparza L. 159
Espejo T. 112
Espelt-Aluja MP. 223, 235, 240
Espín-Fernández M. 129
Espiñeira J. 229
Espinosa A. 19
Espinosa Valverde R. 179
Esteban Báez E. 262
Esteban E. 251, 271
Esteban-Paredes F. 256
Estébanez-Carrillo M. 101, 105, 107, 240
Esteller E. 123-124
Esteller-Balagué A. 257
Esteve J. 118, 201, 235, 248
Esteve-Candel AM. 188
Estévez I. 127
Estévez-Hernández I. 209
Estévez-Ligero S. 205
Estibariz Malcorra A. 177
Estivill P. 95
Estrada D. 261
Estraviz B. 97
Etchenique A. 29
Expósito S. 108

F

Facio A. 220
Falguera G. 83
Fanlo de Deigo F. 252
Farcha I. 78
Fariñas MC. 258
Fariñas-Álvarez C. 185, 230
Farré C. 164
Faus-Felipe V. 179, 184
Fe A. 230
Feal Cortizas B. 98, 152
Félez E. 183
Félix M. 121, 210
Fernández A. 159
Fernández Causo R. 93
Fernández E. 160, 202, 241
Fernández Fernández B. 262
Fernández FJ. 82
Fernández García A. 211
Fernández J. 84
Fernández León A. 183
Fernández M. 118, 218, 270
Fernández MA. 126, 200
Fernández Muñiz P. 183
Fernández R. 179
Fernández S. 268
Fernández Santamarina AB. 219, 267
Fernández Temprano MA. 150
Fernández Vega JM. 151
Fernández-Agüero L. 82
Fernández-Álvarez J. 215
Fernández-Campos JA. 174, 262
Fernández-Crespo S. 83
Fernández-De Haro MDM. 178
Fernández-Díaz E. 208
Fernández-Flórez R. 143
Fernández-Galinski D. 89
Fernández-García A. 164
Fernández-García EG. 131
Fernández-García R. 140
Fernández-González A. 227
Fernández-Lasquetty B. 188
Fernández-Llimos F. 108
Fernández-Mulero S. 255
Fernández-Orviz F. 124, 144, 165, 186, 206, 218, 227
Fernández-Quevedo Egocheaga J. 124
Fernández-Ramos AI. 129
Fernández-Ramos J. 173, 227-228
Fernández-Ruiz C. 191
Fernández-Solà J. 261
Fernández-Tenllado MA. 243
Fernández-Zapico D. 144, 186, 206, 218
Ferrándiz-Santos J. 78, 101
Ferre-Ruscalleda F. 211
Ferrer A. 255
Ferrer L. 208, 211
Ferrer-Bas P. 110, 170
Ferrer-Ruscalleda F. 97, 208
Ferreres Oncins JA. 121
Ferro T. 196
Fibla-Saltó J. 210
Fidalgo ML. 192
Figueras A. 86
Figuerola A. 86
Flores B. 229, 266
Flores-Cordón J. 100
Flores-Pastor B. 106, 154, 200-201
Florido K. 250
Fluriache P. 205
Folguera C. 164, 249
Font C. 124
Font-Noguera I. 134
Forés J. 136
Forés-Moreno G. 224
Forés-Palacios ML. 223, 240
Fornes-Vivas RM. 121
Fort Aran R. 217
Fradera C. 20
Fraga ML. 220
Fraile-Castelao R. 77, 159, 162, 262
Fraile-Esteban JI. 256
Franco A. 228
Franco M. 85
Franco Vidal A. 90, 183, 262
Franco-Guerrero AB. 157
Franquelo R. 223
Freile García S. 162
Freixa R. 121
Fresneda-Jaimez ML. 152
Frías X. 147
Fuente-Blanco MC. 241
Fusté-Ballús C. 191, 199

G

Gabaldá M. 131
Gago C. 271
Gaig MT. 141
Gala-de Andrés M. 237
Galán A. 218, 269
Galbán C. 158
Galbany-Padro J. 239
Galdo-Castiñeiras L. 263
Galdos P. 227
Galego T. 240, 254
Galí J. 117
Galilea I. 176
Gallardo G. 255, 258
Gallardo M. 153
Gallart A. 153, 164
Gallastegi I. 192
Gallego Arteaga I. 240
Gallego F. 123, 213
Gallego I. 265
Gallego-Camiña I. 161, 176, 205, 239
Galup C. 176, 226, 269
Gambau M. 145, 203
Gámez J. 90
Gancedo-González Z. 122

