

# *IV Congreso Regional de Calidad Asistencial*

*Murcia, 27 y 28 de Marzo de 2003*

**Programa y Libro de Ponencias y Comunicaciones**



# **IV Congreso Regional de Calidad Asistencial**

## **PROGRAMA Y LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES**

**Auditorio y Centro de Congresos  
de la Región de Murcia**

**Murcia, 27 y 28 de Marzo de 2003**

**Declarado de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad  
y Consumo de la Región de Murcia**



## PRESENTACIÓN Y PROGRAMA CIENTIFICO

|   |    |
|---|----|
| Bienvenida y Comités .....                      | 5  |
| Plano del Auditorio y Centro de Congresos ..... | 8  |
| Programa Científico .....                       | 11 |

## PONENCIAS Y COMUNICACIONES

|                               |   |     |
|-------------------------------|---|-----|
| <b>Mesa 2:</b>                | <b>CALIDAD DE LA GESTIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD</b><br><i>Comunicaciones desde la C-01 a la C-11</i> .....   | 29  |
| <b>Mesa 3:</b>                | <b>CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIOS</b><br><i>Comunicaciones desde la C-12 a la C-25</i> .....   | 41  |
| <b>Mesa 4:</b>                | <b>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b><br><i>Comunicaciones desde la C-26 a la C-39</i> .....  | 57  |
| <b>Mesa 5:</b>                | <b>CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b><br><i>Comunicaciones desde la C-40 a la C-53</i> .....   | 69  |
| <b>Mesa 6:</b>                | <b>EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA</b><br><i>Comunicaciones desde la C-54 a la C-68</i> .....   | 83  |
| <b>Mesa 7:</b>                | <b>LIDERAZGO Y CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN:<br/>           RELEVANCIA Y PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO.</b><br><i>La práctica del Liderazgo: Evaluación 360º</i> ..... 97<br><i>Carrera Profesional en el Servicio Navarro de Salud</i> ..... 101<br><i>Plan de Comunicación Interna del Hospital Morales Meseguer</i> ..... 105  |     |
| <b>Mesa 8:</b>                | <b>EXPERIENCIAS REGIONALES DE CALIDAD ASISTENCIAL</b><br><i>Los servicios internos: clave para la calidad del servicio</i> ..... 113<br><i>Análisis de la estructura motivacional en el colectivo de Enfermería en un Hospital de Area</i> ..... 121<br><i>Variabilidad de la práctica médica en la utilización del laboratorio de urgencias en un Hospital Comarcal</i> ..... 125<br><i>Resultados de la encuesta de calidad percibida posthospitalización en hospitales públicos. Región de Murcia 2002</i> ..... 133 |     |
| <b>Mesa 9:</b>                | <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE ERRORES CLÍNICOS</b><br><i>La comunicación de incidentes críticos como estrategia de prevención de errores en anestesia</i> ..... 143<br><i>Monitorización de sucesos adversos en cirugía</i> ..... 149  |     |
| <b>Comunicaciones Poster:</b> | <i>Comunicaciones desde la P-01 a la P-73</i> .....   | 155 |



Ante todo, queremos agradecer vuestra presencia en el IV Congreso Regional de Calidad Asistencial, organizado por la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, organización federada con la Sociedad Española, y a la que pertenecemos más de 80 profesionales de los ámbitos sanitarios y sociosanitarios de la Región.

Los fines de dicha Sociedad están relacionados con la promoción de la investigación y la formación en materia de gestión de la calidad, impulsando el debate e intercambio de experiencias con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios que prestamos. Para ello, entre las actividades que desarrolla la Sociedad, además de los Congresos regionales o los nacionales celebrados, disponemos de una revista propia, la Revista de Calidad Asistencial (8 números anuales), y se realizan regularmente actividades y ciclos de conferencias para conformar líderes de opinión y promover el cambio cultural en nuestras organizaciones.

Como es conocido, los objetivos de este Congreso son: analizar y debatir sobre las experiencias que sobre calidad asistencial se producen en nuestro entorno, fomentar la difusión de los trabajos realizados en la Región sobre calidad de los servicios de salud y consolidar un lugar de encuentro de los profesionales sanitarios regionales, interesados en los temas relacionados con la calidad asistencial.

Entendemos que dichos objetivos están camino de cumplirse a la luz de la alta participación en este Congreso que permite su consolidación como el foro de referencia regional en calidad asistencial. Del mismo modo, la exposición de 68 comunicaciones orales, 73 comunicaciones póster y 14 ponencias, garantizan alcanzar los fines científicos propuestos.

Esperamos cumplir con vuestras expectativas.

*Martín Quiñonero*  
Presidente del  
Comité Organizador

*Pedro Parra*  
Presidente de  
SOMUCA

*Pedro J. Saturno*  
Presidente del  
Comité Científico

*Rafael Gomis*  
Secretario de  
SOMUCA

## JUNTA DIRECTIVA

### **Presidente**

Pedro Parra Hidalgo

### **Vicepresidente**

Juan M. Sanchez Nieto

### **Secretario-Tesorero**

Rafael Gomis Cebrian

### **Vocales**

J. Miguel Bueno Ortiz

Joseba Calle Urrea

Andrés Carrillo Gonzalez

M<sup>a</sup> Dolores Egea Romero

Francisco Lopez Soriano

Mariano Martínez Fresneda

Pedro J. Saturno Hernández

Jose Saura Llamas

## SECRETARIA TÉCNICA

CEDES S.L.

C/. Trapería, 19 - 3º Izq.

30001 - MURCIA

Telf.: 968 210 684

Fax: 968 211 899

E-mail: [cedes@cedes.es](mailto:cedes@cedes.es)

**COMITÉ ORGANIZADOR****Presidente**

Martín Quiñonero Sánchez

**Vicepresidente**

Pedro Parra Hidalgo

**Secretario**

Rafael Gomis Cebrian

**Vocales**

Francisco Agulló Roca  
Manuel Alcaraz Quiñonero  
Joseba Calle Urrea  
Andrés Carrillo González  
Domingo Coronado Alarcón  
Mariano Guerrero Fernández  
Lauro Hernando Arizaleta  
José López López  
Juan Antonio Marqués Espí  
Manuel Ángel Moreno Valero  
Teresa Ramón Esparza  
Juan Miguel Sánchez Nieto

**COMITÉ CIENTIFICO****Presidente**

Pedro J. Saturno Hernández

**Secretario**

Joaquin Palomar Rodriguez

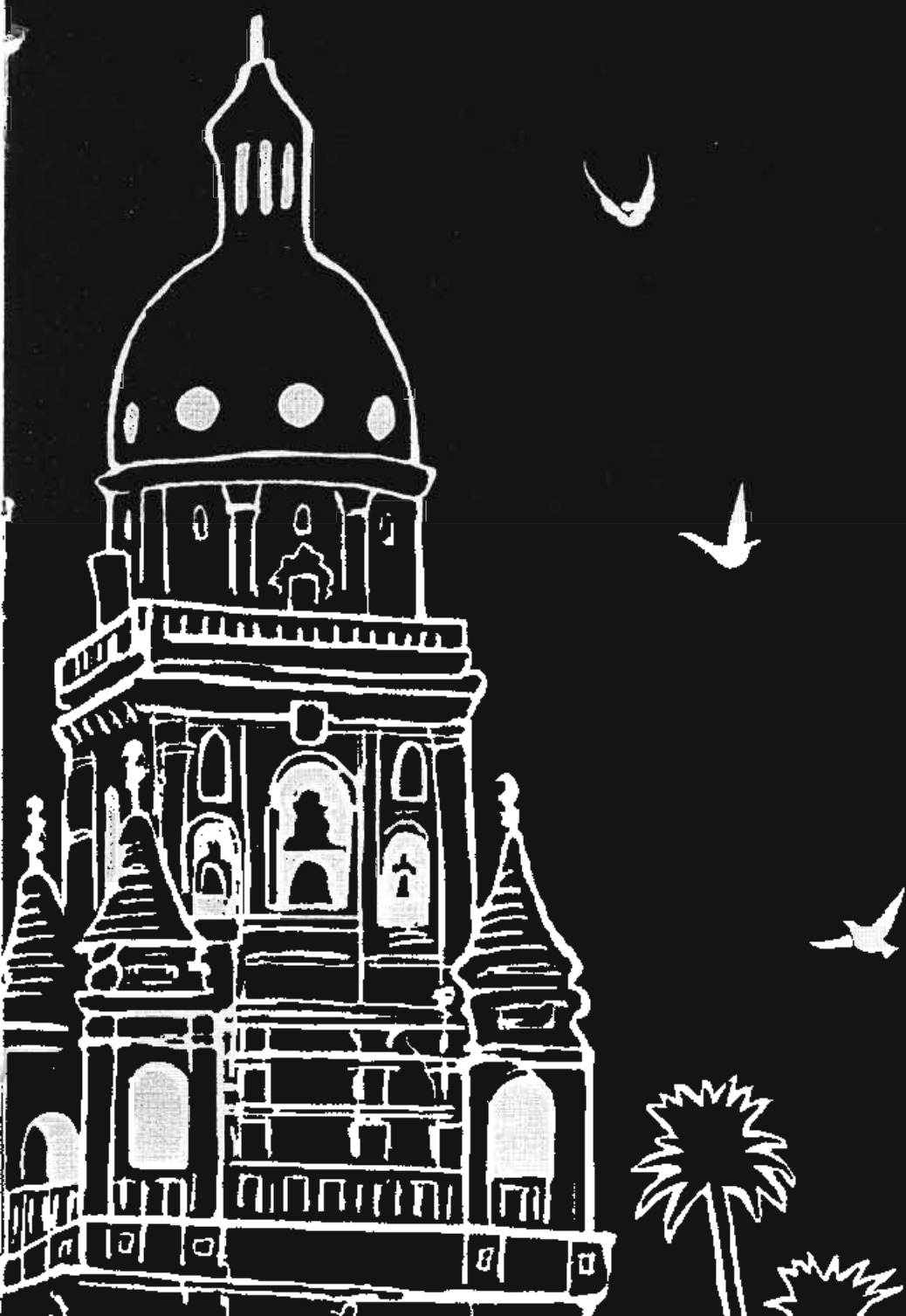
**Vocales**

José Miguel Bueno Ortiz  
Dolores Egea Romero  
Juan José Gascón Cánovas  
M<sup>a</sup> Luisa Gutiérrez Martín  
Francisco López Soriano  
Julio López-Picazo Ferrer  
Mariano Martínez Fresneda  
Adelia Más Castillo  
José Saura Llamas



**Sala 1   Sala 2   Sala 3   Sala 4   Sala de Cámara**

P  
R  
O  
G  
R  
A  
M  
A





**JUEVES 27**

**08:30 HALL AUDITORIO**  
Recepción y entrega de documentación

**09:30 SALA DE CAMARA**  
Inauguración del Congreso

**10:00 SALA DE CAMARA**  
**CONFERENCIA INAUGURAL**  
*Difusión de Resultados e Indicadores Sanitarios de Centros y Servicios.*  
*Conferencia Patrocinada por G.O.C. S.A*



*Moderador:*

*Juan Antonio Marqués*  
Director General de Asistencia Sanitaria del SMS

*Ponente:*

*Ricard Meneu*  
Vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

**11:30 PAUSA-CAFÉ**

**12:00 SALA DE CAMARA**  
**MESA 1**  
*Modelos de Acreditación y Políticas de Calidad: Experiencias y Repercusiones en el ámbito Hospitalario y de Atención Primaria.*  
*Mesa Patrocinada por IT Deusto*



*Moderador:*

*Martín Quiñonero*  
Director Gerente del SMS

*Ponentes:*

*Alberto Infante*  
Consejero Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo

*Sagrario Almazán*  
Directora Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

*Esther Busquets*  
Subdirectora General de Servicios Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña

**14:00 ALMUERZO DE TRABAJO**  
Restaurante del Auditorio y Centro de Congresos  
*Almuerzo Patrocinado por Ferrovial Agroman S.A. y F.C.C. Construcción S.A.*

**16:00 SALA DE CAMARA**

**MESA 2 (simultánea con Mesas 3, 4, 5 y 6)**

*Calidad de la Gestión y Gestión de la Calidad*



Moderador:

**Rafael Gomis**

Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo

Ponentes:

- C-01:** *Resultados del análisis organizacional del hospital Morales Meseguer: una herramienta útil para la gestión.*  
Novoa Jurado AJ.; Coronado Romero D.; Carrillo González A.; Herranz Marín MT.; Valdés Belmar JL.
- C-02:** *Descripción del plan de comunicación interna del hospital Morales Meseguer: una herramienta para la gestión, la participación y la motivación de los profesionales.*  
Novoa Jurado, AJ.; Coronado Romero, D.; Carrillo González, A.; Herranz Marín, MT.; Valdés Belmar, JL.
- C-03:** *Análisis de los motivos de salida de la lista de espera quirúrgica en un periodo de cuatro años.*  
Acosta Villegas, F.; León Molina, J.; Visedo López, JA.; González Ros, A.; Ferrándiz Gomis; R.; Guerrero Fernández, M.
- C-04:** *Monitorización del balance entrada/salida en lista de espera quirúrgica.*  
León Molina, J.; Acosta Villegas, F.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Puerta Jiménez, JM.; Vera Guirao, JJ.
- C-05:** *Puesta en marcha de un programa de fibrinólisis prehospitalaria en la Región de Murcia.*  
Requena Meana, LE.; Hernández López, P M; Celdrán Gil, F; Horn Ureña, R y Grupo de Cardiopatía Isquémica 061 Murcia.
- C-06:** *Revisión del plan estratégico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*  
Ferrándiz Gomis, R.; Guerrero Fernández, M.; Acosta Villegas, F.; Visedo López, JA.;García Sánchez, MJ.; Claver Valderas, MA.
- C-07:** *Impacto del Centro Regional de Hemodonación en la hemoterapia regional.*  
Candela García, M J.; Pérez Cevallos, E.; Lozano Almela, ML.; Martínez Verdú, L.; Rivera Pozo, J.; Vicente García, V.
- C-08:** *Impacto de un sistema de calidad ISO 9002 en el Centro Regional de Hemodonación de Murcia: experiencia de tres años.*  
Rivera Pozo, J.; Candela García, MJ.; Lozano Almela, ML.; Pérez Cevallos, E.; Martínez Espín, FM.; Martínez Verdú, L.
- C-09:** *Implantación de un sistema de gestión de calidad (SGC) en una unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).*  
Arriba de la Fuente, F.; Moraleda Jiménez, JM.; Vallejo Llamas, JC.; Lozano Almela, M.; Hernández Campillo, MD.; Díaz Chicano, JF.;

- C-10:** *Coste del trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica en la región de murcia. Estudio comparativo 1996-2002.*  
Sánchez Blanco, JJ.; Lozano Almela, ML.; De Arriba, F.; Duarte, M.; Moraleda Jiménez, JM.; Vicente García, V.
- C-11:** *La calidad más allá de la certificación.*  
de las Heras Velasco, CJ

16:00

**SALA 3****MESA 3**

**Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios**  
(simultánea con Mesas 2, 4, 5 y 6)



*Moderadora:*

**Teresa Ramón**

Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo

*Ponentes:*

- C-12:** *Evaluación de procedimientos de enfermería en el H.G.U.M.*  
Saez Soto, AR.; Arellano Morata, C.; Hernández Ruipérez, MM.; Campos Aranda, M.; López Montesinos MJ.
- C-13:** *Medida de la calidad asistencial mediante un cuestionario de alta hospitalaria.*  
Alcaraz Martínez J, Abad Corpa E, Cos Zapata A, Sánchez Nieto JM
- C-14:** *Monitorización del tiempo de ayunas antes de las pruebas diagnósticas en una unidad de hospitalización.*  
Carvajal González, MA.; Baeza Díaz-Cacho, A.; Ato Guardiola, E.; López Martínez, P.; Benavente Da Silva K.; Sánchez Nieto JM.
- C-15:** *Monitorización del cumplimiento del protocolo de mantenimiento de la cateterización venosa mediante el método LQAS.*  
Abad Corpa, E.; García Pomares, A.; Jiménez Moreno, RM.; Leal Llopis, J.; Martínez Albaladejo, Y.; Pascual Díaz, RM.
- C-16:** *La formación como herramienta de mejora en los cuidados de enfermería.*  
Hernández Ruipérez, M<sup>a</sup> M; Arellano Morata, C.; Saez Soto, A. Del R.
- C-17:** *Instrumentos para la gestión de cuidados.*  
Castillo C.; Olivares JM.; Martín M; Pitarch T. y Cerdán A.
- C-18:** *Impacto de la formación sobre el programa de calidad.*  
Rodríguez Ródenas, J.M.; Hernández García, J.; Igual Poveda, M.J.; Maestre Martínez, M.; Gordo Bleda, M.C.; Albertos Ruano, F.
- C-19:** *Resultados de la consolidación de un ciclo de mejora: talleres para pacientes con terapia inhalada.*  
Sánchez Nieto, JM.; Fuentes Gómez, I; Ato Guardiola, E.; Jesús Maquilón, S.; Montalbán Gómez, I.; Belmonte López, C.