Gandía M. ... 145
Gárate M. ... 116
Garay-Rubio T. ... 115
Garcés JM. ... 213
Garcés San José C. ... 110
García A. ... 151, 172, 206
García Alcaraz F. ... 207
García Aranos J. ... 76, 207
García B. ... 256
García Camps E. ... 89, 231
García Caravaca JC. ... 173
García d'Acuña RM. ... 144
García D. ... 183
García de Jalón-Comet A. ... 151, 175, 213, 246
García del Valle S. ... 126
García Díaz F. ... 119
García E. ... 78, 212
García Escudero LA. ... 150
García F. ... 247
García G. ... 147, 170
García Gomariz A. ... 169
García J. ... 145, 203
García Jl. ... 131
García Jiménez B. ... 243
García L. ... 137
García LF. ... 98, 135
García López M. ... 173
García M. ... 80-81, 137, 156, 187, 265
García Marrón A. ... 93
Garcia MC. ... 95, 104, 123, 130-132
García MD. ... 146
García P. ... 86, 117, 221, 224, 250
García Palomo A. ... 191
García PE. ... 141
García Ribes M. ... 93
García Riestra G. ... 90
García Rodríguez P. ... 162
García S. ... 228
García Sánchez J. ... 126, 158
García Urbaneja M. ... 245
García-Aguilar R. ... 196
García-Aísa JC. ... 207, 253
García-Alegría J. ... 184
García-Alfonso M. ... 111, 180
García-Ameijeiras C. ... 224
García-Andrade MJ. ... 261
García-Antón JC. ... 140
García-Arilla E. ... 234
García-Bernabeu MC. ... 114, 129
García-Brioles S. ... 217
García-Capelo JP. ... 244
García-Capelo Pérez JP. ... 232
García-Caravaca JC. ... 163
García-Carballeira F. ... 91
García-Castañón S. ... 175
García-Delgado C. ... 84
García-Díaz N. ... 171
García-Diego C. ... 196
García-Fernández MJ. ... 225
García-Fernández V. ... 152
García-Gálvez M. ... 87, 177
García-Gálvez MM. ... 217
García-Garrido V. ... 95
García-Huete L. ... 203
García-Lancha LC. ... 85
García-López M. ... 146, 163
García-Martínez D. ... 205
García-Mata JR. ... 141, 227
García-Molina J. ... 110
García-Moreno I. ... 158
García-Muñoz JA. ... 94
García-Ochoa-Marín ME. ... 217
García-Oltra E. ... 171
García-Orea MA. ... 207, 253
García-Ortega T. ... 79
García-Palomares A. ... 94
García-Quevedo E. ... 230
García-Rodríguez A. ... 268
García-Rojo M. ... 91
García-Ruiz JA. ... 76, 79
García-Sánchez F. ... 79
García-Sánchez FJ. ... 124
García-Sánchez J. ... 79
García-Sánchez MJ. ... 79, 263
García-Santamaría AM. ... 249
García-Sastre E. ... 271
García-Tallés C. ... 142
García-Torres P. ... 145, 189, 223, 230
García-Vázquez E. ... 122
Garijo-Ayesterán C. ... 131
Garitano B. ... 164
Garmendia-Gómez J. ... 156
Garreta M. ... 114, 266
Garrido Ariza E. ... 187
Garrido E. ... 214
Garrido M. ... 109, 135, 156
Garrido MT. ... 185
Garrido Siles M. ... 179
Garrido-López S. ... 163
Garzon-Hernández JM. ... 225, 270
Gas A. ... 246
Gas-Carpio C. ... 175
Gaspar-Escayola Jl. ... 214, 223
Gassó M. ... 176, 226, 269
Gavaldá M. ... 104
Gayubo-Autillo J. ... 172
Gené A. ... 266
Gens M. ... 88, 94, 123, 213
Gens-Barberà M. ... 171, 198
Germán E. ... 158
Ghio D. ... 116
Giaveno L. ... 267
Giaveno LE. ... 244
Gil Agudo A. ... 191
Gil de Pareja MJ. ... 95
Gil M. ... 190
Gil-Agudo A. ... 187
Gil-Egea MJ. ... 80-81
Gil-Piñero E. ... 172
Giménez MA. ... 137, 172, 206
Giménez-Guerrero C. ... 162
Giménez-Júlvez T. ... 153, 253
Giménez-Mateo A. ... 197
Giménez-Rubio MC. ... 235
Giménez-Ruiz A. ... 76
Giménez-Sender M. ... 204
Gimeno JA. ... 75
Giraldo P. ... 240, 254
Giralt-Rabentós J. ... 140, 243
Girvent M. ... 174
Gisbert MD. ... 269
Glaria T. ... 112
Godes Victoria F. ... 207
Goikoetxea X. ... 192
Gombau C. ... 128
Gombáu-Monteso C. ... 133
Gómez A. ... 130, 160, 199, 212, 243
Gómez de la Cámara A. ... 185
Gómez de Tejada Moreno E. ... 157, 175
Gómez del Pulgar P. ... 141
Gómez E. ... 188
Gómez F. ... 135
Gómez Gerboles M. ... 136
Gómez J. ... 122, 222
Gómez M. ... 153, 182
Gómez P. ... 94
Gómez Suárez E. ... 183
Gómez X. ... 139
Gómez Y. ... 243
Gómez-Arnau JI. ... 126, 159
Gómez-Colledfors MC. ... 235
Gómez-Correcher B. ... 139
Gómez-Gras JM. ... 78
Gómez-Gregorio A. ... 205
Gómez-Gutiérrez JM. ... 206
Gómez-Jiménez J. ... 79, 172
Gómez-Martínez P. ... 198
Gómez-Palmero A. ... 159, 162, 262
Gómez-Pedrero AM. ... 244, 259
Gómez-Peral P. ... 98, 252
Gómez-Rodrigo J. ... 224
Gomis R. ... 219
Góngora-Hervás J. ... 202, 221, 237
Gonseth J. ... 38
González A. ... 179, 200
González Álvarez JM. ... 126
González Ares JA. ... 201
González B. ... 182
González Blanco FD. ... 89
González Bravo A. ... 144
González C. ... 95, 149, 203
González García Y. ... 89
González GJA. ... 215, 251
González J. ... 109, 120, 201
González M. ... 130, 214
González Manero A. ... 157
González MD. ... 215
González MJ. ... 231
González MP. ... 135
González Odériz MI. ... 122
González P. ... 109, 156
González R. ... 127, 136, 184
González S. ... 242
González V. ... 144
González Valdivieso J. ... 201
González-Álvarez B. ... 223
González-Álvarez JM. ... 124, 158
González-Bravo A. ... 210, 257
González-Contreras M. ... 241
González-Fernández B. ... 124
González-González A. ... 162
González-González EM. ... 184, 261
González-González Y. ... 129
González-Gonzalo S. ... 235
González-Llinares RM. ... 115, 209
González-Martín I. ... 163
González-Molinello J. ... 78
González-Olveira J. ... 192
González-Posadas JA. ... 162
González-Rodríguez M. ... 230
González-Ruano P. ... 199
González-Setién P. ... 98, 252
González-Soler MA. ... 137, 163, 231
González-Soria J. ... 96
González-Toledo A. ... 215, 251
González-Vázquez J. ... 100
Gonzalo-Jorge P. ... 188
Gordo Collado S. ... 232
Gordo F. ... 89
Gorostiaga J. ... 106, 245
Gost Garde J. ... 257
Goyache-Goñi MP. ... 141
Gracia A. ... 150, 254
Graña-García E. ... 124
Granado S. ... 271
Granados C. ... 227-228, 241
Granados M. ... 123-124
Grande L. ... 80-81
Grande R. ... 152
Grande-Andueza JM. ... 78
Granero E. ... 138
Granizo V. ... 223

Grau A. 61
Grau J. 136, 214, 261
Grau M. 234
Grau-Àvila A. 107
Grigorov I. 255
Grill-Díaz F. 181
Gros Bañeres B. 110
Grupo Valoración del Principado de Asturias 143
Grutzmancher S. 185
Guajardo J. 265
Guajardo-Remacha J. 239
Güell E. 211
Güell JA. 213
Guerado-Parra E. 76
Guerra N. 109, 146
Guerra-Polo J. 142
Guerrero-Díaz B. 110
Guerrero-Obis P. 252
Guevara M. 247
Guevara-Eslava M. 248
Guijarro Rubio A. 150
Guilabert M. 78, 108, 218
Guillaumes S. 83
Guillén-Sierra MC. 136
Guirado F. 254
Guirao E. 111
Guix D. 83
Gutiérrez B. 188
Gutiérrez I. 256
Gutiérrez J. 81, 178
Gutiérrez R. 197
Gutiérrez-Martínez J. 219, 270-271
Gutiérrez-Pozuelo M. 217

H

Hellín-Monasterio J. 170, 248, 263
Henere E. 111
Herce-Muñoz A. 131
Hernández A. 179
Hernández C. 115, 250
Hernández E. 178, 231, 266
Hernández L. 220
Hernández M. 86, 206
Hernández MA. 160
Hernández Martínez R. 119
Hernández MC. 255
Hernández N. 88, 94, 123, 171
Hernández P. 158, 253
Hernández S. 120, 218, 226, 249
Hernández Vidal N. 144
Hernández-Cascales N. 178
Hernández-Ferrándiz MC. 93-94, 263
Hernández-Gil E. 223
Hernández-Mazo CG. 134
Hernández-Mazo V. 87, 96
Hernández-Meca ME. 100, 129
Hernández-Roca L. 237
Hernández-Ródenas J. 263
Hernández-Vidal N. 198, 210, 257
Hernando A. 144, 192
Hernando OR. 215, 251
Hernando-García V. 234, 239
Hernando-Uzkudun A. 177, 208, 210
Herranz M. 231
Herranz MM. 115
Herranz R. 193
Herranz V. 183
Herranz-González V. 64
Herrer Castejón A. 110
Herrera-Nicolás S. 196
Herrera-Romero T. 103, 246, 257
Herrera-Valladolid D. 77
Herrero JA. 122
Herrero M. 117
Herrero R. 118
Herrero-Gómez E. 246
Herrero-Heredero R. 204, 219
Herreros de Tejada A. 141
Hervás MJ. 153
Hidalgo E. 116, 133
Hidalgo K. 211
Hidalgo-Martín M. 79
Hijós LA. 204
Hilarión P. 96, 139
Homs E. 254
Huarte I. 181
Huerta Díaz J. 219
Huertas S. 231
Huete O. 156, 177
Hurtado A. 108

I

Ibáñez J. 102
Ibáñez JR. 233
Ibáñez Pardos JL. 84
Ibáñez-Zubiarrain A. 219
Ibarmia J. 128
Ibarz M. 130
Ibernon Zabala M. 119
Idoipe A. 141, 146
Iglesias Porras A. 89, 231
Iglesias-Gómez MA. 163
Iglesias-Vázquez JA. 157
Illana-Rodríguez N. 110, 170, 248
Illescas-Sánchez M. 140
Illescas-Sánchez ML. 243
Inclán-Ponce de León MJ. 130
Inga R. 38
Iniesta C. 114, 171, 266
Intriago C. 228
Intxausti E. 220
Iranzo MD. 133
Iruin-Sanz A. 192
Irurzun Larrañaga I. 143
Isusi-Lomas L. 163
Iturburu I. 208
Ivorra F. 209
Izarzugaza E. 239, 242
Izarzugaza I. 264
Izarzugaza-Iturrizar E. 192
Izquierdo L. 220
Izquierdo Ros MT. 173
Izquierdo-Álvarez S. 151, 213, 229, 246
Izuel-Rami M. 84

J

Jabalera M. 91, 103, 176
Jara S. 221
Jaraiz F. 215
Jareño Collado P. 207
Játiva Quiroga V. 145
Jauregui-Celaya MF. 99, 120
Javierre Loris MA. 110
Jericó C. 208, 211
Jiménez B. 247
Jiménez C. 112, 146, 192
Jiménez E. 146
Jiménez F. 153
Jiménez I. 120
Jiménez M. 215
Jiménez Torres NV. 201
Jiménez-Buñuales T. 234, 239
Jiménez-Gómez MJ. 257
Jiménez-Molina JL. 172, 200
Jiménez-Moreno R. 94, 130
Jiménez-Morón D. 217
Jiménez-Muñoz AB. 128, 155
Jiménez-Puente A. 76, 184
Jiménez-Torres NV. 139, 202
Jimeno J. 86
Joseba J. 220
Jové A. 149
Jové-Edo N. 107, 128, 179
Junyent Bisbal R. 179
Jurado-Pellicer R. 247

K

König SA. 238, 244, 267
Kelley E. 37

L

Lacambra I. 89
Lacruz P. 78, 174
Lacruz-Guzmán D. 230
Lafuente-González M. 183
Laguna C. 161, 190, 202
Lameiro Couso FJ. 257
Lamelas ML. 85
Lamiquiz E. 164
Landa B. 187
Landaluce G. 250
Landaluce-Lauzurica JI. 88, 99, 120
Lara Sánchez H. 162
Lara-Blanquer A. 76
Lara-Cátedra C. 253
Laritzgoitia I. 38
Larrañaga-Garitano J. 156
Larrea MV. 143
Larrea N. 211
Larreina-Zerain M. 119
Larretxea Etxarri R. 238
Laso MJ. 89
Latorre M. 86, 134, 261, 265
Latorre-Marco I. 81, 183
Laveda López P. 237
Layana Echezuri E. 257
Layunta R. 144
Lázaro MD. 84, 134, 213
Leal-Álvarez M. 259
Leal-Llopis J. 93-94, 125, 130, 253
Lebrón-Carmona J. 100
Lecuona-Sanz L. 192
Ledesma A. 254
Legarra-Muñoa H. 251
Lekuona L. 239, 242
León A. 255
León D. 194
León J. 133
León MA. 164
León-Molina J. 170
León-Rivera F. 257
León-Villar J. 230
Lerma-Gaude V. 258
Lertxundi H. 181
Lillo I. 172
Lillo P. 153
Lillo-Navarro MC. 236
Limón R. 38
Lineros E. 135
Lirón-Ruiz R. 154
Llaberia N. 156
Lladó A. 171
Lladó RI. 116
Llamas A. 86, 134, 265
Llamas MD. 258
Llamas-Sánchez F. 100
Llamazares R. 265
Llarena MJ. 191
Llauradó C. 86, 118, 121, 235, 248
Lledó-Rodríguez R. 191, 199
Llinàs M. 251, 271
Llobet Barberi E. 121
Llobet JM. 233

Llobet-Barbany JM. 264
Llompart A. 194
Llompart M. 77
Llopis-Fernández M. 230
Llorca-Díaz J. 99, 133
Llorens D. 269
Lloret A. 259
Lloret J. 106
Loeches P. 87
Lois Camara F. 108
Lombardero E. 271
Lombraña M. 220, 261
Lopetegui P. 164
López M. 118
López A. 189
López C. 240, 254
López Coronas L. 228
López D. 192
López E. 265
López Escribano A. 76, 207, 252
López Gómez AI. 225
López L. 83
López Lera C. 89
López López E. 198
López M. 114, 171
López Montenegro-Soria MA. 139
López Moyano JL. 207
López R. 96, 156
López Reneo R. 149
López- García A. 140
López-Abellán MD. 138
López-Arbeloa G. 97, 264-265
López-Barba J. 257
López-Cabezas C. 254
López-Casanova MJ. 232
López-de Gauna P. 215, 251
López-Fernández MP. 100
López-García D. 208
López-Ibáñez M. 110, 170, 248
López-Lacasa A. 199
López-Lacoma JC. 169
López-Llauradó H. 252
López-López E. 188-189, 223, 253
López-Marinas I. 243
López-Montenegro Soria MA. 201, 202
López-Niño I. 210
López-Picazo JJ. 84, 111, 134, 213
López-Picazo T. 137, 163, 231
López-Pulido A. 271
López-Reneo R. 96
Lorente E. 88
Lorente L. 164
Lorente-Ten E. 198
Lorenzo JA. 209
Lorenzo Martínez S. 100
Lorenzo S. 124, 126, 152, 158-159, 241, 253, 261
Lorenzo-Martínez S. 129
Lorenzo-Prieto C. 260
Lorenzo-Zapata MD. 137, 163, 231
Losada Marrodan B. 119
Lou LM. 75
Lou ML. 161, 190, 202
Lou-Alcaine ML. 214
Loureiro M. 191
Lozano J. 216
Lozano-Trujillo G. 248
Lucendo MJ. 231
Luis M. 156
Luna M. 123
Luna-Arce M. 171
Luquin MF. 247
Luquin Sáinz MF. 243
Luquin-Martínez R. 110
Luquin-Sáinz F. 248