- C-20:** *Monitorización del protocolo de mantenimiento y reposición del carro de curas.*  
Leal Llopis, J; García Sánchez, C; García Palomares, A; Jiménez Benítez, T; Illán Macanas, M<sup>a</sup> J; Barba Abellán, R
- C-21:** *Implantación de criterios de calidad en la política de compra. Material sanitario enfermería.*  
Castillo Gómez, C.
- C-22:** *Alimentación hospitalaria: restauración de 5 tenedores.*  
Calleja Pérez, L.; Cerezo Hernández, L.; García Nicolás, G.; Quiles Rosillo, A.; Recober Yepes, I.;
- C-23:** *Control de calidad, sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos en restauración del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*  
Raya Fernández, F.; Visedo López, JA.; Ferrándiz Gomis, R.; Guerrero Fernández, M.
- C-24:** *Plan de calidad hostelera en el hospital de la Arrixaca.*  
Visedo López, JA.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Beltrán, T.; Ruiz Jiménez, JL.; García Sánchez, MJ.
- C-25:** *Enfermera versus madre lactante. Características de calidad para la promoción de la lactancia materna.*  
Martínez Soriano, GM<sup>a</sup>.; Maestre Martínez, M<sup>al</sup>.

**16:00 SALA 4  
MESA 4**

***Evaluación de la Calidad en Atención Primaria de Salud***  
(simultánea con Mesas 2, 3, 5 y 6)



*Moderador:*

**Francisco Agulló**

Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia

*Ponentes:*

- C-26:** *El tiempo de espera para entrar en consulta de Medicina de Familia: una oportunidad de mejora.*  
García González, A.L.; Pérez Aguilar, F.; Fontcuberta Martínez, J.; Ballesteros Pérez, A. M<sup>a</sup>; Moreno Valero, M.A.; Alarcón González, J.A.
- C-27** *Monitorización de los tiempos de espera en atención primaria: propuesta de una metodología.*  
López-Picazo Ferrer, JJ.; Santos Ortuño, MÍ.; Agulló Roca, F.; Villaescusa Pedemonte, M.; Sanz Mateo, G.
- C-28:** *Gestión informatizada de agendas desde atención primaria en el Área V.*  
Muñoz Soto A, Carrillo Lorca PB, Moreno Martínez E, González Salas MA, Agulló Roca F, Alcaraz Quiñonero M.

- C-29:** *Evaluación de una intervención para mejorar la calidad de cumplimentación de las hojas de interconsulta.*  
Fontcuberta Martínez, J.; Pérez Aguilar, F.; García González, A.L.; Barragán Pérez, A.J.; Martínez Montoya, J.A.; Manrique Medina, R.L.
- C-30:** *Ciclo de evaluación y mejora de los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada en diabéticos.*  
Férez Pujalte, J
- C-31:** *Introducción de la evaluación de resultados en los servicios de atención primaria: el control de la diabetes.*  
López-Picazo Ferrer, J.J.; Barragán Pérez, A.J.; Bravo Martínez, G.; Fernández Lorenzo, J.; Escribano Sabater, C.
- C-32:** *Mejor efecto hipolipemiente y menor medicalización tras la creación de una consulta de enfermería.*  
Casas Ros, MM.; Panisello Royo, JM.; Olvera Manzano, M.; Borràs Martí, E.; Casals Pasqual, A.
- C-33:** *Programa de deshabitación tabáquica en un centro de salud.*  
Ballesteros Pérez AM, Tolino MJ, Pérez Maroto M, García Sánchez MI, Sáez M, Pagán Dato E
- C-34:** *Evaluación de los índices COD y CAOD en población escolar de un área de salud.*  
Barragán Pérez, A.; Cerezuela Fuentes, E.; Fernández Valdés, P.; Pérez Silva, A; Nuñez Coello, N.; Pérez Morales, M<sup>al</sup>
- C-35:** *La evaluación de la información como herramienta eficaz de la medición de la calidad.*  
Pereñíguez Barranco, JE.; Pérez Cárceles, MD.; Osuna Carrillo de Albornoz, E.; Rueda Gallego, P.; Nicolás García, A.; Luna Maldonado, A.
- C-36:** *Actividades realizadas en un ciclo de mejora de calidad del programa de cirugía menor.*  
Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruiz, L.; Buitrago Gálvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.
- C-37:** *Encuesta sobre satisfacción de usuarios atendidos en una sala de cirugía menor.*  
Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruiz, L.; Buitrago Gálvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.
- C-38:** *Actividades para mejorar la intimidad de los pacientes en cirugía menor.*  
Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruiz, L.; Buitrago Gálvez L.; Hernandez Alemán, P.; Nicolás Rueda, A.; Sánchez Planes, F.
- C-39:** *Cambios en los criterios de calidad del programa de cirugía menor después de un ciclo de mejora de calidad.*  
Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruiz, L.; Buitrago Galvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.



16:00 SALA 1  
MESA 5

*Calidad de la Prescripción. Continuidad Asistencial*  
(simultánea con Mesas 2, 3, 4 y 6)



Moderador:

*M. Angel Moreno*

Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena

Ponentes:

- C-40:** *Uso de medicamentos en medicina de familia: eficiencia y factores implicados.*  
López-Picazo Ferrer, JJ.; Sánchez Ruiz, JF.; Salas Martín, E.; Rausell Rausell, V.; Sánchez Rodríguez, F.; Sanz Moreno, JA.
- C-41:** *Ensayo cuasi-experimental sobre la mejora en la prescripción de medicamentos y el envío de información personalizada a médicos de familia.*  
López-Picazo Ferrer, JJ.; Rausell Rausell, V.; Sánchez Ruiz, JF.; Sánchez Rodríguez, F.; Sanz Moreno, JA.; Salas Martín, E.
- C-42:** *Evolución de la eficiencia de los médicos de familia en el uso de medicamentos.*  
López-Picazo Ferrer, JJ.; Rausell Rausell, V.; Sanz Moreno, JA.; Sánchez Ruiz, JF.; Bernal Montañés, J.
- C-43:** *Indicador de utilización de nuevos medicamentos sin aportación relevante.*  
Salas Martín, E.; Pérez Periago, R.; López Torrecillas, E.; Guarinos Rosa, D.; Casado Galindo, E.
- C-44:** *La prescripción de genéricos: ¿elemento de mejora en los indicadores cuantitativos de la prestación farmacéutica?*  
Fontcuberta Martínez, J.; García González, A.L.; Barragán Pérez, A.J.; Sánchez Rodríguez, F.M.; Moreno Valero, M.A.; Alarcón González, J.A.
- C-45:** *Plan para la garantía de la continuidad asistencial del hospital Morales: una herramienta para mejorar la coordinación entre niveles.*  
Novoa Jurado AJ.; Coronado Romero, D.; Herranz Marín, MT.; Valdés Belmar, JL.; Iñiesta Alcaraz, J.; Paredes Sidrach, A.
- C-46:** *La interconsulta docente dermatológica: un ejemplo de utilización de la gestión del conocimiento en el diseño de herramientas para consensuar prácticas clínicas.*  
Novoa Jurado, AJ.; Peña García A.; Ródenas López JM.; Muñoz Romero F.; González Díaz M.; Coronado Romero D.
- C-47:** *Satisfacción de pacientes y profesionales participantes en una experiencia de consenso de prácticas clínicas basada en la gestión del conocimiento: la interconsulta docente dermatológica.*  
Novoa Jurado AJ.; Peña García A.; Ródenas López JM.; Muñoz Romero F.; González Díaz M.; Valdés Bermar JL.

- C-48:** *Calidad del informe de alta hospitalaria. Utilización de muestreo de aceptación por lotes (LQAS).*  
Alcaraz Martínez J, Rios Morata B, García Ahlers C, López Martínez I, Ruiz Sánchez M, Izquierdo Vendrell E.
- C-49:** *Además de qué medir, importa cómo medir.*  
Alcaraz Martínez J, García Ruipérez M D, Rios Morata B, García Ahlers C, López Martínez I, Abad Corpa E
- C-50:** *Evaluación y mejora de la calidad asistencial en informes de alta de pacientes diabéticos.*  
Ruiz Lavela, F.M.; Molera Valero, R.; Gutiérrez Gabriel, S.; Baeza Alcaraz, A.; Avilés Inglés, M.J.; García Puche, M.J.
- C-51:** *Estudio de la toma de decisiones y sufrimiento evitable al final de la vida de los pacientes fallecidos en un hospital: en busca de la calidad de muerte.*  
Novoa Jurado, A.J.; Blázquez Garrido, RM.
- C-52:** *Análisis de la calidad microscópica de los esputos recepcionados en el laboratorio de microbiología clínica de un hospital general.*  
Rodríguez García, F.; González Morales, M.; Llorente Ballesteros, M.; Barrero Moreno, P.; Lorente Tello, P.; Olivo Ros, M.
- C-53:** *Análisis de la variabilidad en la evaluación microbiológica de los esputos.*  
Rodríguez García, F.

16:00

SALA 2

MESA 6

*Evaluación y Mejora de la Calidad*

*en el Área Quirúrgica (simultánea con Mesas 2, 3, 4, y 5)*



*Moderador:*

**Joaquín Palomar**

Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Ponentes:*

- C-54:** *Cirugía mayor ambulatoria y patología mamaria. Análisis de los índices de sustitución y de ingreso.*  
Carrasco González, L.; Aguilar Jiménez, J.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, MF; Martínez Gálvez, M.; Andrés García, B.
- C-55:** *Monitorización de un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en proctología.*  
Pellicer Franco, E.; Soria Aledo, V., Flores Pastor, B.; Carrasco González, L.; Morales Cuenca, G., Aguayo Albasini, JL.
- C-56:** *Evaluación de la calidad tras la inclusión del tratamiento de la hernia inguinal bilateral en un programa de cirugía mayor ambulatoria.*  
Torralba Martínez, JA.; Moreno Egea, A.; Lirón Ruiz, R.; Soria Aledo; Pellicer Franco, E; Morales Cuenca, G.; Aguayo Albasini, JL.

- C-57:** *Implante de dispositivos de acceso venoso para quimioterapia en régimen ambulatorio. Evolución del índice de sustitución y casuística.*  
Flores B, Soria V, Candel MF, Andrés B, Carrasco L, Aguayo JL
- C-58:** *Influencia del programa de atención ininterrumpida de rehabilitación post-cirugía ortopédica.*  
Morales Jiménez, F.; Aguirán Romero, L.; Moreno Carrillo, M.A.; Martínez Manzanares, M.; Fernández de Haro, M.M.; Giménez Abadía, M.A.
- C-59:** *Mejora de la profilaxis con HBPM en traumatismos de extremidades inferiores en urgencias.*  
González Soler M A, Sánchez Espinosa A, Millán Carrasco M J, Peñalver Guillén F, Gómez Yelo J, López García E, Alcaraz Martínez J.
- C-60:** *Desarrollo de una vía clínica del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.*  
Aguilar Jiménez, J.; Soria Aledo, V.; Martínez Gálvez, M.; Andrés García, B.; Ayala De la Peña, F.; Carrasco González, L.
- C-61:** *Resultados de la vía clínica del pie diabético tras dos años de implantación.*  
Martínez DA, Aguayo JL, Flores B, Morales G, Alarte JM, Pérez JM
- C-62:** *Evaluación de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica tras un año de implantación en el hospital J.M. Morales Meseguer.*  
Soria Aledo V, Pellicer Franco E, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL.
- C-63:** *Monitorización de la vía clínica de prótesis de cadera.*  
Gimenez Belmonte, D.; Ubeda García, F.; Arjona Ramírez, C.; Jiménez Moreno, R
- C-64:** *Grado de cumplimiento tras la implantación de la vía clínica de la tiroidectomía en un hospital de segundo nivel.*  
Soria Aledo V, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Pellicer Franco E, Miguel Perelló JA, Aguayo Albasini JL
- C-65:** *Diseño del proceso "biopsia del ganglio centinela en cirugía oncológica de la mama".*  
Carrasco González, L.; Chaves Benito, A.; Martínez Gálvez, M.; Nicolás, F.; Navarro, JL.; Andrés García, B.
- C-66:** *Litigios en relación con la actividad clínica de un servicio de general.*  
Aguayo, J.L.; Serrano, C.; Flores, B.; Soria, V.; Miguel, J.; Martínez, D.A.;
- C-67:** *Mejora de las tasas de suspensiones quirúrgicas en cirugía urológica con anestesia general. Resultados 1996-2002.*  
Romero Pérez P; Merenciano Cortina FJ; Rafie Mazketli W; Amat Cecilia M.
- C-68:** *Mejora de las tasas de suspensiones quirúrgicas en cirugía urológica con anestesia local. Resultados 1996-2002.*  
Romero Pérez P; Merenciano Cortina FJ; Rafie Mazketli W; Amat Cecilia M.