M

Macia J. 173, 227-228
Macías-Rodríguez C. 100
Macías-Rodríguez F. 79
Madariaga Estensoro L. 245
Maderuelo JA. 256
Madrid P. 111
Madrid-García FJ. 91
Madroñal P. 83
Madroñero-Cuevas MC. 91
Magán P. 95, 149, 185
Magre J. 269
Maillo A. 155, 260
Maiquez V. 254
Maiquez-Mojica V. 195, 202, 221, 237
Mallo-Fernández JM. 101
Mallol A. 75
Manent L. 124
Manso M. 249
Manzanares-Lazaro JA. 216
Manzanera R. 51
Manzanera-Saura JT. 110, 248, 265
Manzano A. 103-104, 115, 250
Manzano JM. 143
Manzano-Angua JM. 250
Maqueda A. 108
Marco A. 199
Marcos-Pascua P. 154
Marcuello MT. 182
Mareca R. 210, 226
Margalef F. 67
Margareto R. 194
Marimón Virgili E. 216
Marín A. 171, 254
Marín M. 80-81
Marín-García A. 197
Marín-Pellicer A. 144
Mariñas D. 229
Marino A. 106
Marión-Buen J. 207, 253
Marión-Buey J. 153
Mármol-Cantero JJ. 195, 216
Márquez MA. 81, 178
Márquez RM. 215
Márquez-Peiró JF. 139, 202
Marrón Tundidor R. 110
Marsinyach-Agustí M. 252
Marta E. 231
Marta J. 231
Martí A. 112, 218, 270
Martí Brull P. 179
Martí R. 120, 218, 226, 249
Martí-Valls J. 222
Martín E. 82
Martín González M. 262
Martín Gracia E. 84
Martin Herranz I. 98, 152
Martín I. 193
Martín J. 229
Martín Lozano ML. 181
Martín M. 251, 271
Martín MA. 236
Martín Maestro-PoloP. 203
Martín N. 176
Martín S. 200
Martín T. 124
Martín-Castro C. 79, 172
Martín-Clemente G. 169-170, 178, 212, 225, 245, 260, 270
Martín-Escalante MD. 184
Martín-Espartero R. 91
Martín-García-Maroto MM. 225
Martín-Lorenzo JG. 154
Martín-Martín A. 143
Martín-Navascues F. 204, 214, 251
Martín-Perles R. 85, 147, 204, 219
Martín-Ríos MD. 136
Martín-Rodríguez J. 196
Martín-Rodríguez M. 196
Martín-Rodríguez MD. 142, 157, 164, 192, 245
Martín-Sánchez E. 191, 199
Martín-Urreta JC. 146
Martines-Gutiérrez A. 91
Martines-Morelló M. 100
Martínez A. 133, 187
Martínez de la Eranueva R. 122
Martínez E. 153, 198
Martínez G. 214
Martínez García I. 267
Martínez H. 87
Martínez I. 182
Martínez J. 116, 270
Martínez JR. 83
Martínez K. 159
Martínez L. 127
Martínez Legaz RM. 212
Martínez Luján E. 212
Martínez M. 131-132, 206
Martínez MJ. 86, 121
Martínez ML. 220
Martínez MT. 81
Martínez Ramírez A. 88
Martínez Sánchez-Alcázar I. 90
Martínez-AlonsoJR. 224
Martínez-Bienvenido E. 137, 163
Martínez-Bienvenido EM. 231
Martínez-Bueno MA. 133
Martínez-Castillo J. 248
Martínez-Corbalán JT. 125
Martínez-Espin C. 137
Martínez-García JF. 169
Martínez-García RM. 198
Martínez-Hernández P. 174
Martínez-Ibáñez V. 106, 149
Martínez-Juan A. 248
Martínez-López J. 142, 195
Martínez-Marín R. 130, 205
Martínez-Martínez L. 209
Martínez-Martínez P. 265
Martínez-Mateo F. 191, 199
Martínez-Matienzo I. 139, 222
Martínez-Medina E. 202, 216, 221
Martínez-Menéndez MA. 85
Martínez-Navarro E. 198
Martínez-Ochoa E. 185
Martínez-Ortuño FJ. 248
Martínez-Piédrola M. 142
Martínez-Piédrola MM. 92, 136
Martínez-Ros C. 213
Martínez-Ruiz MC. 110
Martínez-Serrano MA. 80-81
Martínez-Toledano Olaya P. 232
Martín Rodríguez MD. 211
Martos A. 268
Martos-García L. 263
Martos-Pérez F. 184
Marzal JM. 200
Marzal L. 176, 226, 269
Marzzan P. 116
Mas A. 219-220
Más P. 197
Masip-Serra R. 114
Masó D. 27
Mata B. 194
Mata E. 133, 193
Mata-Morante M. 98
Mateo-Moreno MC. 140
Matías A. 260
Mattos-Antelo JC. 224

Mayol J. 192
Mayor-Martín AB. 196
Mayoral JC. 188
Mazo S. 134
Mazo-Martínez CL. 178, 212, 245, 260, 270
McGill L. 48
Mediavilla Herrera I. 117
Mediavilla Tris J. 112
Medina-Abellán MD. 138
Medina-Bustillo B. 155
Medina-Mirapeix F. 158, 236
Medrano-Albeniz J. 107
Mejón R. 106, 149, 222
Mejon-Verges R. 224
Mellado-Martín R. 140, 242
Mena JM. 80, 148
Menchen B. 164, 249
Menchón P. 117, 224
Menchón-Martínez P. 264
Menchón-Martínez PJ. 81, 145
Méndez D. 155, 260
Méndez JM. 151
Méndez-Hernández J. 77
Mendiguren-Navascues N. 204, 251
Mendoza C. 182
Mendoza-Ruiz C. 139, 222
Menéndez Fernández F. 90
Menéndez-Fraga MD. 64, 129
Menéndez-Rodríguez E. 251
Mengibar García Y. 144
Mengibar-García Y. 210
Merino Hernández M. 210
Merino M. 190
Merlo-López M. 183
Mesas A. 138, 154
Meseguer-Henarejos AB. 158, 236
Mestres-Solà C. 268
Mezkorta K. 118
Mezkorta-EtxaurrenK. 219
Millán Casado M. 240
Millán H. 85
Millán MT. 151
Millán-Casado M. 118-119
Mimoso S. 183
Minguell C. 139
Mínguez S. 113
Mínguez-Maso S. 232
Minguillón C. 259
Minguillón Cebrián C. 249
Minue S. 256
Miquel A. 86, 189, 193
Miquel Fernàndez A. 217
Miquel J. 229, 266
Mira JJ. 78, 108, 127, 209, 218, 269
Miralbés S. 106
Miramontes P. 155
Miranda A. 83
Miranda-García M. 159, 162, 262
Miró AM. 176, 226, 269
Miró Viamonte E. 175
Misiego-Peral A. 207, 253
Molero-Pérez B. 204, 214, 251
Molina Pérez T. 231
Mompó C. 225, 232
Mondejar-Ortega A. 264
Monedero Boado J. 252
Monforte ML. 177
Monje A. 115, 250
Montañés MA. 227
Montaño C. 190, 202
Montaño-Remacha C. 153
Monte D. 141
Monte-Pujol D. 114
Montejo-Gutierrez M. 105
Montero AB. 97
Montero B. 254
Montes M. 180
Montes Y. 125, 224
Montilla CA. 155, 260
Montilla-Herrador J. 158, 236
Montoliu R. 259
Montserrat M. 259
Montserrat-Capella D. 224
Monzón A. 120, 188
Mora Banderas A. 179
Mora G. 147, 170
Mora S. 211
Mora-Banderas A. 79
Moracho del Río O. 57
Morales A. 200
Morales E. 112
Morales F. 172, 206
Morales L. 144, 250
Morales-Jiménez F. 130
Morales-Lara MJ. 230
Moran I. 106
Morcillo A. 197
Morcillo Rodríguez MA. 201
Moreno A. 106
Moreno García S. 252
Moreno P. 95, 104, 123, 130-132
Moreno-Canovas FT. 205
Moreno-Encabo I. 138
Moreno-García F. 82
Moreno-Pastor AD. 163
Moreno-Reina S. 264
Moreno-Valero M. 215
Moreno-Valero MA. 169
Morera R. 112
Morilla-Bernal A. 103-104
Moris de la Tassa C. 145
Morlan L. 136
Moro A. 193
Morón V. 126
Morte I. 216
Moya C. 123, 130, 132
Mozota J. 180
Muela I. 245
Mugabure B. 177
Múgica Dorronsoro M. 177
Muiño I 213
Muiño-Bové I. 171
Muiño-Mínguez A. 128, 155
Mujika M. 256
Mujika-Orellana M. 156
Mulas D. 164
Munar B. 242
Muñecas B. 261
Munín-Sánchez MA. 157
Muñoz A. 173
Muñoz F. 77, 106, 116, 147, 170
Muñoz Godoy E. 157, 169, 175
Muñoz JJ. 147, 170
Muñoz MJ. 180
Muñoz P. 109, 135, 156
Muñoz R. 211
Muñoz Sánchez-Villacañas R. 76, 252
Muñoz V. 205
Muñoz-Esparza S. 197
Muñoz-González JJ. 78, 101
Muñoz-Ureña A. 169
Muntades Agustí O. 75
Murcia-Alemán T. 174
Murillo C. 98, 101
Murua-Navarro F. 105, 196, 240
Musitu-Pérez MV. 259

N

Nadal O. 91, 103, 176
Navalón R. 160, 199, 243
Navaon R. 212
Navarrete NS. 97
Navarro C. 131, 213, 226
Navarro I. 269
Navarro IM. 127
Navarro J. 202
Navarro L. 196, 223
Navarro M. 177
Navarro N. 147
Navarro S. 82, 132
Navarro-Aguilera I. 264
Navarro-Córdoba M. 99, 133
Navarro-Jiménez I. 202, 216, 221
Navarro-Juanes A. 121
Navarro-Ortiz MD. 263
Navarro-Pujante E. 236
Nebot C. 127, 218, 269
Neri NJL. 97
Nespral B. 133
Nicolás G. 172
Nicolas I. 156
Nicolás-Abellán A. 237
Nieto E. 214
Nieto P. 219-220
Nieto-Rodríguez M. 124
Nin C. 24
Nisa Canet I. 136
Noguera-Velasco JA. 174
Nogueras-Ruiz S. 173
Noria M. 126, 159
Noriega A. 207, 268
Notario R. 153
Noval J. 197
Novo F. 126
Novo-Platas J. 236
Nualart-Berbel L. 210
Núñez A. 190
Núñez E. 202
Núñez Hernández A. 187
Núñez J. 187, 267
Núñez Tendero JJ. 252
Núñez-García D. 131, 173, 175
Nuño-Ramos S. 270

O

Obis-Gibert A. 264
Ocaña-Vedia E. 235
Ochando-García A. 100, 129
Ochandorena-Juanena MS. 146
Ochoa P. 234
Ochogavía J. 230
Ogueta Lana MA. 245
Ojeda F. 83, 135, 174
Ojeda-Casares M. 175
Olaetxea-Urizar E. 122, 141
Olavarria-Govantes L. 79
Oleaga S. 86, 97
Oleagas S. 121
Oliva A. 84, 118
Oliva Vicedo JA. 119, 121, 136
Oliva-Sánchez R. 92
Olivan R. 141
Olivares M. 126
Oliver A. 102
Oliver-Robres F. 268
Oliveras M. 102, 154
Oller C. 164
Oller H. 108
Olmedo C. 271
Olona N. 111, 190
Omaetxebarria E. 86, 134

Omeñana M. 227
Omeñana O. 177
Orbe-Dañobeitia AM. 115
Orbegozo Alberdi J. 187, 210
Orce I. 233
Orce-Satrústegui I. 264
Ordóñez B. 89
Oreja C. 136
Oria C. 233
Orihuel I. 209
Ormaetxea-Legarreta M. 156
Ortega B. 269
Ortega F. 266
Ortega Larios EK. 88
Ortega M. 242
Ortega MA. 189
Ortega-Jiménez F. 265
Ortega-Martínez V. 113
Ortega-Peinado M. 103-104
Ortells Museros L. 179
Ortigas-Bueno MT. 153
Ortigueira JA. 124, 126, 158, 253
Ortín A. 218
Ortiz González O. 173
Ortiz J. 120, 190
Ortiz L. 269
Ortiz MM. 160, 199, 212
Ortiz-García M. 200
Ortiz-González O. 163
Ortiz-Muñoz M. 172
Ortiz-Otero MM. 243
Osés I. 159
Otero A. 95, 149
Otero C. 179
Otín JM. 218, 270
Otín P. 182
Oto-Terrer JM. 77, 162, 262

P

Pacheco R. 199
Padilla C. 234-235, 248
Pagés A. 213
Pagès-Garriga RM. 229
Pahissa J. 136
Pajin-Santos MA. 224
Palacián MP. 177, 227
Palacín C. 267
Palacio F. 256
Palacio Lapuente F. 57
Palacios A. 193
Palacios L. 88, 213
Palacios-Llamazares L. 171, 198
Palau-Vendrell A. 171
Palenzuela R. 233
Pallás O. 81
Pallejà M. 196
Palomar G. 270
Palomera E. 128
Palomo P. 146
Palop-del Río A. 173
Paniagua F. 100, 126, 129
Pardo PA. 161
Pardo-Fernández MJ. 248
Pardo-López Fando S. 155
Paredes Sidrach de Carmona A. 243
Paredes-Sidrach de Cardona A. 93-94
Pareja A. 267
Pareja-Grande JA. 136
Parejo C. 258
París-Giménez J. 91
Parlorio-Andrés E. 201
Parra P. 220
Parra-León ML. 64
Parrado Cuesta S. 233, 237
Parrilla Benedicto C. 229
Pascual C. 140
Pascual Huertas LI. 136
Pascual L. 135, 156
Pascual M. 203
Pascual T. 199
Pascual-Clemente F. 172, 200
Pascual-Díaz R. 94
Pascual-Fernández C. 244
Pascual-Martínez N. 152
Pastor A. 185
Pastor M. 189
Pastor-Rodríguez-Moñino A. 146
Paya JM. 153
Paz E. 250
Paz JA. 159
Paz-González LM. 230
Paz-Ramírez L. 81, 145
Peco C. 98, 135
Pedrajas-Rubiales MB. 207
Pedreño-Planes JJ. 84, 111, 213
Pedrola-Sánchez R. 100
Peinado-Visanzay R. 76
Peleato A. 148
Pellicer-Franco E. 263
Pellicer-Orenes F. 92, 265
Peña Peláez A. 262
Pena-Espallargas L. 100
Peñalver-Celdrán V. 263
Peñalver-Guillén C. 125
Peñalver-Hernández F. 93, 180
Penas-Penas M. 142
Pendás Álvarez C. 162
Perea-Milla E. 76, 184
Pereda A. 220
Pérez A. 78, 130, 132, 197
Pérez Boillos MJ. 245
Pérez E. 102
Pérez Fernández I. 212
Pérez García B. 157, 169, 175
Pérez J. 141, 147, 170, 179, 185, 192
Pérez LI. 156
Pérez MA. 61
Pérez Martínez MJ. 212
Pérez P. 171, 209
Pérez Pérez M. 144
Pérez Rielo A. 222
Pérez Trueba E. 179
Pérez V. 133
Pérez-Aradros C. 180
Pérez-Ayala M. 174
Pérez-Bartolí J. 178
Pérez-Boillos MJ. 209
Pérez-Canal C. 244
Perez-Cárceles MD. 79
Pérez-Cerdá F. 151, 238
Pérez-Company P. 138
Pérez-Encinas M. 102, 184, 244, 253, 261
Pérez-García MC. 81, 93-94, 180, 230
Pérez-Gortari P. 112, 122
Pérez-Jover V. 78, 108, 209, 218, 269
Pérez-López C. 93-94
Pérez-López L. 252
Pérez-Maiquez M. 223
Pérez-Rivas FJ. 146
Pérez-Sust P. 149, 186
Pérez-Suárez I. 64
Pérez-Trueba E. 79
Pericas-Bosch E. 186
Peris-Grao A. 112
Peris-Muria R. 210
Permanyer-Miralda G. 178
Picaza E. 146
Pico-Soler V. 153
Piedra Recio J. 90, 145
Pieras E. 77
Pineda I. 178, 266
Piñero-Ramos D. 100
Pinilla-López A. 181
Pinillo JA. 216
Piñol N. 221
Piñol Usón C. 240
Piñol-Gamez O. 113
Piñol-Tena MA. 246
Pintado-Juez Y. 181
Pires M. 84
Pita Babio M. 219
Pitarch-Flors T. 114, 129
Pla G. 109
Plana-Ollé M. 223
Planas D. 251, 271
Planas Gras D. 262
Planas MD. 138, 154
Planas MJ. 91, 103, 176
Planas V. 77
Plovins J. 116
Poal A. 111
Polo MJ. 150, 189
Pons A. 86, 97, 121, 259
Pons M. 183
Pons R. 259
Porta-Oltra B. 139, 201, 202
Portero MP. 89, 148
Pou J. 255
Poveda-Andrés JL. 134
Poza A. 220
Pozo-López D. 206, 218
Prada E. 223
Prado AC. 97
Prado MG. 98, 158
Prado-López C. 186, 206
Prado-Villanueva B. 96
Prat A. 214, 261
Prats-Riera M. 154
Preciado-Barahona MJ. 113, 208, 237
Prieto M. 191
Prieto P. 210
Pruna-Comella X. 191
Puche G. 91, 103, 176
Puente-Domínguez ML. 96
Puente-Palacios I. 111, 180, 232
Puerta-Jiménez JM. 265
Puertas J. 122
Puerto Barrio A. 157
Puerto Barrio AM. 169
Puertollano P. 250
Puig C. 117
Puig D. 77, 106, 116
Puiggalí-Ballart M. 180, 232
Pujana I. 220
Pujol D. 156
Pujol G. 89
Pujol M. 61
Pujol Ribó C. 252