**18:30 SALA DE CAMARA**

**MESA 7**

*Liderazgo y Calidad de la Organización:  
Relevancia y Participación del Profesional Sanitario.  
Mesa Patrocinada por Siemens*



*Moderador:*

*Pedro Parra*

Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Ponentes:*

**LA PRÁCTICA DEL LIDERAZGO: EVALUACIÓN 360°**

*Rebeca Arroyo*

Responsable de Liderazgo y Desarrollo, Siemens

**CARRERA PROFESIONAL EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD**

*Karmele Ayerdi*

Jefa de la Unidad de Programación y Docencia de Osasunbidea.

**PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER**

*Domingo Coronado*

Director Gerente del Hospital Universitario Morales Meseguer

**20:30 SALA 3**

*Asamblea de la Sociedad Murciana  
de Calidad Asistencial*



**VIERNES 28**

**09:00 SALA DE CAMARA**

**MESA 8**

*Experiencias Regionales de Calidad Asistencial.*



*Moderador:*

*Pedro J. Saturno*

Profesor Titular de la Facultad de Medicina de Murcia

*Ponentes:*

**LOS SERVICIOS INTERNOS: CLAVE PARA LA CALIDAD DEL SERVICIO**

*Iñigo Anza*

Gerencia de Atención Primaria de Lorca

**ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL EN EL COLECTIVO  
DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE AREA**

*Juan M. Sánchez*

Hospital Universitario Morales Meseguer

VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA UTILIZACIÓN DEL LABORATORIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Sonia Gutierrez*

Hospital Los Arcos

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POST-HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS. REGIÓN DE MURCIA 2002

*Adelia Más*

Consejería de Sanidad y Consumo

**11:00** PAUSA-CAFÉ.

**11:30** SALA DE CAMARA

MESA 9

*Seguridad del Paciente:*

*Prevención de Errores Clínicos*



*Moderador:*

*Mariano Guerrero*

Director Gerente del Hospital V. Arrixaca

*Ponentes:*

LA COMUNICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN ANESTESIA

*Antonio Bartolomé*

Facultativo Especialista en Anestesiología. Fundación Hospital Alcorcón

MONITORIZACIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

*Javier Aguiló*

Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de Játiva

ERRORES DE MEDICACIÓN

*Carmen Lacasa*

Jefa de Servicio de Farmacia. Hospital de Barcelona

**13:30** SALA DE CAMARA

*Entrega de Premios y Clausura del Congreso*





COMUNICACIONES POSTER

- P-01:** *Evaluación del grado de cumplimentación del informe de alta de urgencias en el HGUM.*  
Pardo González, A. ; Luján Mercader, A. ; Jiménez Checa, M.C.
- P-02:** *Afluencia de inmigrantes a la puerta de urgencias en el HGUM.*  
Lujan Mercader, A.; Pardo González, A. Jimenéz Checa, M.C.
- P-03:** *Valoración de la calidad del informe de éxitus en urgencias.*  
Alcaraz Martínez J, Sánchez Fuentes I C, Corbalán Hernández A, Sánchez Cánovas M E, Romero Gómez I.
- P-04:** *Mejora de la realización del informe de éxitus.*  
Alcaraz Martínez J, García Ruipérez D, Aliaga Matas MF, Sánchez Iniesta F, Herranz Marín M T, Abad Corpa E
- P-05:** *¿Mejora la información aportada al laboratorio de urgencias la implantación de la tarjeta grafitada?*  
Pascual Costa, RM.; Pérez-Martínez, A.; García Rocamora, MD.; Egea Caparrós, JM.; Benedito Rodríguez, JE.; Gómez Gómez, AE.
- P-06:** *Calidad preanalítica en la solicitud de magnitudes biológicas al laboratorio de urgencias.*  
Pascual Costa, RM.; Gómez Gómez, AE.; Egea Caparrós, JM.; García Rocamora, MD.;
- P-07:** *Evaluación de la cumplimentación de la orden de tratamiento en una unidad de hospitalización.*  
Leal Llopis, J.; Prados Utrabo, A.; Valdés Padial, B.; Adán Najera, E.; Illán Macanas, M<sup>a</sup> J.
- P-08:** *Prescripción informatizada para la mejora de la calidad de los procesos de dispensación en dosis unitarias y administración de medicamentos.*  
Pérez Pérez, I.; Lafuente Rodríguez, A.; Jiménez Molina, JL.; Albarracín Marín-Blázquez, M.; Tomás Lizcano, A.; Miranda López, C.
- P-09:** *Calidad en la cumplimentación de la historia clínica: diagnóstico/ tratamiento. UME Lorca, Cieza, Mazarrón.*  
Gallego Sánchez J.A.; López Gilabert M.C.; Luisa Valcárcel A.; Hernández Moreno F. ; Ferrández Andreu A.; Fernández Cánovas M.L.
- P-10:** *Cumplimentación de documentos para remitir pacientes entre APS y Unidad de Fisioterapia: oportunidad de mejora.*  
Abril Melchí, E.; Gutiérrez Santos, M.; García González, A.L.; Ballesteros Pérez, A.M.; Sevilla Hernández, M.G.; Mondero Tebar, M.I.
- P-11:** *Mejora de la cumplimentación de las hojas de interconsulta con la herramienta informática OMI-AP.*  
García González, A.L.;Fontcuberta Martínez, J.; Pérez Aguilar, F.; Pérez Aguilar, F.;Manrique Medina, R.L.; Martínez Montoya, J.A.;
- P-12:** *Ciclo de mejora de realización innecesaria de Rx de tórax en estudio preoperatorio.*  
Motos Lajara G, Sanz Campillo J, Alcaraz Martínez J, Castillo Bustos J A, Novoa Jurado A

- P-13:** *Vigilancia de la infección nosocomial en UCI mediante un ciclo de garantía de calidad.*  
Gil Rueda B, Palazón Sánchez C, Osma Córdoba MM, Felices Abad F
- P-14:** *Implantación de estrategias, en la consulta de extracciones, que mejoren la calidad asistencial.*  
Gómez Gómez A.E., Pascual Costa R.M., Pérez Martínez A., García Rocamora M.D., Alvaro Meseguer A. Egea Caparrós J.M.
- P-15:** *Proyecto de mejora continua en el área de urgencias del hospital Santa María del Rosell.*  
Conesa Hernández, A.; Salinas Escolar, MR.; Allegue Gallego, JM.; Hernández Maestre, F.
- P-16:** *La hospitalización a domicilio como mejora en la hospitalización del trasplante cardiaco.*  
Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Sánchez Polo, M.T.; Baño Ortiz, P.; Guerrero Fernández, M.
- P-17:** *Evaluación de la calidad de un nuevo protocolo de laboratorio para la prueba de tuberculina.*  
Ferrer Cañabate, J.; Zarauz García, J M<sup>a</sup>; Ruiz López, A.; García - Villanova Ruiz, J.; Sánchez Vera, M<sup>a</sup>M.; y Gallego Ramírez , M<sup>a</sup> C.
- P-18:** *Contribución del servicio de farmacia a la prevención de errores relacionados con los tratamientos citostáticos.*  
Díaz Carrasco, MS;; Pareja Ródriguez de Vera, A.; González Ponce, CM.; Real Panisello, M.; San Miguel Zamora, MT.
- P-19:** *Rediseño del proceso asistencial en la consulta de preanestesia: una apuesta por el cambio.*  
Gallo Sallent, I.; García García, M.; Manzano Saro, E.; Martínez Garrigós, C.; Meroño Rojo, MJ.; Madrigal de Torres, M.
- P-20:** *Mejora del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares (SPEC). Efecto en la captación de patologías crónicas.*  
Martínez López, J.; Casas Aranda, I.; Sánchez Pinilla, M.; Sánchez Pérez, MC.; Sequeira Pavón, M.; Cos Rodríguez, J.
- P-21:** *Evaluación de la cumplimentación de la gráfica de enfermería en una unidad de hospitalización.*  
Leal Llopis, J; García Sánchez, C; Prados Prados, B; Cervantes Sánchez, M<sup>a</sup> J; Jiménez Benítez, T; Hernández Ferrándiz, M<sup>a</sup> C
- P-22:** *Evaluación de la cumplimentación del registro de valoración inicial de necesidades y observaciones de enfermería.*  
Leal Llopis, J.; García Sánchez, C.; Paredes Sidrach de Cardona, A.; Barba Abellán, R.; Uroz Oeo, R.; Ibáñez Bautista, R.
- P-23:** *Evaluación inicial sobre la adecuación de las vías venosas en urgencias.*  
Manzanera Saura, J.T.; Muñoz Jimeno, L.; Fernández Abellán, P.; López Montesinos, M.J; Martos García, L.; Sánchez de Alba A.;
- P-24:** *Prevalencia de úlceras por presión en hospitalización general de agudos.*  
Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Lucas Gómez, J.M.; Blázquez Pedrero, M.; Sevillano González, N.
- P-25:** *Localización y origen de las úlceras por presión en hospitalización general de agudos.*  
Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Hellín Monasterio, J.; Blazquez Pedrero, M.; Lucas Gómez, J.M.

- P-26:** *Mejora de las coberturas de Cartera de Servicios. Impacto del trabajo de enfermería.*  
Sequeira Pavón, M., Casas Aranda, I.; Martínez López, J.; Sánchez Pinilla, M.; Cos Rodríguez, J. Baeza López, JM.
- P-27:** *Optimización del registro de enfermería de cirugía menor en un ciclo de mejora de calidad.*  
Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruíz, L.; Buitrago Gálvez L.; Hernandez Alemán, P.; Nicolás Rueda, A.; Sánchez Planes, F.
- P-28:** *Evaluación y seguimiento del programa de acogida a los pacientes en hospitalización general y maternal.*  
Manzanera Saura, J.T.; Cortés Angulo, J.; Fernández Abellán, P.; Blázquez Pedrero, M.; Lucas Gómez, J. M.; Hellín Monasterio, J.
- P-29:** *El uso de perfiles no específicos en las peticiones de exploración analítica puede incrementar las incidencias en las muestras de orina de 24 horas.*  
García Rocamora M.D., Pérez Martínez A., Pascual Costa R.M., Egea Caparrós J.M., Gómez Gómez A.E., Benedito Rodríguez J.E.
- P-30:** *Evaluación del uso racional del medicamento en los servicios de urgencias de atención primaria de un área de salud.*  
Barragán Pérez, A.J.; García González, A.L.; Fontcuberta Martínez, J.; Moreno Valero, M.A.; Martínez Montoya, J.A.; Pérez Aguilar, F.
- P-31:** *Evaluación de la descripción reglada del E.C.G. en el 061 de Murcia.*  
Navarro Barba C, Inchaurrendieta Serrano J, Cortés Arracó J, Tornel Miñarro J, Ródenas Martínez N, Hernández Solera JA
- P-32:** *Vía clínica del carcinoma colorrectal. Una forma de disminuir la variabilidad clínica en las actuaciones profesionales.*  
Pellicer Franco E, Soria Aledo V, Morales Cuenca G, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Aguayo Albasini JL.
- P-33:** *Vía clínica de la tiroidectomía. Una forma de disminuir la variabilidad clínica en las actuaciones profesionales.*  
Candel Arenas MF, Soria Aledo V, Flores Pastor B, Miguel Perelló J, Carrasco González L, Aguayo Albasini JL.
- P-34:** *Vía clínica de la colicistectomía laparoscópica con plan de cuidados de enfermería asociado. La adecuada elección del proceso facilita su implantación.*  
Soria Aledo, V.; Pellicer Franco, E.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, M<sup>a</sup>F.; Leal Llopis, J.; Aguayo Albasini J.L.
- P-35:** *Vía clínica del neumotórax espontáneo primario: un reto para disminuir la gran variabilidad.*  
Soria Aledo, V.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, MF.; Andrés García, B.; Coll Salinas, A.; Aguayo Albasini, JL.
- P-36:** *La unidad de analgesia epidural obstétrica. Rediseño para la eficiencia. (cuatro años de buenos resultados).*  
López Soriano, F.; Pozo Martínez, P.; Bernal Peñalver, L.; Cánovas Serrano, A.;
- P-37:** *De organizar recursos a gestionar pacientes. La Unidad de Mama.*  
Claver Valderas, MA.; García Sánchez, MJ.; Illana Moreno, J.; Piñero Madrona, A.; Bixquert Montagud, V.; Guerrero Fernández, M.

- P-38:** *Sistema de gestión de reactivos y pedidos en un servicio de laboratorio.*  
Pérez-Martínez A, Pascual Costa R.M., Egea Caparrós J.M., García Rocamora M.D., Gómez Gómez A.E., Benedito Rodríguez J.E.
- P-39:** *Implantación de criterios de calidad en la recepción de medicamentos en un hospital comarcal.*  
Sanchez Teruel F.; Castillo Gómez C.; Martínez Soriano G.M.
- P-40:** *Revisión y puesta en marcha del informe de enfermería al alta en la Fundación Hospital de Cieza.*  
Tomás Lizcano, A.; Salmerón Aroca, JA.; Rodríguez Molina FJ.; Arias Estero, J.; Caravaca Alcaraz, B.; Lucas Saorín, S.
- P-41:** *Configuración de registro gráfico de enfermería en la unidad de hospitalización quirúrgica.*  
Rodríguez Molina, A.; García Ruíz, A.; García Lucas, M.; Iniesta Martínez, D.; Carrillo Martínez, RJ.; Martínez Hidalgo, M.
- P-42:** *Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación en la Fundación Hospital de Cieza.*  
Tomás Lizcano, A.; Caravaca Alcaráz, B.; Rodríguez Molina, FJ.; Arias Estero, J.; Candel Rubio, C.; Marín-Blazquez Rios, C.
- P-43:** *La identificación del recién nacido en las instituciones sanitarias del estado español.*  
Pallarés Ruiz, TI.; Cornejo Polanco, JA.
- P-44:** *Transacción electrónica con proveedores. Sistema EDI.*  
Aparicio García, C.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Travel García, MC.; Visedo López, JA.
- P-45:** *Aplicación de metodología de la calidad, clave para seguir avanzando y mejorando la asistencia.*  
Casas Ros, M<sup>a</sup>M.; Panisello Royo, JM<sup>a</sup>.; Olvera Manzano, M.; Borrás Martí, E.; Casals Pasqual, A.
- P-46:** *Eficiencia relativa en los centros de atención primaria del Área II de Salud.*  
García Córdoba, JA.; López Hernández, F.; Pañacios Sánchez, MA.; Ruíz Marín, Manuel
- P-47:** *Encuesta de satisfacción a inmigrantes sudamericanos atendidos en urgencias del Hospital General Universitario.*  
Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.
- P-48:** *Encuesta de satisfacción a inmigrantes magrebies atendidos en urgencias del Hospital General Universitario.*  
Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.
- P-49:** *Encuesta de satisfacción a inmigrantes magrebies atendidos en urgencias del Hospital Morales Meseguer.*  
Ruzafa Martínez, M.; Madrigal de Torres, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.