Q

Querol-Gutiérrez JC. 257
Quintana O. 71
Quintana-Cabrieces S. 185
Quintana-Muñoz I. 91
Quintas-Díez J. 221
Quintas-Rodríguez J. 143, 250

R

Rabadán-Anta MT. 103, 246, 257
Rabanal-Retolaza S. 205, 239
Ramírez AM. 247
Ramírez Moreno JA. 187

Ramírez S. 200
Ramírez-Gasca T. 76
Ramírez-Moreno JA. 226
Ramiro-Tena E. 198
Ramon R. 130
Ramón T. 117, 219-220
Ramos G. 197, 221, 250
Ramos-Martínez A. 247
Ramos-Rolon G. 226
Ranz FB. 146
Raya Serrano A. 226
Rebasa P. 82, 132
Rebollar E. 202
Rebollo H. 258
Rebull J. 128
Rebull-Fatsini J. 107, 133
Reca-Buenol. 271
Recasens V. 227, 240, 254
Recuenzo-de Fata S. 92
Red 7 ..... 68, 160
Redondo AM. 267
Redondo J. 188
Registre-CMBD 75
Regúlez P. 109, 146
Reigadas MI. 185
Renedo P. 172
Reollo S. 187
Reparaz F. 247, 267
Reparaz-Abaitua F. 248
Requena RM. 185
Restrepo FR. 38
Retegi J. 190
Revilla-Ramos F. 77, 159, 162, 262
Revillo MJ. 177, 227
Revuelta-Zamorano M. 181
Rey MC. 86
Reyes-Alcázar V. 131
Reynes I. 242
Rezusta L. 267
Ribera MV. 138, 154
Ribes JL. 194
Ribó C. 233
Ribó-Bonet C. 264
Rieiro C. 128
Riera N. 254
Riesco Sanz MV. 150
Ríos B. 228
Ríos L. 67
Ripoll T. 90
Riu M. 113
Rius MA. 161, 266
Rius-Rafecas MA. 239
Rivas FJ. 160, 199, 243
Rivas G. 176
Rivas M. 180
Rivas Ruiz R. 76
Rivas-Pozo J. 91
Riveiro-Villanustre J. 192
Rivera A. 86
Rivera F. 126, 176, 189
Rivkin J. 172
Rizo A. 259
Robledillo P. 164, 249
Robles D. 136
Robles García M. 108
Robles M. 268
Robles-García M. . . 99, 125-126, 133, 148, 206-207, 241, 258
Robles-Vicente M. 202, 221, 237
Roca A. 242
Roca-Montagut A. 100
Ródenas E. 254
Rodrigo Cobos P. 270
Rodrigo I. 105, 125, 224
Rodrigo-Cobos P. 169-170, 178, 212, 245, 260
Rodríguez Cabezudo F. 150
Rodríguez D. 148
Rodríguez Diez M. 162
Rodríguez J. 253
Rodríguez JM. 193
Rodríguez L. 271
Rodríguez MA. 150, 254
Rodríguez VJ. 78, 174
Rodríguez- Pérez MP. 128
Rodríguez-Armona C. 113
Rodríguez-Cabo E. 236
Rodríguez-Campos J. 192
Rodríguez-Cundín P. ..... .99, 108, 125-126, 133, 148, 206-207, 241
Rodríguez-Díaz JC. 85
Rodríguez-Exojo JM. 187
Rodríguez-Fernández J. 124, 144, 165
Rodríguez-Fernández M. 223, 235
Rodríguez-García J. 253
Rodríguez-González L. 161, 176
Rodríguez-Le Halper JM. 215
Rodríguez-López A. 209
Rodríguez-Marín J. 78
Rodríguez-Martínez P. 174, 262
Rodríguez-Mirón Y. 257
Rodríguez-Morales D. 80
Rodríguez-Pasamontes C. 256
Rodríguez-Pena M. 223
Rodríguez-Pérez MP. 155
Rodríguez-Villar M. 152
Roibas-Valdes A. 227
Roig S. 153
Rojas Z. 88
Rojas-Obregón A. 260
Rojo-Pérez E. 185
Roldán C. 200
Roldán G. 201
Rolón-Aguilar E. 91
Rom M. 197
Roma-Vergés J. 88
Román-Fuentes M. 173
Romera P. 67
Romero C. 82
Romero Campos A. 240
Romero J. 20, 213
Romero M. 137, 156
Romero Montenegro C. 121
Romero-Estudillo E. 103-104
Romero-Ventura A. 93
Romeu M. 233
Romeu-Antelo MF. 237
Ron-Martínez N. 144, 227
Ros Martrat T. 136
Ros T. 190
Ros-García V. 142
Ros-García VM. 116
Ros-Martínez E. 110
Rosell G. 117
Rosique MA. 127
Rovira J. 171
Rovira M. 141
Royuela-García C. 100, 129
Rubial-Bernárdez F. 236
Rubio D. 196
Rubio L. 204
Rubio Merchán MA. 252
Rubio P. 153
Rubio-Correal AI. 183
Rubio-Gómez I. 140, 242, 248
Rubio-Martínez A. 227, 240, 254
Rubio-Pulido O. 82
Rubio-Sevilla JC. 95, 140, 242
Ruiz A. 109
Ruiz C. 158
Ruiz de Ocenda E. 103-104
Ruiz de Ocenda M. 151
Ruiz de Ocenda-García MJ. 115
Ruiz E. 197, 250
Ruiz G. 223
Ruiz J. 146
Ruiz JC. 134
Ruiz JR. 148
Ruiz MJ. 254
Ruiz P. 151, 153, 238
Ruiz Romero JA. 222
Ruiz S. 189
Ruiz-Álvarez E. 88, 99, 120
Ruiz-Egea MJ. 138
Ruiz-González F. 91
Ruiz-Lavela FM. 196
Ruiz-López P. 209
Ruiz-Romero V. 108
Ruiz-Ruiz J. 219
Ruiz-Téllez A. 112, 122, 151, 162
Rullo Valls C. 262
Rumbo JM. 220, 247

S

Saa-Rojo X. 249
Saavedra Gamonal M. 267
Sabartés O. 178
Sabater-Raga R. 93, 143
Saboya-Sánchez S. 81
Sabrià M. 124
Sáez T. 199
Sáez-Díez Vea B. 232
Sáez-Soto AR. 116, 142, 195, 198
Sagalés-Torra M. 93
Sagarra Claverol G. 217
Sahuquillo-Bartolomé S. 77, 159
Sáiz C. 97
Sáiz-Pérez C. 230
Saladie M. 269
Salagre I. 259
Salar L. 91
Salas T. 75, 149
Salazar Guerra R. 232
Salazar-de la Guerra R. 96, 244, 260
Saldaña ML. 235
Saldaña R. 151, 238
Salgado Larrea MV. 143
Salvador A. 156
Salvador P. 130
Salvador X. 149
Salleras L. 61
Samaniego Prieto JM. 232
Samper E. 118
San Gregorio-Matesanz A. 244
San Martín B. 103-104
San Miguel-San Martín J. 239
San Miguel-Torvisco P. 141
San Sebastián JA. 86, 134
Sánchez A. 104, 123, 164
Sánchez E. 185
Sánchez JA. 191
Sánchez JL. 106
Sánchez L. 120, 148, 201, 218, 226, 249
Sánchez MP. 187
Sánchez O. 231
Sánchez Pérez F. 243
Sánchez R. 141
Sánchez RP. 120
Sánchez-Álvarez MD. 169-170, 178, 212, 225, 245, 260, 270
Sánchez-Bernal R. 101, 105, 196, 240
Sánchez-Corbalán JL. 249
Sánchez-del-Barrio M. 271
Sánchez-Elduayen T. 137
Sánchez-Ferra MR. 198

Sánchez-García JA. . 169-170, 178, 212, 225, 245, 260, 270
Sánchez-Gil C. 141
Sánchez-Gómez A. 128
Sánchez-Gómez B. 165, 271
Sánchez-González E. 204
Sánchez-Holgado J. 205
Sánchez-Marín A. 198
Sánchez-Martínez MJ. 249
Sánchez-Nanclares G. 185
Sánchez-Nieto JM. 81, 103, 117, 145, 180, 189, 223-224, 230, 246, 253, 257
Sánchez-Oro MI. 249
Sánchez-Perruca L. 80
Sánchez-Picón A. 171
Sánchez-Quintana MD. 77
Sánchez-Ramiro A. 82
Sánchez-Rentero S. 270
Sánchez-Romero S. 217
Sánchez-Rubio J. 148
Sánchez-Ruiz JF. 134
Sánchez-Rus J. 210, 257
Sánchez-Sánchez C. 136
Sánchez-Sánchez M. 181
Sánchez-Teruel F. 138
Sanchidrián C. 271
Sancho F. 255
Sancho-González A. 79
Sandoval-Piqueras A. 247
Sandoval-Sabater F. 263
Sangrador-Arenas LA. 77, 159, 162
Sanjoaquín AC. 111
SanJuan S. 211
Sanjurjo M. 155
Sanmartín-Suñe M. 154
Sans A. 124
Sans Boix A. 79
Sans-Box A. 252
Santamaría L. 121
Santamaría M. 102
Santander R. 265
Santander-Cartajena F. 107
Santiago A. 164, 249
Santiago-García C. 169
Santiago-García M. 215
Santiñá M. 136, 214, 220, 261
Santiváñez A. 38
Santos A. 98, 135
Santos M. 213
Santos MJ. 92
Sanz de Icaza L. 182
Sanz G. 134
Sanz J. 135, 258
Sanz JJ. 189
Sanz-Cortés J. 98, 158
Sanz-Cuesta T. 140, 243, 256
Sanz-Márquez S. 102, 184, 244, 261
Sanz-Moreno C. 163
Sanz-Virseda A. 80
Sarabia O. 38
Sarabia-Lavín R. 98, 252
Saravia JM. 172
Sarrionandia-Azaola S. 239
Saura-Alcaraz I. 178
Saz-De Icaza L. 139
Sebastián A. 150, 254
Sebastián Mesa C. 170
Sedano Monasterio E. 35
Segarra-Castelló L. 121
Segura L. 96
Segura-Melgarejo 247
Segurola Lázaro MB. 245
Sendra Rocher R. 201
Sepúlveda MI. 255
Serna-Rodríguez F. 122, 141
Serra J. 178
Serra M. 128
Serra MA. 196
Serradell-Martínez ME. 216
Serralta G. 199
Serrano A. 189
Serrano C. 146, 201
Serrano Cabello A. 179
Serrano L. 83
Serrano N. 89
Serrano P. 160, 199, 212, 243
Serrano RM. 141
Serrano-Escudero C. 216
Serrano-Gallardo P. 181
Serrano-Rodríguez JD. 187
Serrano-Ruiz A. 81, 183
Serrano-Teruel T. 195, 247
Sevilla E. 206
Sevilla EA. 172
Sevillano Palma V. 170
Sevillano R. 78, 174
Sianes-Blanco A. 131
Sicras A. 147-148
Sierra-Prefasi F. 163, 173
Silvestre Busto C. 257
Silvestre E. 269
Sirvent MC. 95
Sist-Viaplana X. 93, 143
Skaf E. 81, 113
Skaf-Peters E. 111, 180
Sobrequés J. 178
Sogues-Blanco P. 246
Solà E. 128
Solà-Miravete E. 107, 179
Solana R. 183
Solanes P. 253
Solano V. 227
Solans P. 106
Solé Claus I. 231
Solé-Carasa B. 205
Soler R. 84
Solís P. 133
Solís-Muñoz M. 81, 181, 183
Solozabal-Orbegozo K. 161, 176, 205, 239
Soria MA. 84
Soria MT. 247
Soria V. 229, 266
Soria-Aledo V. 106, 200-201
Soria-Ramiro L. 248
Soria-Sarnago T. 248
Soriano P. 87, 96
Soriano-Gil-Albarellos P. 234, 239
Soriano-Hernández FJ. 235
Soriano-Villalba G. 210
Soto A. 111
Soto-Bernal JA. 180
Sotorrío P. 228
Suárez-Alemán G. 79
Suárez-González T. 124, 144, 165, 186, 206, 218, 227
Subcomisión del Dolor 138, 154
Subirana-Casacuberta M. 181
Such-Díaz A. 141
Suelves JM. 96
Suñol R. 55, 96, 139
Supervia A. 113

T

Tafalla C. 173, 227-228
Tamborero Cao G. 175
Tamborero G. 151, 230
Taravilla-Cerdán B. 155, 256
Tarradas J. 194
Tato M. 125
Tato ML. 207
Tejada A. 182
Tejada-Halfmann A. 139, 222
Tejedor-Fernández M. 118-119, 240
Tejedor-Sánchez A. 79
Tejero Cabello I. 252
Tejero-González JM. 96, 149
Tejido-García R. 126
Tella M. 145, 203
Tello Pérez A. 170
Ten-Bartual I. 100
Terol E. 38
Terón-Martínez MJ. 116, 195, 198
Tiñena Amorós M. 138
Tojeiro S. 86, 188
Tomás J. 214
Tomás O. 108, 218
Tomàs R. 112
Tomàs RM. 161, 266
Tomás-Lizcano A. 172, 200
Toran M. 267
Torelló i Cahiz L. 217
Torijano M. 83, 205
Toro-Chico P. 259
Toro-Pérez M. 204
Torralba A. 164, 249
Torralba-Martínez JA. 154
Torras Boatella G. 186
Torras G. 149
Torras J. 203
Torre P. 114, 171
Torres A. 82, 97, 145, 203
Torres Donaire J. 191
Torres M. 211
Torres MJ. 222
Torres Rusiñol M. 252
Tortajada Goitia B. 179
Tortosa-Martínez I. 205
Tosat C. 253
Tresgallo E. 115, 250
Trilla A. 214, 261
Trillo L. 80-81
Trueba Costa M. 93
Turienzo-Santos E. 219, 271
Turiño-Gallego JM. 175
Turón JM. 75

U

Ube-Pérez J. 234, 239, 259
Ugarte M. 264
Ulla M. 199
Unanua Santesteban A. 243
Unanue-López MJ. 195
Urcelay Ibarzabal A. 143
Urgellés J. 82, 132
Uribe-Sarabia JM. 172
Uriz Merino A. 243
Urrechu-Reboiro D. 196
Urretxu-Reboiro D. 119
Urretxu-Reboiro L. 101, 105
Urrezti A. 191
Urroz O. 38, 44
Urruela M. 109, 118, 127, 146, 150, 250
Urruela-Olivan M. 209
Urrutia I. 109, 118, 128, 146
Urrutia-Johansson I. 204, 219
Usandizaga de Antonio E. 119
Usas M. 128

V

Val-Carrascón MI. 103-104
Valcárcel M. 87
Valcárcel-Lencina V. 138
Valdepérez J. 131
Valdes Casas JC. 111