- P-50:** *Encuesta de satisfacción a inmigrantes sudamericanos atendidos en urgencias del Hospital Morales Meseguer.*  
Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.
- P-51:** *Propuesta de mejora tras realización encuesta/opinión de usuarios en un servicio de urgencias.*  
Sanchis Más, P.; Bernal Olivares, C.; Lozano Pastor, VE.; Serrano Selva, E.
- P-52:** *Perfil del usuario reclamante en dos centros de salud urbanos: motivos y objeto de reclamación.*  
de la Cerda Vaquero, L.; Risueño García, F.; Peña Martín, M.; Santiago García, MC.; Luquin Martínez, R.; Manzano Cano, J.
- P-53:** *Análisis de las reclamaciones presentadas por usuarios en 2 zonas básicas de salud de Cartagena.*  
Risueño García, F.; Santiago García, MC.; De la Cerda Vaquero, L.; Peña Martín, M.; Lozano Urraca, ML.; García Gonzalez, AL.
- P-54:** *Implantación de un sistema de calidad basado en la norma iso 9002 en el servicio de lavandería de la Fundación Hospital de Cieza.*  
Miranda López, C.; Crevillen Palazón, MJ.; Jiménez Molina, JL.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.
- P-55:** *Bioseguridad en el área quirúrgica. Un objetivo estratégico.*  
Jiménez Molina, JL.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Almonacid Kroeger, B.; Albarracín Marín-Blázquez, M.
- P-56:** *Evaluación de la exposición de formaldehído en el área de esterilización de la Fundación Hospital de Cieza.*  
Jiménez Molina, JL.; Tomás Lizcano, A.; Miranda López, C.; Albarracín Marín-Blázquez, M.
- P-57:** *Garantía de la calidad ambiental en el área quirúrgica.*  
Jiménez Molina, JL.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.
- P-58:** *Adaptación de las medidas preventivas sobre legionela neumófila en la Fundación Hospital de Cieza.*  
Jiménez Molina, JL.; Cayuela Verdú, M.; Almonacid Kroeger, B.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.
- P-59:** *Primer "software" para gestión integral de un sistema de gestión de calidad iso 9001:2000: aplicación en un centro de transfusión.*  
Rivera Pozo, J.; Candela García, M<sup>a</sup> J.; Gómez, LA.; Cánovas Matas, M<sup>a</sup>C.; Delgado Periotén, JL.; Ledesma Rodríguez, L.
- P-60:** *Mejora en el clima laboral a través de la concienciación de los profesionales.*  
Tomás Lizcano, A.; Jiménez Molina, JL.; Miranda López, C.
- P-61:** *Análisis de los accidentes laborales ocurridos en el hospital de Cieza durante el periodo: enero-noviembre 2001.*  
Jiménez Molina, JL.; Tomás Lizcano, A.; Miranda López, C.; Albarracín Marín-Blázquez, M.



- P-62:** *Adecuación de recursos humanos de enfermería ante la demanda de cuidados de enfermería en puertas de urgencia como parámetro de calidad. Una evidencia científica.*  
López Montesinos, MJ.; Javaloy Balsalobre, R.; Sánchez Ortín, PL.; Sánchez García, MJ.
- P-63:** *El benchmarking, herramienta para medir la calidad. A propósito del Top 20.*  
Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Visedo López, JA.; Acosta Villegas, F.; Bixquet Montagud, V.
- P-64:** *Simulación de funcionamiento de una UCI con fenómenos de espera.*  
Sánchez García, JF.; Bernal García, JJ.; Martínez María Dolores, SM<sup>a</sup>
- P-65:** *Plan de comunicación interna y externa en el hospital de la Arrixaca.*  
Aguilar Mediavilla, J.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Visedo López, JA.; Claver Valderas, MA.; García Sánchez, MJ.
- P-66:** *Plan de comunicación interna en un servicio de radiología.*  
Muñoz, F.; Gómez, F y Madrid, G.
- P-67:** *Realización y divulgación de folleto informativo sobre la correcta utilización de los servicios sanitarios.*  
Montejano Lozoya, R.; Valenzuela Anguita, M.; Azorín Rodríguez, JM<sup>a</sup>.; Hernández Hernández, M<sup>a</sup>J.
- P-68:** *Cómo hacer compatible nuestra labor asistencial con una docencia de calidad.*  
Gonzalez Rodríguez, M<sup>a</sup>J.; Matea Sánchez, A.; Lopez Cantó, S.; Bermudez de Orte, M<sup>a</sup>A.; Jimenez González, AP.; Palazón Ruiz, P.
- P-69:** *La bioseguridad como herramienta la calidad.*  
Tomás Borja, A.; Visedo López, JA.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomis, R.; Acosta Villegas, F.; Guillén, M.
- P-70:** *Cirugía mayor ambulatoria (CMA) en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Año 2001.*  
Calle Urra J.E., Gutierrez Martín M.L., Gomis Cebrián R., Parra Hidalgo P., San Eustaquio Tudanga F.
- P-71:** *Identificación de oportunidades de mejora en cirugía mayor ambulatoria (CMA). Región de Murcia 2001.*  
Calle Urra J.E., Gutierrez Martín M.L., Parra Hidalgo P., Gomis Cebrián R.
- P-72:** *Procedimiento para la adscripción inicial de tarjetas sanitarias individuales a los nuevos cupos de medicina de familia y pediatría.*  
Barragán Pérez, A. J.; Fontcuberta Martínez, J.; Suarez Eguiliuz, C.; Moreno Valero, M. A.; García González, A. L.; Alarcón González, J.A.
- P-73:** *Calidad en Atención Primaria ¿hay, o sólo queremos que lo parezca? Reflexiones acerca de los criterios que empleamos.*  
López-Picazo Ferrer, JJ.; Agullo Roca, F.; Villaescusa Pedemonte, M.; Cerezo Corbalán, JM.; Marín Montoya, F.

CALIDAD DE LA GESTION  
Y GESTION DE LA CALIDAD

M  
E  
S  
A  
2



## **C-01: RESULTADOS DEL ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA GESTIÓN**

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Coronado Romero D; Carrillo González A; Herranz Marín MT; Valdés Belmar JL

**PALABRAS CLAVE:** análisis organizacional, hospital, gestión, participación, comunicación.

**OBJETIVOS:** Conocer la opinión de los profesionales del Hospital acerca de su satisfacción con el trabajo, el funcionamiento del Hospital, la Comunicación Interna y las relaciones establecidas con los superiores.

**METODOLOGÍA:** Cuestionario autoadministrado validado distribuido tras una aleatorización simple a 135 facultativos, 249 profesionales de enfermería y 163 profesionales no sanitarios y a la totalidad de los mandos intermedios (80)

**RESULTADOS:** Tasa de respuestas media del 49,8%; el 63,3% está satisfecho o muy satisfecho con su trabajo; el 76,1% está dispuesto a esforzarse para mejorar el hospital; 76,4% cree que no existen adecuadas políticas de incentivos y desarrollo profesional; el 47,5% está insatisfecho con su participación en la toma de decisiones de su servicio; el 67,6% está insatisfecho con su participación en la toma de decisiones del hospital; el 64,6% está satisfecho con la coordinación entre compañeros; el 35,1% está satisfecho con la coordinación entre servicios; el 57,1% está satisfecho con la definición de sus funciones; el 61% está insatisfecho con la información que tiene de sus objetivos; el 47,4% está insatisfecho con el grado en que puede participar en la mejora del hospital; el 72,5% está insatisfecho con la claridad, cantidad, periodicidad, credibilidad, puntualidad, formalidad y distribución de la información generada en la Institución

### **CONCLUSIONES:**

- 1º. La satisfacción laboral y motivación de los profesionales del Hospital es adecuada a pesar de no existir políticas adecuadas de incentivos y desarrollo profesional y de que los canales de información no sean óptimos.
- 2º. Es necesario que la Dirección trabaje en:
  - a) Implementar el reparto de incentivos y las posibilidades de desarrollo profesional entre los trabajadores del Centro;
  - b) Generar ámbitos para la participación de los profesionales en la toma de decisiones de cada servicio y del hospital;
  - c) Desarrollar un Plan de Comunicación Interna para mejorar la transmisión de valores, información y conocimiento dentro del Hospital

## **C-02: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER: UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN, LA PARTICIPACIÓN Y LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Coronado Romero D; Carrillo González A; Herranz Marín MT; Valdés Belmar JL

**PALABRAS CLAVE:** comunicación, hospital, gestión, participación, motivación.

**OBJETIVOS:** Describir el Plan de Comunicación Interna (PCI) elaborado en el Hospital;  
**METODOLOGÍA:** Tras la realización de un análisis sistemático del funcionamiento de la Institución, satisfacción y motivación laboral de los profesionales; su opinión sobre el funcionamiento de los canales de comunicación interna existente y descripción de la información más relevante para ellos, se diseña un Plan de Comunicación Interna con los siguientes objetivos:

- 1º. Conseguir que los flujos de información circulen en el Hospital de manera ágil, dinámica y puntual, tanto en sentido vertical como horizontal;
- 2º. Lograr que los objetivos del Hospital estén en armonía con los objetivos de los profesionales;
- 3º. Organizar ámbitos de participación;
- 4º. Establecer condiciones para el cambio;
- 5º. Permitir la integración y coordinación de los distintos procesos asistenciales;
- 6º. Gestionar el Conocimiento de la Institución explicitándolo y haciéndolo accesible;
- 7º. Garantizar la innovación institucionalmente sostenible

El PCI ha seguido los siguientes pasos

- 1º. Creación de un Gabinete de Comunicación Interna y un Coordinador de Comunicación responsables de coordinar, supervisar y monitorizar el desarrollo del PCI.
- 2º. Elaboración de un Catálogo de Comisiones, Procedimientos y Circuitos de Información del Hospital en el que -clasificando la información en descendente, ascendente y horizontal- se explicitan los circuitos que debe seguir la información, sus responsables directos, el formato y manera de acceder a ella así como su ámbito de difusión. La Comunicación Descendente se ha clasificado en Funcionamiento General de la Institución, Balance y Memoria Anual, Información Operativa y Funcional, Magazin Morales, Páginas Amarillas y Tablón de Anuncios. La Comunicación Ascendente se ha clasificado en: Buzones de Sugerencias, Programa de Sugerencias, Información sobre Ciclos de Mejora de la Calidad, Información de las Comisiones Clínicas. En la Comunicación Horizontal se han descrito las Comisiones Clínicas y de Participación existentes.
- 3º. Elaboración de un Reglamento Estandarizado de Funcionamiento y Composición de las Comisiones Clínicas del Centro
- 4º. Establecimiento de Indicadores.
- 6º. Difusión y Puesta en Marcha según cronograma

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

### **C-03: ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE SALIDA DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS**

**AUTORES:** Acosta Villegas, F., León Molina, J., Visado López J.A., González, Ferrándiz Gomis, R; Guerrero Fernández, M

**OBJETIVO:** Evaluar, en un período de cuatro años las diversas herramientas de gestión aplicadas a la lista de espera quirúrgica (LEQ) para cumplir los objetivos marcados en el Contrato de Gestión anual, respecto a la satisfacción de la demanda quirúrgica.

**MÉTODO:** Se trató estadísticamente la información contenida en la base de datos de la LEQ del hospital y C.E.P. (Área I de Murcia). Realizamos un análisis de la evolución de los indicadores más relevantes sobre motivos de salida de LEQ en el período 1999-2002.

**RESULTADOS:** Los 12 procesos más frecuentes en LEQ, no han variado significativamente. Las intervenciones con ingreso van aumentando discretamente y superan el 36% de las salidas. Sin embargo, el mayor incremento corresponde a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que creció más del 50% y ya representa más del 35% de las salidas por intervención en el Hospital. Las salidas por depuración se han reducido hasta el 14%. Finalmente, fue preciso recurrir a Centros Concertados en el 20% de los casos. Al cierre de cada uno de los 4 años estudiados, se cumplieron los objetivos de demora media y máxima en LEQ.

**CONCLUSIÓN:** La mejor oferta quirúrgica induce el incremento de la demanda, por lo que se mantiene la magnitud de la LEQ. Nuestro objetivo es conseguir la equidad y garantía de demora mediante una gestión integral de la LEQ. Nos planteamos un abordaje del problema mediante medidas a corto, medio y largo plazo. Finalmente, la CMA es un excelente modelo de rediseño de procesos que mejora cuantitativa y cualitativamente la oferta quirúrgica.

#### **C-04: MONITORIZACIÓN DEL BALANCE ENTRADA / SALIDA EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA**

**AUTORES:** León Molina, J. Acosta Villegas, F.; Guerrero Fernández, M; Ferrándiz Gomis, R.; Puerta Jiménez J.M.; Vera Guirao J.J.

**PALABRAS CLAVE:** Balance, Calidad, Eficacia, Gestión, Lista de Espera Quirúrgica.

##### **OBJETIVOS, METODOLOGIA Y CONCLUSIONES:**

Objetivos planteados:

- Medir la calidad de gestión de la Lista de Espera Quirúrgica mediante indicadores apropiados.
- Comprobar el balance positivo de una gestión eficaz y la continuidad de la tendencia
- Analizar la estacionalidad de resultados.

Durante los últimos años las iniciativas surgidas para desarrollar sistemas de información asistenciales capaces de determinar la producción hospitalaria o conocer la calidad de gestión y de asistencia prestada o por prestar han experimentado un importante auge en nuestra región.

Para los sistemas sanitarios públicos, las listas de espera constituyen un factor regulador de la demanda.

La Lista de espera Quirúrgica (LEQ) constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes.

Los criterios definidos y pactados en el concepto LEQ incluyen una filosofía de desajuste entre la oferta y la demanda

Discusiones políticas justifican o explican la existencia de listas de espera. Las listas de espera, y por tanto la LEQ, son una realidad, existiendo suficientes indicadores y cuadros de mando que miden la calidad de su gestión desde diversos aspectos.

El índice ENTRADA / SALIDA mide con exactitud la evolución del desajuste entre la oferta de un hospital, o centro de gasto, y la demanda de la población a la que asiste.

Para el desarrollo del presente informe se ha monitorizado la evolución del INDICE

ENTRADA/SALIDA DE LEQ durante los cuatro últimos años (1999 a 2002) en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Para ello hemos contado como principal material de trabajo e investigación con los ficheros informatizados, informes diarios y mensuales, así como cierres anuales referentes a LEQ en nuestro Hospital.

Se ha llegado a la conclusión de que en nuestro hospital el índice entrada/salida demuestra una correcta gestión al situarse por debajo del 1. Ello se ha debido, entre otros motivos, a una continua evaluación cuya finalidad fue el apoyo a la planificación y elaboración de programas especiales de reducción de Listas de Espera, la aportación de información concisa y puntual y la determinación de resultados.

### **C-05: PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE FIBRINOLISIS PRE-HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

**AUTORES:** Requena Meana, LE.; Hernández López, PM.; Celdrán Gil, F.; Horn Ureña, R. y Grupo de Cardiopatía Isquémica 061 Murcia. Sistema de Emergencias Extrahospitalarias 061 de Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** La mejora de la Calidad Asistencial de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo con Elevación de ST (SCAEST) pasa por el acortamiento de los tiempos de demora hasta la aplicación del tratamiento dirigido a la reapertura del vaso coronario responsable del cuadro.

**MÉTODO:** Se diseñó un Plan de Asistencia del SCAEST en su Fase Prehospitalaria que asignaba a los pacientes a tratamiento con Angioplastia Primaria (AP) en el Centro Regional de Hemodinámica o a Tratamiento Fibrinolítico (TF) en sus Hospitales locales de referencia. Los pacientes en la zona de TF podían entrar a su vez en un Protocolo de Fibrinólisis Prehospitalaria (FIPRE) si cumplían unos Criterios de Inclusión y Exclusión.

**RESULTADOS:** Durante el año 2002 se asistió a 251 pacientes con SCAEST, de los cuales 141(56%) se asignaron a AP y 110 (44%) a TF. De estos últimos, 40 pacientes (37%) fueron excluidos de la FIPRE y 70 fueron candidatos potenciales. Se practicaron 20 FIPRE, indicándose dicho tratamiento en la primera hora de evolución en el 45% de los pacientes, y dentro de las dos primeras horas en el 70%. No se registraron complicaciones hemorrágicas ni fallecimientos durante el traslado al Hospital. El 50 % de los pacientes a los que se aplicó FIPRE llegaron asintomáticos al Hospital.

**CONCLUSIONES:** La FIPRE puede aplicarse con seguridad en el medio extrahospitalario, contribuyendo a una reducción del tiempo de demora hasta el inicio de la Fibrinólisis.

### **C-06: REVISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

**AUTORES:** Ferrándiz Gomis, R.; Guerrero Fernández M.; Acosta Villegas F.; Visedo López J.A.; García Sánchez, M.J.; Claver Valderas, M.A.

**PALABRAS CLAVE:** planificación estratégica, evaluación, calidad.

**OBJETIVO:** Hacer una revisión de las alternativas y líneas estratégicas incluidas en el Plan Estratégico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca 1998-2001, identificando las líneas estratégicas que han sido objeto de desarrollo por parte del hospital en el periodo de cuatro años (1998-2001).

**MÉTODO:** El Plan Estratégico está estructurado en dos partes, la primera es un diagnóstico de situación y la segunda parte recoge 24 líneas estratégicas agrupadas en 9 alternativas estratégicas que marcaban en 1998 para el equipo directivo las áreas de actuación. Para la revisión se ha asociado todas las actuaciones a cada una de las líneas estratégicas, señalando si la línea se ha desarrollado y el grado de desarrollo. En las acciones que implicaban la puesta en marcha nuevas acciones asistenciales, se ha cuantificado la actividad.

**RESULTADOS:** La revisión de las alternativas ponen de manifiesto que todas ellas se han abordado en su totalidad, desarrollando el 80% de las líneas estratégicas. La revisión del Plan Estratégico confirma que todas las líneas estratégicas identificadas en 1997 han sido desarrolladas con la realización de acciones concretas y certificarlas con resultados.

**CONCLUSIÓN:** El Plan Estratégico ha sido el punto de referencia esencial de todas las acciones y proyectos de mejora en la perspectiva de cuatros años hasta el final de 2001, ha sido el hilo conductor de la gestión a medio plazo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, habiendo incluido en los sucesivos contratos de gestión anuales, la de desarrollo de las líneas estratégicas.

Por otra parte las líneas están en permanente desarrollo y vigencia, con planteamientos de nuevos objetivos, y otras líneas que abren nuevas posibilidades de desarrollo en el propio Hospital, lo que nos permite decir que el Plan Estratégico está vivo.

## C-07: IMPACTO DEL CENTRO REGIONAL DE HEMODONACIÓN EN LA HEMOTERAPIA REGIONAL

**AUTORES:** Candela García, M J.; Pérez Cevallos, E.; Lozano Almela, ML.; Martínez Verdú, L.; Rivera Pozo, J.; Vicente García, V. Centro Regional de Hemodonación, Murcia

**PALABRAS CLAVE:** Hemodonación, Centro Regional de Transfusión.

**RESUMEN:** El Centro Regional de Hemodonación de Murcia (CRH) comenzó su actividad en junio de 1.991. Desde entonces ha asumido la responsabilidad de cubrir las necesidades de hemoderivados de la Región de Murcia, y desde mediados de 1.996 se encarga de la extracción y procesamiento de todas las donaciones de sangre total de nuestra Comunidad. En estos 12 años la actividad del CRH ha aumentando de forma continua como se muestra en la siguiente tabla:

|               | 1991   | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nº Donaciones | 11.939 | 26.856 | 27.744 | 28.618 | 29.508 | 37.260 | 44.609 | 44.738 | 44.087 | 46.383 | 44.484 | 45.599 |

El mayor incremento de donaciones se produjo en los 7 primeros años de actividad ya que se fueron asumiendo progresivamente las donaciones que se realizaban en los Hospitales. Entre el año 1992 y 2002 se ha producido un incremento de aproximadamente el 70% en las donaciones de sangre total en el CRH.

El incremento de la actividad en el CRH también ha dependido de las necesidades transfusionales de la Región que se resumen en la siguiente tabla:

|                          | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   | 2001   |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Transfusión de hematíes  | 31.005 | 31.072 | 31.621 | 34.234 | 34.797 | 37.198 | 38.081 | 40.124 | 38.263 |
| Transfusión de plaquetas | 12.815 | 12.815 | 12.112 | 17.919 | 16.827 | 17.402 | 16.701 | 20.430 | 21.666 |



Como se muestra la tabla en el año 2000 se elevó considerablemente el número de las transfusiones de hematíes debido al aumento de intervenciones quirúrgicas para disminuir la lista de espera, como consecuencia de ello, el CRH tuvo que elevar considerablemente las donaciones de sangre durante ese año. En cuanto a las transfusiones de plaquetas se ha producido un incremento entre el año 1993 y el 2001 de aproximadamente un 70%, que atribuimos al aumento tanto en el número de cirugías complejas realizadas, como de tratamientos a pacientes oncohematológicos.

En cuanto a las enfermedades infecciosas detectadas a los donantes, se observa una tendencia a la disminución como se muestra en la tabla siguiente:

|                         | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Virus de la hepatitis B | 38   | 23   | 38   | 24   | 20   | 19   | 14   |
| Virus de la hepatitis C | 35   | 20   | 18   | 14   | 10   | 20   | 8    |
| Virus del SIDA          | 5    | 1    | 1    | 3    | 1    | 1    | 1    |

**CONCLUSIONES:** Las donaciones de sangre total en el CRH han experimentado un aumento de más del 70% desde su apertura. Este aumento ha sido debido al aumento de necesidades transfusionales de hematíes de la Región. En cuanto a las transfusiones de plaquetas se observa un incremento progresivo que el CRH ha asumido aumentando la producción de este hemoderivado. Además, la seguridad en la transfusión se ha incrementado como consecuencia de la reducción del número de donantes portadores de enfermedades víricas transmisibles.

### **C-08: IMPACTO DE UN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9002 EN EL CENTRO REGIONAL DE HEMODONACIÓN DE MURCIA: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS**

**AUTORES:** Rivera Pozo, J.; Candela García, MJ.; Lozano Almela, ML.; Pérez Cevallos, E.; Martínez Espín, FM.; Martínez Verdú, L.;

**PALABRAS CLAVE:** Sistemas de gestión de calidad, ISO 9000, Centro de Transfusión.

**OBJETIVOS:** Para la mejora continua de la calidad de los productos sanguíneos, y para aumentar la confianza de la sociedad en su seguridad y eficacia, el Centro Regional de Hemodonación (CRH) de Murcia decidió en 1998 ajustar su actividad a los requerimientos de la Sociedad Internacional de Estandarización. Aquí resumimos el impacto de la aplicación durante tres años de un sistema de calidad (SC) ISO 9002 en nuestra organización.

**METODOLOGÍA:** El SC se implantó entre noviembre 1998 y marzo 2000. En Julio del 2000 fue auditado y certificado por BVQI (Bureau Veritas Quality International) para las actividades de: a) Obtención, conservación y distribución de hemoderivados y células progenitoras hematopoyéticas para uso clínico; b) Suministro de plasma humano a otras organizaciones para uso industrial del mismo. En tres años ha superado 5 auditorias externas de seguimiento.

**RESULTADOS:** Los principales cambios debidos a la aplicación del SC ISO 9002 han sido: a) los fines, política de calidad, organización y responsabilidades, y las normas de ejecución de actividades están identificadas y definidas en un documento único, el Manual de Calidad; b) anualmente se realiza una planificación detallada de los objetivos a alcanzar en

los procesos, y de los medios necesarios para ello; el grado de cumplimiento de estos objetivos, y los factores influyentes, son también objeto de una revisión anual sistematizada; c) existe un sistema documental estandarizado que da soporte al sistema de calidad, y asegura la accesibilidad controlada a la información necesaria para el desarrollo correcto de los procesos. d) la definición y control de requisitos de calidad no es exclusivo de los productos, sino también de los procesos. e) la vigilancia sobre el comportamiento de los procesos es permanente a través de un sistema establecido de detección y comunicación de incidencias, mediante el seguimiento de indicadores de calidad, y mediante auditorías internas. f) las necesidades de formación de cada puesto están identificadas y existe un plan de formación que asegura la calificación de las personas para el desempeño de tareas; g) el equipamiento técnico está inequívocamente identificado, y es objeto de un mantenimiento preventivo-correctivo que asegure su funcionamiento correcto. h) un comité de calidad integrado por las personas con mayor grado de responsabilidad, analiza regularmente el funcionamiento general del CRH, y asesora en la toma de las medidas precisas para la mejora continua.

**CONCLUSIONES:** La implantación de un sistema de calidad ISO 9002 ha tenido un impacto positivo en nuestra organización. Su mayor logro ha sido mejorar el conocimiento sobre funcionamiento interno de la organización en todos sus niveles, facilitando la planificación y consecución de objetivos.

### **C-09: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)**

**AUTORES:** Arriba de la Fuente, F; Moraleda Jiménez, JM; Vallejo Llamas, J C; Lozano Almela, M; Hernández Campillo, MD; Díaz Chicano, JF; Vicente García, V.

Unidad de Hematología y Oncología Médica. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

**PALABRAS CLAVE:** Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, Gestión de Calidad, JACIE.

**RESUMEN:** El Programa de TPH de la Unidad de Hematología y Oncología Médica del Hospital Morales Meseguer ha diseñado su actividad con el fin de alcanzar la máxima satisfacción de los pacientes, ofrecer una asistencia clínica de alta calidad, conseguir un adecuado aprovechamiento de los recursos, desarrollar una actividad formativa e investigadora que repercuta en la mejora continua de la asistencia, y cumplir los requisitos legales y científicos que afectan a sus actividades. Para alcanzar estos objetivos, el Programa ha desarrollado e implantado un SGC que cumple con los requerimientos de los estándares JACIE (Joint Accreditation Committee of ISHAGE-Europe and EBMT).

El diseño del SGC se sustenta sobre los siguientes elementos secuenciales:

- 1º. Definición precisa de la estructura organizativa formada por un Director (máximo responsable del Programa), cinco Coordinadores de Área (Calidad, Enfermería, Seguridad y Salud Laboral, Formación y Gestor de Datos) que, junto con los Coordinadores de las Áreas asistenciales, integran el Comité de Calidad.
- 2º. Establecimiento de procedimientos Generales (PG) y operativos (PO) óptimos (completos y actualizados);

- 3º. Las infraestructuras, que son las requeridas para este tipo de procesos, y el personal, que cuenta con la formación y adiestramiento adecuado a sus funciones, permiten que la actividad clínica y organizativa se ajuste a los PG y PO establecidos.
- 4º. El SGC dispone de mecanismos para comprobar la fidelidad de las diferentes actividades a los protocolos, y detectar las desviaciones o tendencias negativas que se produzcan. Estos mecanismos son: los indicadores de calidad (puntos de control sobre los elementos críticos del Proceso de TPH), el registro de incidencias, evaluación de la satisfacción de los pacientes, atención a reclamaciones, realización de Auditorias, el análisis de las medidas preventivas y correctoras, la revisión anual del plan de calidad.
- 5º. La constatación de desajustes en el Sistema permite diseñar cambios en las distintas áreas mediante la aplicación de medidas Preventivas/Correctoras, la Planificación anual del Sistema de Calidad, la actualización de los PG y PO. Este diseño circular permite generar en el Proceso de TPH una dinámica de mejora continua.

**CONCLUSIÓN:** El SGC expuesto fue evaluado en Enero-03 por un equipo de auditores externos (Grupo Europeo de Trasplante, ONT y Asociación Española de Hematología y Hemoterapia) que resaltaron su sencillez, y ajuste a los estándares JACIE.

### **C-10: COSTE DEL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA. ESTUDIO COMPARATIVO 1996-2002**

**AUTORES:** Sánchez Blanco. JJ. Lozano Almela. ML. de Arriba. F. Duarte M. Moraleda Jiménez. JM. Vicente García, V. Unidad de Hematología y Oncología Clínica. Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los parámetros para evaluar la calidad asistencial es el conocimiento del coste económico de los procesos. En España la información acerca del coste económico del trasplante de progenitores hematopoyéticos es escasa. Nuestros datos en el Hospital General Universitario (Med. Clin 1996; 106: 329-332) señalan que el coste del auto-TSP es de 15,025 (1994-1995)

**OBJETIVOS:** Analizar el coste económico del trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica en el Hospital Morales Meseguer (año 2002), y compararlo con el estipulado en el Hospital General Universitario (año 1996).

**Metodología:** Estudio retrospectivo de 68 pacientes oncohematológicos sometidos a auto-TSP (45 casos) y alo-TSP (18 casos), realizados en el periodo de 2 años (1999-2000); para ello se ha desglosado el gasto en 3 fases bien diferenciadas del proceso: 1) Movilización y aféresis de progenitores hematopoyéticos, 2) Estudio pretrasplante, 3) Trasplante. Hemos diseñado 3 bases de datos originales, en las que se han recogido todos los parámetros implicados en el procedimiento objeto de estudio, y en la que los precios asignados a cada uno de ellos han sido obtenidos de fuentes oficiales. Los resultados se expresan como  $x + DS$  y la comparación entre los gastos generados en el auto-TSP y alo-TSP se realizó mediante el test de la U de Mann-Whitney, considerándose significativa si  $*p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** El coste del auto-TSP desglosado fue: 1) Movilización\* 8356 + 2498, 2) Pretrasplante 1539 + 59, 3) Trasplante\* 14631 + 870, mientras que en el alo-TSP los gastos fueron:

- 1º. Movilización 2511 + 405, 2) Pretrasplante 2016 + 256, 3) Trasplante 26384 + 3460.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro medio el coste global del trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos es de 24500 \_ y de 31000 \_ para la modalidad alogénica de donante emparentado. Teniendo en cuenta el IPC, el coste de estos procedimientos no ha experimentado variación significativa con el cambio del Hospital General Universitario al Hospital Morales Meseguer.

## C-11: LA CALIDAD MAS ALLÁ DE LA CERTIFICACIÓN

**AUTORES:** de las Heras Velasco, CJ.,

**PALABRAS CLAVE:** Sensibilizar, Implicados, Usuarios/Clientes, Formación Continua.

**OBJETIVOS:** El presentar al Personal Subalterno, del Servicio Murciano de Salud, unos conceptos básicos sobre el mundo de la Calidad, sin demagogias y con un lenguaje sencillo, directo con el fin de preparar e incentivar su participación en programas de formación mas extensos en Calidad.