Valdés G. . . . 254
Valdivia MJJ. . . . 97
Valencia O. . . . 151, 238
Valera-Garrido JF. . . . 158
Valera-Gil de Pareja A. . . . 198
Valero B. . . . 205
Vallano A. . . . 138, 154
Valle-Poo A. . . . 151
Vallejo P. . . . 55
Vallès R. . . . 254
Vallverdú H. . . . 82, 104, 123, 130-132
Valverde J. . . . 182
Valverde-Citores RM. . . . 88, 99, 120
Valverde-Iniesta JJ. . . . 235
Vaquerizo C. . . . 137, 156
Vaquero A. . . . 124
Vaquero M. . . . 244
Varea-Lahuerta K. . . . 215
Varela B. . . . 182
Varela-Soto B. . . . 222
Várez-Hernández MI. . . . 183
Vargas C. . . . 98, 101
Vargas MI. . . . 95
Vázquez Jiménez MM. . . . 222
Vázquez T. . . . 247
Vázquez-Bahamonte A. . . . 113
Vázquez-Valdés F. . . . 64, 129
Vecino A. . . . 92
Vega Toca V. . . . 93
Vela E. . . . 75, 149
Vela M. . . . 227
Vela ML. . . . 227
Vela-Marquina ML. . . . 151, 213, 229, 246
Velasco R. . . . 109, 135
Velasco S. . . . 147-148, 215
Velasco Sánchez E. . . . 179
Velasco-Pérez R. . . . 195, 237
Velayos C. . . . 137, 156, 177
Velayos-Amo C. . . . 217
Velaz-Suárez A. . . . 183
Vélez M. . . . 235
Ventura-Moratalla MT. . . . 246
Vera Espartero JM. . . . 265
Vera JM. . . . 266
Veras-Sanz JA. . . . 113, 195, 237
Vernet A. . . . 235
Vicente A. . . . 107, 180
Vicente C. . . . 89
Vicente JP. . . . 216
Victoria-de las Heras MJ. . . . 249
Vicuña B. . . . 247
Vicuña-Urtasun B. . . . 243, 248
Vidal A. . . . 196
Vidal E. . . . 88, 94, 102, 123, 128, 171
Vidán J. . . . 211
Vigil-Álvarez L. . . . 144, 186
Vigil-Escribano MD. . . . 155
Vila A. . . . 117
Vilà M. . . . 226
Vila Rodolf P. . . . 75
Vilarasau J. . . . 225, 232
Vilella M. . . . 150
Villa L. . . . 92
Villa MT. . . . 141
Villa-Valle R. . . . 161, 176, 205, 239
Villaescusa ME. . . . 84
Villamil-Díaz MM. . . . 271
Villamor F. . . . 191
Villanueva A. . . . 197
Villar I. . . . 84
Villares S. . . . 82
Villarroya C. . . . 197
Villarroya Font C. . . . 201
Villaverde MV. . . . 80
Villaverde V. . . . 226
Villazala R. . . . 180
Villegas E. . . . 82, 97, 203, 208
Villegas EB. . . . 145
Villora F. . . . 188
Viña B. . . . 199
Viña R. . . . 153
Viñegra-García G. . . . 221
Vinuesa del Arco AB. . . . 237
Vinuesa M. . . . 173, 228, 241
Visconti JV. . . . 78, 174
Visedo-López JA. . . . 76, 174, 263
Viseu-Pinheiro-Lopes-Do-Rego MG. . . . 82
Viso-Soriano MJ. . . . 246
Vitaller J. . . . 209
Vitoria E. . . . 106, 245
Vivas M. . . . 161
Vives E. . . . 269
Vives-Maffiotte C. . . . 257
Vizcaíno Jaén FM. . . . 169, 225
Vizoso F. . . . 85

X

Ximenis M. . . . 84, 118, 201

Y

Yagüe MD. . . . 177
Yagüe-Larriba MD. . . . 229
Yagüez C. . . . 197, 250, 256
Yáñez F. . . . 107
Yetano J. . . . 97, 264-265
Ynfante I. . . . 185
Yoller-Elburgo AB. . . . 119
Yurrebaso J. . . . 150
Yurrebaso MJ. . . . 128, 208
Yurssl. . . . 235

Z

Zabala A. . . . 235
Zabala I. . . . 144
Zafra J. . . . 209
Zafrilla L. . . . 196
Zaldívar MA. . . . 83
Zamora A. . . . 111
Zamora JA. . . . 253
Zamora MJ. . . . 210
Zapata Jiménez JC. . . . 191
Zavala Aizpurua E. . . . 187, 210, 238
Zavala E. . . . 190, 244
Zayas Carbajal MA. . . . 233
Zazo J. . . . 120
Zazo-Carretero J. . . . 217
Zorita Lamadrid AL. . . . 150
Zorita-Herreros M. . . . 194
Zuazo M. . . . 106, 245
Zuazo-Arsuaga JI. . . . 105, 107
Zudaire-Arana M. . . . 98
Zueras R. . . . 173, 188, 227-228, 241
Zumajo-Gijón V. . . . 146
Zuzuarregui M. . . . 162

ENTIDADES COLABORADORAS

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 25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
AGENCIA DE CALIDAD DEL SNS

CatSalut Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

AENOR Asociación Española de Normalización y Certificación

ANTARES consulting

Boehringer Ingelheim

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

Capio
www.capiosanidad.es

Consorci Hospitalari de Catalunya

DIOMEDES
Health Care Consultants
Carretera de Terrassa, 121
E-08181 Rubí (Barcelona)
www.diomedes.es

MANAGING RISK

DNV

ESTEVE

SANT JOAN DE DÉU
SERVEIS DE SALUT MENTAL

Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu

MSD
El lado humano de la medicina
www.msd.es

NOVARTIS

PosterSessionOnline.com

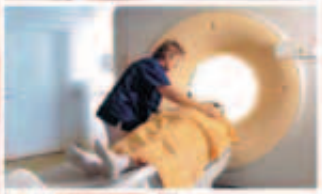
sanofi aventis
La Salud es lo esencial

sem sistema d'emergències mèdiques

TRAZA IDENTIFICACIÓN

Capio Sanidad

tu salud en buenas manos



nuestro trato: respeto y confianza

Capio Sanidad apuesta 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 Albacete*
- *Capio Residencia Asistida La Manchuela*
- *Capio Residencia Asistida Alcábala*
- *Capio Residencia Las Viñas*

BADAJOZ
- *Capio Clideba*
- *Capio Policlínica Clideba (Ménda)*
- *Capio Hospital de Santa Justa (V. de la Serena)*

BARCELONA
- *Capio Hospital General de Catalunya*

CÁCERES
- *Capio Virgen de Guadalupe*

CIUDAD REAL
- *Capio Clínica Ciudad Real*
- *Capio Policlínicos en Alcázar y Puertollano*
- *Capio Res. Asistida Dulcinea (Alcázar de S. Juan)*
- *Capio Hospital Alcázar de San Juan (en construcción)*

MADRID
- *Fundación Jiménez Díaz*
- *Capio Hospital Sur (Alcorcón)*
- *Capio Clínica Alcalá de Henares*
- *Capio Hospital Valdemoro (en construcción)*

MURCIA
- *Capio Hospital de Molina (Molina de Segura)*

TOLEDO
- *Capio Hospital de las Tres Culturas*
- *Capio Clínica de Talavera (T. de la Reina)*

PORTUGAL
- *Capio Policlínico Campomaior*

Capio, más de 16.000 profesionales y 120 centros en 9 países de Europa - www.capiosanidad.es

AENOR SANIDAD CERTIFICADA

Un cambio de cultura en la gestión ya ha nacido

Hazlo crecer. Está en tus manos.

AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001 | AENOR Gestión Ambiental UNE-EN ISO 14001 | AENOR ER Seguridad y Salud Laboral OHSAS 18001 | AENOR ER Seguridad Alimentaria UNE-EN ISO 22000 | AENOR ER Gestión I+D+i UNE 166002

AENOR Asociación Española de Normalización y Certificación

LA CALIDAD TE HACE FUERTE

902 102 201 • info@aenor.es • www.aenor.es