A traves de una presentación directa, sencilla, con ideas básicas y traspuestas al día a día, apoyándose en frases, experiencias de Personalidades de la Industria y los Servicios, además de Pensadores y Expertos en Calidad.

**METODOLOGÍA:** La presentación esta desarrollada en Power Point, la pretensión es como se puede iniciar al Personal Subalterno, en el Mundo de la Calidad, abriendo paso a una formación mas especial y técnica, como objetivo de una implicación en sistemas de Calidad, así como su posterior transferencia de estos conocimientos al servicio de los Usuarios y Clientes de nuestro Servicio de Salud.

**CONCLUSIONES:** Seria muy interesante su puesta en marcha formando parte de los Programas de Formación Continua dentro de nuestras Instituciones Sanitarias, tanto en Especializada como en Primaria.

La idea es de sensibilizar a los colectivos menos implicados en la Calidad, a pesar de su importancia, ya que estos profesionales son una parte primordial, en el contacto de nuestros Usuarios / Clientes con nuestros Servicios de Salud.

Esta sencilla presentación, puede ser el nexo de unión con programas de Calidad con mas contenidos y mas avanzados

CALIDAD DE LOS CUIDADOS  
DE ENFERMERIA HOSPITALARIOS

M  
E  
S  
A  
3



## C-12: EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL H.G.U.M

**AUTORES:** \*Arellano Morata, C.; \*Hernández Ruipérez, M.M.; \*Sáez Soto, A.R.; \*\*Campos Aranda, M.; \*\*\*López Montesinos, M.J.

\*DUE Hospital General Universitario Murcia

\*\*Prof. Unidad Docente Dpto. Bioestadística. Universidad Murcia

\*\*\*Prof. Dpto. Enfermería. Universidad Murcia

**PALABRAS CLAVE:** Procedimiento, Enfermería, Cuidados, Calidad

**OBJETIVOS:** Evaluar el nivel de cumplimiento de dos procedimientos de enfermería de los 260 que se implantaron hace dos años en el Hospital General. Estos procedimientos se editaron en un Manual como guía de actuación para la enfermería, partiendo de una metodología científica, que acreditó el proceso de construcción y desarrollo de los mismos, mediante un Ciclo de Garantía de Calidad, como parte de un Programa de Gestión de la Calidad Asistencial.

**METODOLOGÍA:** Instrumentalización: Estudio descriptivo de la cumplimentación de los criterios seleccionados en los procedimientos de: "Acogida de un paciente programado en una unidad de hospitalización" e "Higiene de un paciente en cama". Ámbito de estudio: Unidades de Hospitalización del H.G.U. de Murcia. Muestra: 99 casos en "Acogida" y 83 casos en "Higiene", correspondientes al 60% del total de camas. Temporalidad: Evaluación concurrente durante 30 días del nivel de cumplimiento de los criterios de cada procedimiento. Fecha de evaluación del 10 de diciembre 2002 al 10 de enero 2003. Se considera Satisfactorio aquel criterio que se cumpla a partir del 80%, Aceptable/susceptible de mejora del 50% al 80% y No se cumple si no llega al 50% tras la evaluación de los casos. Criterios: "Acogida" se seleccionaron 7 criterios para su medición y evaluación. "Higiene" se seleccionaron 10 criterios para su medición y evaluación.

**RESULTADOS:** "Acogida": cumple criterio 1- 98%( 99 casos), 2- 97'5%(97 casos), 3- 94%(95casos), 4- 74'5%(73casos), 5- 77'5%(75casos), 6- 64%(55casos), 7- 77%(67casos). "Higiene" cumple, criterio 1- 92%(74 casos), 2- 94%(70casos), 3- 95'5%(77casos), 4- 80'5%(68casos), 5- 95'5%(77casos), 6- 90'5%(73casos), 7- 45%(40casos), 8- 98'5%(81casos), 9- 91'5%(72casos), 10- 70'5%(57casos).

**CONCLUSIONES:** tras los resultados obtenidos la mayoría de los criterios son satisfactorios, los criterios susceptibles de mejora son: 4,5,6 y 7 en "Acogida" y en "Higiene" 7 y 10.

## C-13: MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE UN CUESTIONARIO AL ALTA HOSPITALARIA

**AUTORES:** Alcaraz Martínez J, Abad Corpa E, Cos Zapata A, Sánchez Nieto J M.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad Asistencial, alta hospitalaria, cuestionario

**INTRODUCCIÓN:** Como método para evaluar algunos indicadores de calidad asistencial en nuestro Hospital, se ha diseñado un cuestionario breve para rellenarlo por el paciente o familiar. En este diseño se han incluido cuestiones referidas a actividad médica y de enfermería. El objetivo de este estudio es la puesta en marcha del método y evaluación de los resultados.

**MATERIAL Y MÉTODO:** El cuestionario consta de 8 preguntas dicotómicas (sí/no) sobre aspectos donde no intervenga la subjetividad y una pregunta abierta final sobre si tenían alguna sugerencia. EL cuestionario fue repartido por las supervisoras de cada planta entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre, al dar el informe de alta al paciente/ familiar, invitando a este a rellenarlo en ese momento.

**RESULTADOS:** De las 1445 altas se cumplimentaron 394 cuestionarios (tasa de respuesta del 27%). Se obtuvieron datos sobre la proporción de informes a máquina entregados (89,4%), primeras recetas entregadas al alta (32%), caídas (1,8%), informes de enfermería (27,5%) y coincidencias del menú servido (76%). También se analizaron las sugerencias, siendo agradecimientos en el 63% y quejas el resto.

**CONCLUSIONES:** Se ha puesto en marcha una herramienta que nos puede dar una idea de cumplimientos de indicadores de calidad, por medio de las respuestas de los pacientes, al alta.

### C-14: MONITORIZACIÓN DEL TIEMPO DE AYUNAS ANTES DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

**AUTORES:** Carvajal González M. A, Baeza Díaz-Cacho A, Ato Guardiola E, López Martínez P, Benavente Da Silva K, Sánchez Nieto JM.

**PALABRAS CLAVE:** Monitorización, Ayunas, Pruebas.

**OBJETIVOS:** 1º.- Monitorizar los criterios de calidad alcanzados trascurrido un año de la finalización de un ciclo de mejora.

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las actividades de mejora de la calidad, la monitorización suele ser el aspecto más olvidado en la práctica del compromiso con la calidad.

**METODOLOGÍA:** muestreo de conveniencia: pacientes hospitalizados de forma consecutiva pendientes de realización de pruebas diagnósticas. Tipo de estudio: monitorización de la situación actual con un nivel preestablecido al finalizar un ciclo de mejora. Construcción de seis indicadores a partir de los criterios empleados en la evaluación. Medición del listado de indicadores. Estadística: Programa Iqual.

**RESULTADOS:** 58 pacientes. Indicadores: I(1) se informa al paciente verbalmente sobre el tipo de prueba a realizar: 10 (7,1%), I(2) se informa al paciente verbalmente sobre el tipo de ayunas que debe realizar antes de la prueba: 10 (7,1%), I(3) el número de horas que el paciente está en ayunas completa es superior a 10 horas: 26 (18,6%), I(4) el número de horas que el paciente está en ayunas a sólidos es superior a 15 horas: 43 (30,7%), I(5) el número de horas que el paciente está en ayunas completa es superior a 10 horas tiene vía periférica y líquidos parenterales: 26 (18,6%), I(6) el paciente ha tomado la medicación oral en su horario habitual aunque esté en ayunas: 25 (17,9).

**CONCLUSIONES:**

- 1º. Al concluir la monitorización existe aumento del número de incumplimientos en todos los indicadores evaluados, excepto en el indicador I(5).
- 2º. Estos resultados indican la necesidad de planificar las actividades de monitorización, una vez concluidos los ciclos de mejora, para que nos alerten de la presencia de deterioro en los niveles de calidad alcanzados.



### C-15: MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DE LA CATETERIZACIÓN VENOSA MEDIANTE EL MÉTODO LQAS

**AUTORES:** Abad Corpa, E; García Palomares, A; Jiménez Moreno, RM; Leal Llopis, J; Martínez Albaladejo, Y; Pascual Díaz, RM.

**PALABRAS CLAVE:** Monitorización; LQAS; Enfermería

**INTRODUCCIÓN:** La monitorización de indicadores es una actividad conducente a valorar si estamos a unos niveles preestablecidos de calidad y para detectar la existencia de situaciones problemáticas. El muestreo de aceptación de lotes o Lot quality assurance sampling (LQAS) es un método originado en la industria que resulta de utilidad en la monitorización en servicios sanitarios si lo que queremos es comparar la situación actual a un estándar prefijado.

**OBJETIVO:** Evaluar la cumplimentación del protocolo de mantenimiento de la cateterización venosa de un hospital mediante el método LQAS.

**METODOLOGÍA:**

Diseño: Estudio de monitorización de la calidad mediante el método LQAS.

Ámbito: Se realizó en las áreas quirúrgicas, hospitalización, UCI y urgencias del Hospital JM Morales Meseguer de Murcia durante el primer semestre del 2002 (3 cortes).

Criterios evaluados: C1: Utilización de apósito estéril transparente; C2: Fijación correcta; C3: Registro de fecha de inserción; C4: Presencia de desconexiones innecesarias del sistema.

Metodología: Partiendo de un estándar de cumplimiento del 95%, asumiendo un umbral mínimo del 85%, un Error = 5% y un Error = 20%, se calculó un tamaño muestral de 44 casos y el número mínimo de cumplimientos del protocolo de 39.

**RESULTADOS:** Durante el primer y segundo cortes se obtuvieron 39 casos adecuados a protocolo, siendo de 42 en el tercer corte. Los criterios en los que más incumplimientos se producían fueron C1 (Utilización de apósito estéril transparente) y C2 (Fijación correcta).

**CONCLUSIONES:** Los resultados muestran la inexistencia de un problema de calidad en el protocolo estudiado. La utilización del método LQAS nos proporciona una forma rápida de decidir si estamos ante una situación problemática de calidad utilizando una muestra pequeña.

### C-16: LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**AUTORES:** Hernandez Ruipérez, MM., Arellano Morta C., Sáez Soto AR.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Formación, Valoración Inicial de Enfermería.

**INTRODUCCIÓN:** Como instrumento de mejora de la calidad asistencial en el Hospital General Universitario de Murcia, en el año 2000 se implantó el registro de Valoración Inicial de Enfermería. Este registro está estructurado en: Datos básicos, Valoración física, Valoración de los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon., Datos derivados de la entrevista. Diagnósticos de Enfermería. Problemas interdependientes. Firma.

**OBJETIVOS:** Valorar la importancia de la formación en la evolución del grado de cumplimentación del registro de Valoración inicial y en la identificación de Problemas de Salud.

**METODOLOGÍA:** Se realizan dos estudios transversales cuantitativos sobre la totalidad de los pacientes ingresados en 8 unidades de hospitalización, comparando los resultados obtenidos.

Del registro de Valoración inicial se han seleccionado para el estudio la cumplimentación de: Valoración Física, Valoración de los 11 Patrones funcionales de Salud, Diagnósticos de enfermería, Firma.

**DESARROLLO DE TEMA:** Desde la incorporación de dicho registro a la metodología de trabajo enfermero se realizan programas de orientación y formación para el personal, llevado a cabo por enfermeras de la Comisión de Docencia de Enfermería, a través de: Sesiones, seminarios y talleres de enfermería; asesoramiento y seguimiento.

**RESULTADOS:** De 2002 a 2003, un incremento de: 32% en el número de valoraciones realizadas; 12% en el enunciado de diagnósticos de enfermería; un 20% en la cumplimentación del P.V; el 30% en el P.VI; el 21% en el P.X; un 23% en el P.XI; un 41% en la firma.

**CONCLUSIONES:** Las actividades formativas de manera continuada y accesible favorecen la cumplimentación de los registros. Se aprecia la aceptación por parte de los profesionales de enfermería de esta nueva herramienta de trabajo, como primer paso para la sistematización de la metodología enfermera.

### C-17: INSTRUMENTOS PARA LA GESTION DE CUIDADOS

**AUTORES:** Castillo C.; Olivares JM.; Martín M; Pitarch T. y Cerdán A.

**PALABRA CLAVE:** Proceso enfermero

**INTRODUCCIÓN:** En diciembre de 2001 comenzamos un proyecto, el cual suponía cambios importantes en nuestra forma de trabajo.

Para ello adoptamos el Modelo de Virginia Henderson (14 necesidades), taxonomía (NANDA) y Método el Proceso de Atención de Enfermería. Para el desarrollo y seguimiento contamos con un aplicativo informático de gestión asistencial de cuidados (esto significa planificar, administrar cuidados y constancia escrita de todas las actividades realizadas por la enfermería).

**OBJETIVOS:**

- 1º. Implantación y desarrollo del "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA".
- 2º. Utilización de un lenguaje común para la enfermería .
- 3º. Normalización de los cuidados enfermeros.

**METODO:** Se crea un grupo de mejora para la implantación y seguimiento de las distintas etapas del proceso:

- Validación Base Conocimiento. Nuestra base de datos contiene 93 diagnósticos (real y de riesgo) 357 signos y síntomas, 647 factores de relación, 400 objetivos y 400 acciones.
- Realización planes de cuidados estándar de las patologías más comunes
- Implantación aplicativo (24-02-02)

**RESULTADOS:** Estudio cuantitativo-cualitativo observacional dirigido a todo enfermo ingresado en planta objeto de plan de cuidado. Periodo del estudio de Marzo 02 a Noviembre 02.

*Evaluación Cuantitativa:*

Fuente de datos: Aplicativo gestión de cuidados y Admisión.

Indicadores:

•Global:

- Porcentaje de enfermos con planes (de 2.100 ingresos se realizaron 1.444 = 68'76%)

•Según tipo de plan:

|  |     |        |
|--|-----|--------|
| - Porcentaje de enfermos con planes estandar | 574 | 39'75% |
| - Porcentaje enfermo con planes individuales | 668 | 46'26% |
| - Porcentaje enfermo con planes directos     | 202 | 13'98% |

**Evaluación Cualitativa:**

Fuente de datos: Registro informático de cuidados en el que se valora si se cumplen las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Indicador:

Porcentaje de pacientes con valoración, Diagnostico y planificación de acciones fueron 1.444 = 100%.

Porcentaje de pacientes con confirmación de acciones y mantenimiento del plan 680 = 47'09%.

Necesidades más prevalentes:

|                 |        |
|-----------------|--------|
| RESPIRAR        | 50'84% |
| MOVILIDAD       | 40'67% |
| HIGIENE         | 27'11  |
| COMER Y BEBER   | 16'94% |
| VESTIDO         | 15'20% |
| ELIMINACIÓN     | 13'55% |
| EVITAR PELIGROS | 11'86% |
| COMUNICAR       | 10'16  |
| TEMPERATURA     | 6'7%   |
| APRENDER        | 6%     |
| SUEÑO DESCANSO  | 5'08%  |
| OCIO            | 2%     |
| VALORES         | 0%     |
| REALIZACIÓN     | 0%     |

Como se puede apreciar las necesidades biológicas están mucho mas desarrolladas en la practica enfermera que las psico-sociales. Sorprende la posición "evitar peligros" en relación a otras necesidades lo que demuestra que las actividades de prevención son un elemento importante en los cuidados que ejercen las enfermeras.

**CONCLUSIONES:**

Las enfermeras han integrado el Proceso de Atención de Enfermería como metodología de trabajo.

Al estar los datos registrados se mejora la recogida y la posibilidad de explotación de los mismos.

La informática genera cambios específicos pero no hay que olvidar que los profesionales son la herramienta más importante del cambio

## **C-18: IMPACTO DE LA FORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE CALIDAD**

**AUTORES:** Rodríguez Ródenas. J.M.; Hernadez García. J; Igual Poveda. M.J; Maestre Martínez. M; Gordo Bleda. M.C Albertos Ruano. F. Hospital "Virgen del Castillo" Yecla.

**INTRODUCCION:** La formación continuada no es un fin en si misma, es un medio para la mejora de la calidad asistencial, mediante el aumento de conocimientos y actualización de la practica profesional.

**OBJETIVOS:**

Mejorar los resultados del Plan de Acogida mediante la implicación de los profesionales  
Identificar la repercusión de las acciones formativas sobre el Programa de Calidad del hospital.

**METODOLOGIA:**

Evaluación de los resultados previos del Plan de Acogida y los obtenidos tras un ciclo de mejora realizado por un grupo de mejora surgido tras un seminario sobre Metodología de Evaluación y Mejora de Calidad del Programa EMCA.

Evaluación interna, concurrente y realizada por personal ajeno a las Unidades, mediante entrevista directa a todos los enfermos o familiares en cortes de tres días al azar. En la entrevista se les pregunta sobre cuatro criterios de calidad verificables .

La Implantación de mejoras consistió en la difusión de los datos de la evaluación inicial entre el personal de enfermería de la segunda planta y elaboración e implantación de una hoja que se anexa al programa de acogida.

**RESULTADOS:**

| PROGRAMA HOSPITAL / CICLO MEJORA SEGUNDA PLANTA |               |      |                 |       |             |      |              |      |               |               |
|---|---------------|------|-----------------|-------|-------------|------|--------------|------|---------------|---------------|
| Criterio  | % cump. antes |      | % cump. después |       | Mejora abs. |      | Mejora rel.% |      | Probabilidad  | Nivel signif. |
| Nombre enfermería                               | 33.5          | 27.5 | 59              | 83.9  | 26          | 56.4 | 26           | 56.4 | 0.000112<br>7 | p<0.001       |
| Guía de información                             | 45            | 32.5 | 84              | 96.8  | 39          | 64.3 | 39           | 64.3 | 0             | p<0.001       |
| Nombre medico                                   | 61            | 57.5 | 84              | 100.0 | 23          | 42.5 | 23           | 42.5 | 0.000135<br>1 | p<0.001       |
| Horario información                             | 75            | 67.5 | 92              | 93.5  | 17          | 26.0 | 17           | 26.0 | 0.000600<br>8 | p<0.001       |

**CONCLUSIONES:**

Tras la implantación de mejoras, se supera el estándar en todos los criterios, siendo el mas bajo el conocimiento del nombre de la enfermera con un 84% de cumplimentación

La implicación de los profesionales es la condición más importante del éxito de los programas de calidad y para ello la formación es básica en la estrategia de implantación de los programas.

Las acciones formativas han contribuido a mejorar los resultados del Programa de Acogida al Usuario.

**C-19: RESULTADOS DE LA CONSOLIDACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA: TALLERES PARA PACIENTES CON TERAPIA INHALADA**

**AUTORES:** Sánchez Nieto JM, Fuentes Gómez I, Ato Guardiola E, Jesús Maquilón S, Montalbán Gómez I, Belmonte López C.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, adiestramiento y pacientes.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados de los talleres de adiestramiento en terapia inhalada.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo longitudinal y prospectivo en pacientes con EPOC y asma remitidos consecutivamente desde una consulta de neumología. Herramienta: ficha de medición validada con escala cuantitativa asignando valores diferentes a cada paso de la maniobra de inhalación. Recogida de variables descriptivas de los pacientes, de la cumplimentación y cambios de tratamiento. Adiestramiento con personal de enfermería formado. Evaluación de los pacientes pre y post adiestramiento por diferente evaluador. Estadística: variables continuas media y desviación estándar. Cualitativas, porcentajes. Comparación: variables cuantitativas: T de Student, cualitativas Ji cuadrado y test Fisher. Comparaciones: con test de dos colas significación:  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** 72 pacientes, 33 varones (45,8%), 39 mujeres (54,2%). Nivel estudios: bajo 65 (90,3%), medio-alto 7 (9,8%). Diagnóstico: 28 EPOC (38,9%) y 43 Asma (59,7%). Dispositivos más utilizados: cartucho (Cp) 60 (83,3%), Turbuhaler®: 26 (36,1%), Accuhaler®: 18 (25,0%). Número dispositivos por paciente: un dispositivo 37 (51,4%), dos: 30 (41,7%), tres: 5 (6,9%). A nueve pacientes (29%) a los que se le había indicado Turbuhaler® no generaban el flujo inspiratorio suficiente y dos pacientes (12,5%) con Accuhaler®. A 52 pacientes (72,2%) se le había explicado previamente como utilizar los dispositivos. Cumplimentación de horario y dosis: 44 (68,8%). Cambios en el tipo de dispositivo o en fármaco: 9 (14,1%). Puntuación media con Cp en primera evaluación: 4.58 (2.95) y en segunda evaluación 7.71 (2.98)  $p=0.000$ . Puntuación media con Turbuhaler® en primera evaluación 6.19 (2.34) y en segunda evaluación 7.94 (1.88)  $p=0.000$ . Puntuación media con Accuhaler® en primera evaluación 5.87 (2.56) y en segunda evaluación 7.53 (2.33)  $p=0.003$ . No encontramos correlaciones significativas con el tiempo de tratamiento o con haber recibido instrucciones previas y la puntuación obtenida en las evaluaciones. Nivel de estudios medio-alto y puntuación con turbuhaler® 2ª evaluación 9.0 (0.0)  $p=0.003$ .

### **CONCLUSIONES:**

- 1º. Existe mejora significativa en las puntuaciones obtenidas con los dispositivos evaluados tras las instrucciones impartidas por los formadores.
- 2º. Existe una cumplimentación elevada de las indicaciones de tratamiento.
- 3º. El nivel de estudios influye en la habilidad conseguida en el manejo del turbuhaler®.

## **C-20 MONITORIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DEL CARRO DE CURAS**

**AUTORES:** Leal Llopis, J.; García Sánchez, C.; García Palomares, A.; Jiménez Benítez, T.; Illán Macanas, M<sup>a</sup> J.; Barba Abellán, R.

**PALABRAS CLAVE:** Monitorización, Protocolo, Carro de curas.

**INTRODUCCIÓN:** La evaluación de la calidad asistencial es una actividad conducente a conocer a que nivel concreto esta el servicio o el aspecto del servicio cuya calidad medimos. El nivel de cumplimentación de los registros es un parámetro comúnmente utilizado en la evaluación de la calidad asistencial.

**OBJETIVO:** Monitorizar la cumplimentación del protocolo de mantenimiento y reposición del carro de curas en una unidad de hospitalización de cirugía general.

**METODOLOGIA:** Diseño: Descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: Unidad de hospitalización H4D del hospital Morales Meseguer.

Criterios: se han seleccionado 15 criterios mediante la creación de un grupo nominal entre personal de la unidad. Los criterios hacen referencia a la presencia de material que se considera indispensable; C1: Contenedor de residuos punzantes; C2: Povidona yodada; C3: Suero salino; C4: Guantes estériles; C5: Gasas estériles; C6: Apositos quirúrgicos; C7: Vendas de crepe; C8: Cánula intravenosa 18G; C9: Cánula intravenosa 20G; C10: Aguja 0,8x25; C11: Aguja 0,8x40; C12: Jeringas 5ml; C13: Jeringas 10ml; C14: Hojas de bisturí; C15: Puntos de aproximación. Metodología: Se realizaron 20 evaluaciones entre los días 15 de octubre y 25 de noviembre. La selección de los días de evaluación fue aleatoria siendo el horario habitual de realizarla las 8,30 h.

**RESULTADOS:** Los criterios C1, C2, C4, C13 y C15 no presentaron incumplimientos en las evaluaciones. El criterio con mayor número de incumplimientos fue el C7 (70%), mientras que los demás criterios presentaron incumplimientos entre el 5-20%.

**CONCLUSIONES:** La monitorización sistemática de los protocolos detecta áreas de mejora con el objetivo de aumentar la calidad asistencial prestada a nuestros usuarios.

## **C-21: IMPLANTACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA POLÍTICA DE COMPRA. MATERIAL SANITARIO ENFERMERÍA**

**AUTOR:** Castillo Gómez, C.

**PALABRAS CLAVES:** Evaluación, productos, conocimiento.

**OBJETIVO:**

Mejorar el conocimiento y características de los productos.

Creación de un catálogo valorado por los profesionales que sirva de apoyo y consulta.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio cualitativo-cuantitativo dirigido a todo producto sanitario que puede ser objeto de adquisición y posterior consumo en el centro. Periodo de estudio del 01-05-01 al 31-05-02. Como instrumento de medida se diseñó una hoja de registro de valoración. La dimensión a evaluar es todo producto que llega al hospital para ser probado. La Unidad de Calidad censa todos los productos que se utilizan en el centro, centralizando la política de compras comprobando la calidad técnica de dichas muestras y el grado de satisfacción, de esta manera el hospital sabe en todo momento que productos se están valorando.

**Desarrollo:** Sistemática de trabajo basada en mejorar las condiciones de uso y características. Se diseña "hoja evaluación material" para todos los productos. Dicha hoja consta de dos apartados:

Primero:

- Filiación producto
- Normas uso
- Características

Segundo:

- Ventajas
- Inconvenientes
- ¿Aporta algo nuevo?
- Valoración (Óptimo, bueno, suficiente y deficiente)

Todas las muestras se reciben en la Unidad de Calidad, se apertura la hoja de evaluación rellenando el primer apartado y posteriormente se reparten las muestras con su hoja de evaluación a las Unidades implicadas.

Este material es probado-evaluado por los profesionales y el supervisor de la unidad cumplimenta el segundo apartado de dicha hoja.

Una vez cumplimentada, se remite a la Unidad de Calidad donde se analiza la información que es utilizada al realizar los informes técnicos de adquisición de productos

### RESULTADOS:

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Optimo               | 15 productos |
| Bueno                | 23 productos |
| Suficiente           | 21 productos |
| Deficiente           | 37 productos |
| Total.....           | 96 productos |
| ¿Aportan algo nuevo? | 10 productos |

**CONCLUSIONES:** La hoja se define claramente como una medida eficaz en la política de compras. Los criterios de inclusión-exclusión de un producto en el centro estarán marcados por la valoración obtenida.

Implicación profesional en política compras

Al tener normas de uso, se rentabiliza dicho producto

Al estar censadas las muestras se evita su pérdida.

## C-22: ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: RESTAURACION DE 5 TENEDORES.

**AUTORES:** Calleja Pérez L., Cerezo Hernández L., García Nicolás G., Quiles Rosillo A., Recober Yepes I.

**PALABRAS CLAVE:** atención personalizada, capacidad de respuesta.

**OBJETIVO:** Acercar al paciente a un entorno cómodo que se identifique lo máximo posible con sus hábitos alimentarios.

**METODOLOGÍA:** Puesta en marcha de un plan de acción en tres fases.

A) Adecuación de horarios, ampliación y mejora de servicios:

- Desayunos a las 8:30 horas. (\*)
- Suplementación de media mañana. (\*)
- Servicio de comidas de 13.30-14:30.
- Meriendas a las 17:00 horas. (\*)
- Servicio de cenas de 20:15-21:15.
- Suplementación a media noche.
- Dietas trituradas con aporte nutricional asegurado y controlado
- Entrega de un litro y medio de agua por paciente y día.
- Entrega de un presente el día del cumpleaños.

(\*) servicio a la carta.

B) Adecuación de necesidades y Recursos Humanos.

- Oferta de menú opcional a dietas terapéuticas
- Servicio de educación nutricional.
- Atención personalizada. Anticipación a la queja. Figura del dietista.
- Identificación del paciente con su camarera de planta.

C) Protocolo de Canalización de Quejas.

- Visita inmediata al paciente por parte del dietista. Registro.



- Visita del responsable del servicio con la supervisora de planta, gobernanta de cocina o Jefe de cocineros en función de las características de la demanda.
- Puesta en conocimiento de las acciones correctoras al responsable de hostelería.

**RESULTADOS:** De un total de 25.763 servicios prestados en el hospital, durante el período comprendido entre el 12 de noviembre de 2002 y el 31 de enero de 2003, se han obtenido los siguientes datos.

- Número de quejas registrado por el S.A.U. 0
- Número de quejas transmitidas oralmente por los propios pacientes.
- Servicios quirúrgicos 3
- Servicios médicos 5

**CONCLUSIONES:** De entre todas las medidas adoptadas, realizamos una fuerte apuesta por la atención personalizada, ya que nos permite valorar adecuadamente cuales son las necesidades reales de nuestros pacientes, así como orientar nuestras actuaciones hacia la concreción y en su caso consolidación de las medidas precisas para que los mismos alcancen el grado de satisfacción necesario. Que el número de demandas transmitidas oralmente sea elevado, consideramos no conlleva un detrimento en la calidad asistencial, si bien al contrario el paciente agradece la atención prestada al considerarse especial, como nos ha manifestado a su alta.

Somos conscientes de que los resultados son meramente orientativos, debido al breve período de tiempo desde su implantación. Un estudio más profundo sobre la calidad percibida por el paciente y su comparativa con otros centros asistenciales, nos permitirá evaluar a medio plazo los resultados del plan 5 tenedores.

Fuente de financiación: Eurest Colectividades S.A.

### **C-23: CONTROL DE CALIDAD, SISTEMA DE ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS EN RESTAURACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

**AUTORES:** Raya Fernández, F.; Visedo López, J.A.; Ferrándiz Gomis, R.; Guerrero Fernández, M.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, planificación, análisis puntos críticos.

#### **OBJETIVOS:**

- Plena garantía sobre el cumplimiento de la Guía de Buenas Prácticas Higiénico Sanitarias en Restauración Colectiva.
- Aseguramiento del Control de Calidad mediante el sistema APPCC.
- Mejoras de la operativa interna.
- Mejor servicio y mayor grado de satisfacción de nuestros pacientes.

#### **METODOLOGÍA:**

- Normas ISO 9000.
- Aplicación de la legislación Española sobre Seguridad Alimentaria en el sector de restauración.
- Implantación total del concepto de trazabilidad.
- Definición de programas propios de muestreo de nuestras ingestas acabadas de acuerdo con nuestro propio APPCC.

**CONCLUSIONES:** La creación de un Servicio de CCRH en el HUVA, desde el año 2001, ha supuesto un mayor grado de aseguramiento del confort y prevención de peligros en cuanto a toxiinfecciones alimentarias al hacer un seguimiento diario de los PCC.

- Reconocimiento diario de las cocinas tanto de nuestro hospital como de los servicios de cafeterías de público, personal y comedor de médicos.
- Colaborando en el diseño de menús tanto basales como terapéuticos.
- Seguimiento desde la recepción de los alimentos, la manipulación y entrega de las ingestas al paciente.
- Formando al personal mediante cursos de manipulación de alimentos y conocimiento del APPCC y GBPHS.

Con este proyecto que se está llevando a cabo en el HUVA se pretende culminar el proceso iniciado en el año 1.996 con la centralización de las cocinas.

Existe una gran dificultad que es la lucha continua para evitar que el Control de Calidad se convierta en una serie de documentos, que nadie entiende el porqué se hacen ni asume como suyo.

Es difícil mantener el Control de Calidad cuando el día a día de nuestras cocinas va imponiendo su dinámica de toda la vida.

Frente a eso, lo importante es la distribución continua de la cultura de la calidad entre los trabajadores, seguir implantando documentación haciendo partícipes, al mayor número de personas, y no olvidar que lo importante es hacer las cosas bien.

### **C-24: PLAN DE CALIDAD HOSTELERA EN EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA**

**AUTORES:** Visedo López, JA, Guerrero Fernández, M., Ferrándiz Gomis, R, Beltrán, T., Ruiz Jiménez, J.L., García Sánchez, M.J.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, limpieza, seguridad, accesibilidad, iluminación.

#### **OBJETIVOS:**

- Marco: Plan de calidad aprobado en el Comité de Dirección del Hospital de la Arrixaca en el mes de noviembre de 1.999 como una de sus líneas estratégicas del Plan Estratégico 1.998-2001 y dentro del Plan de Calidad del Centro.
- Objetivos: Conseguir un Hospital seguro, limpio, confortable, iluminado y accesible.

#### **Líneas de actuación:**

- Zona exterior: mejora de la limpieza, circulación tráfico rodado, zonas ajardinadas, iluminación, señalización, imagen corporativa, seguridad, confortabilidad, gestión residuos urbanos, eliminación progresiva barreras arquitectónicas, accesibilidad, etc.
- Zonas interiores; actuaciones concretas en limpieza, seguridad, señalización interior, zonas comunes y de paso - vestíbulos, pasillos, salas de espera, escaleras, etc.-, disminución progresiva del tabaco, información al usuario, mejoras alimentación, mantenimiento interior.

#### **RESULTADOS:**

- Disminución en un 50% los incidentes en temas de seguridad.
- Incremento de la iluminación exterior e interior en un 50%.
- Disminución del consumo de tabaco dentro del Hospital en un 50%.
- Mejora de la señalización interior y exterior en un 100%.
- Progresiva peatonalización del recinto hospitalario en un 40%.
- Eliminación de un 30% de las barreras arquitectónicas.

### CONCLUSIONES:

- Importancia del plan de calidad hostelero en el desarrollo de la actividad asistencial.
- Percepción de las mejoras introducidas en limpieza, seguridad y alimentación por los pacientes y familiares.

Necesidad de seguir avanzando en la erradicación interna del tabaco, en la mejora de limpieza de zonas comunes y, en general, en todos aquellos servicios no asistenciales que inciden directamente en la calidad asistencial del Centro.

### C-25: ENFERMERA VERSUS MADRE LACTANTE. CARACTERISTICAS DE CALIDAD PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

**AUTORES:** Martínez Soriano Gracia María y Maestre Martínez María Isabel.

**PALABRAS CLAVE:** Lactancia, Grupo, Asociación.

**INTRODUCCION:** En el área de salud 5 de la Región de Murcia, está documentada la baja incidencia de la Lactancia Materna. Siendo objetivo sanitario prioritario la divulgación de los beneficios de este tipo de alimentación y apoyando al Hospital Virgen del Castillo en el Décimo Paso para la acreditación de Hospital Amigo de los Niños (IHAN, UNICEF), nos valemus de la formación como enfermera y de la práctica como madre lactante, para crear un Grupo de Madres de Apoyo a la Lactancia Materna.

#### OBJETIVOS:

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

**MATERIAL Y METODO:** El grupo de madres, nuestros hijos lactantes, local, bibliografía, carteles y folletos informativos.

- Tras la realización de cursos de formación en Lactancia Materna, creamos un Grupo de Apoyo formado por dos enfermeras-madres con experiencia en asistencia sanitaria hospitalaria y varias madres interesadas en el tema.
- Recopilamos información contactando con la Coordinadora Nacional y otros Grupos de Apoyo, con el fin de crear una Asociación sin ánimo de lucro.
- Realizamos entrevistas con las administraciones públicas y sanitarias para conseguir los medios materiales necesarios (local, etc.).
- Todas las actividades han sido consensuadas entre el Grupo y el Servicio de Pediatría del Hospital.

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

**CONCLUSIONES:**

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

EVALUACION DE LA CALIDAD  
EN ATENCION PRIMARIA  
DE SALUD

M  
E  
S  
A  
4



**C-26: EL TIEMPO DE ESPERA PARA ENTRAR EN CONSULTA DE M. FAMILIA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA**

**AUTORES:** García González, AL.; Pérez Aguilar, F; Fontcuberta Martínez, J.; Ballesteros Pérez, AM; Moreno Valero MA.; Alarcón González, JA.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Tiempo de espera, M. familia.

**RESUMEN:** El tiempo de espera para entrar en consulta de Med. Familia influye en la satisfacción del usuario. La encuesta de satisfacción del INSALUD en el año 1998, indica que el 45,5% de los usuarios esperan mucho/bastante para entrar en consulta.

**OBJETIVOS:**

- 1º. Conocer el tiempo de espera medio en la entrada en consulta de M. Gral. en los Centros de Salud de nuestra Área.
- 2º. Identificar causas de demora
- 3º. Analizar las causas de demora y proponer las medidas correctoras
- 4º. Evaluar la efectividad de estas medidas.

**METODOLOGÍA:** Estudios observacionales descriptivos transversales, mediante observadores externos. Se analizaron 570 consultas de M. Familia en cada fase estudiándose las variables: tiempo medio de espera, tiempo medio de atención/usuario, presión asistencial, cadencia de citación, nº interrupciones/consulta, tiempo medio/interrupción. Tras analizar los resultados obtenidos en la primera fase, se informó de forma individualizada a los EAP de su situación en cuanto a la demora en la atención, nº interrupciones/ consulta y su duración media, presión asistencial, tiempo de atención/usuario y cadencia de citación; proponiéndoles medidas de mejora: Adaptar las agendas de citación a la duración real de la consulta y disminuir las interrupciones/consulta. Tras ello se procedió a analizar de nuevo la situación en cada zona.

**RESULTADOS:** 1º) El tiempo medio/espera es de 14,15 min.(IC95%:12,86';15,44'). Se observa una ligera disminución con respecto a la primera fase (P=0,015) 2º)El tiempo medio de atención es de 7,10 min. por paciente (IC95%:6,71'; 7,54'). No existen diferencias significativas con la 1ª fase (p=0,795). 3º) La presión fue menor con p=0,001 en la 2ª fase. 4º) No se ha observado adaptación de las agendas. 5º)la media interrupciones consulta/día 2,64 . 4º)El tiempo medio de interrupciones fue 3'31" (IC95%:3,11'; 3,92'), p<0,05.

**CONCLUSIONES:**

- 1º. El tiempo de espera de los usuarios para entrar en consulta se ha reducido en relación con la 1ª fase.
- 2º. Se ha observado una disminución del número de interrupciones/ consulta con respecto a la 1ª fase.
- 3º. No se ha encontrado una relación estadística entre la presión asistencial y tiempo de espera.
- 4º. El tiempo de espera ha disminuido debido a reducción del nº de interrupciones y su tiempo medio.

Fuente de financiación: Ayuda EMCA 00514

## C-27: MONITORIZACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE UNA METODOLOGÍA

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, JJ; Santos Ortuño, MI; Agulló Roca, F.; Villaescusa Pedemonte, M; Sanz Mateo, G.

**PALABRAS CLAVE:** Accesibilidad, atención primaria, LQAS.

**OBJETIVO:** La accesibilidad en Atención Primaria es monitorizada con datos de área mediante los tiempos de espera para entrar en consulta (TE). Sus resultados no localizan centros de salud (EAP) problemáticos donde aplicar medidas correctoras. Pretendemos utilizar una metodología alternativa y compararla con la tradicional, valorando su factibilidad y operatividad.

**METODOLOGÍA:** Medimos TE en la Gerencia de Murcia (2ª semana de noviembre, 2002) mediante doble metodología:

- 1º. Clásica: Muestreo aleatorio estratificado en medicina de familia (MF, 300 usuarios) y pediatría (PE, 100 usuarios), para estimar en el área (95% confianza) el tiempo medio de espera (TME, precisión 1 minuto) y el tiempo medio de atención (TMA, precisión 2,5 minutos).
- 2º. Alternativa: Aceptación de muestras por lotes (LQAS) con representatividad de EAP (confianza, 95%; potencia, 80%). Exige 14 usuarios de MF y 14 de PE para construir 4 lotes por EAP: 2 para medir el porcentaje de pacientes que espera <15 minutos (TE15) en MF y PE (estándar, 95%; umbral, 75%) y 2 para el % que espera >30 minutos (TE30) en MF y PE (estándar, 5%; umbral, 25%).

### RESULTADOS:

**METODOLOGÍA CLÁSICA,** 400 usuarios:

MF: TMA=5,20,2 y TME=11,31,6 minutos; TE15=765%, TE30=124%.

PE: TMA=6,70,5 y TME=11,62,8 minutos; TE15=749%, TE30=85%.

**ALTERNATIVA, ANÁLISIS LQAS:** (14+14)46 EAP=1.288 usuarios

67 lotes rechazados (36%): 23 en TE15-PE (50% de EAP), 22 en TE15-MF (48% EAP), 13 en TE30-MF (28% EAP) y 9 en TE30-PE (20% EAP).

Detectamos algún problema en 34 EAP (74%): En 4 (7%) se rechazan todos los lotes, en 6 (13%) se rechazan 3, en 12 (26%) 2 y en 13, 1 (28%).

**CONCLUSIONES:** La metodología alternativa localiza y prioriza EAP donde existen problemas de accesibilidad sin perder el enfoque global, pues también obtiene resultados de área utilizando conjuntamente los datos de los usuarios de cada lote. Su exigencia en tamaño muestral no es decisiva ante la mejor información que aporta, pues (en estas condiciones) necesita estudiar simultáneamente más de 14 EAP para superar el utilizado por la metodología clásica.

La generalización en Atención Primaria de técnicas de evaluación rápida (LQAS,...) permitirá acotar problemas y acometer de forma dinámica y operativa intervenciones para mejorar.

## C-28: GESTIÓN INFORMATIZADA DE AGENDAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL AREA V

**AUTORES:** Muñoz Soto A, Carrillo Lorca PB, Moreno Martínez E, González Salas MA, Agulló Roca F, Alcaraz Quiñonero M.

**INTRODUCCIÓN:** La mejora de la gestión de agendas de interconsulta entre atención primaria (AP) y especializada (AE) es un aspecto fundamental para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios. La Comisión Paritaria del área V en el primer trimestre de 2001 decidió implantar un modelo informatizado de gestión de agendas desde el nivel de atención primaria.

**METODOLOGÍA:** El sistema de información utilizado fue HP-HIS gestión de consultas externas con base de datos centralizada en el Hospital Virgen del Castillo. Conexión vía telnet a esta base de datos mediante HP-HIS desde cualquier punto del área V susceptible de dar una cita; consultas externas, urgencias, plantas de hospitalización del "Hospital Virgen del Castillo", centro de especialidades de Jumilla, centros de salud de Yecla y Jumilla.

Para ello se siguieron los siguientes pasos:

- Establecimiento de pacto de oferta demanda para cada especialidad.
- Compromiso de que las agendas fueran estables, dimensionadas al pacto y abiertas de manera permanente.

Se implementaron de manera progresiva todas las agendas informatizadas entre los meses de mayo a junio de 2001. Se programaron acciones formativas para el personal de apoyo de los centros y para la enfermería de las consultas externas y el centro de especialidades de Jumilla. Se definieron las funciones de cada nivel asistencial:

- 1º. AP: Indica derivación, prioriza, cita al paciente a tiempo real y comunica la cita. Puede reprogramar por indicación del paciente. Se elimina la asignación de cupos por centro. Las agendas son comunes a todos los Centros de Salud.
- 2º. AE: Define la estructura de la agenda y asume las reprogramaciones (recitación y comunicación de la cita al paciente).

**RESULTADOS:** En el momento actual en el Área V están informatizadas las agendas de AE de forma que el paciente obtiene en cualquier centro de salud una cita a tiempo real en el primer hueco de cada servicio médico o con el especialista que él decida. La información obtenida sobre las derivación por centro de salud, por médico de atención primaria, la lista de espera por tramos o la demora de cada centro se obtiene del sistema tanto por la gerencia de atención primaria como por especializada por lo que la correlación ha mejorado de manera evidente.

**CONCLUSIONES:** La informatización del proceso administrativo de obtención de cita desde los centros de salud ha supuesto en nuestra área un cambio cultural estratégico que permitirá avanzar hacia un proyecto global de conexión telemática entre AP-AE en el marco de la propuesta de Gerencia Área y alineado con el Plan Director de Sistemas de Información de la Consejería de Sanidad.

### **C-29: EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA**

**AUTORES:** Fontcuberta Martínez, J.; Pérez Aguilar, F; García González, AL.; Barragán Pérez, AJ.; Martínez Montoya, JA ; Manrique Medina, RL.

**PALABRAS CLAVE:** Cumplimentación, Calidad, Interconsulta.

**OBJETIVOS:** 1º Conocer la mejora, tras la intervención, en la cumplimentación de los datos administrativos de las hojas de interconsulta (HIC) ; 2º Conocer la mejora, tras la intervención, en la cumplimentación de los datos clínicos de las HIC.



**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio previo el mes de diciembre de 2001, de especialidades con agenda centralizada, informándose a los coordinadores médicos de los equipos de atención primaria de los resultados obtenidos. Posteriormente se evaluaron las HIC emitidas durante el mes de diciembre de 2002,; del total (425) se extrajo una muestra (nivel de significación del 95% y un error 5,4 % y  $p=0,5$ .) de 184. Se estudiaron las variables: Datos Administrativos (Nombre del centro, Nombre del paciente, n° seguridad social, n° CIP, dirección y teléfono del paciente, tipo de consulta, nombre del médico, fecha); Datos clínicos (Motivo de consulta, Exploración física, pruebas complementarias, tratamiento). Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias y análisis bivariable mediante 2 y comparación con los resultados del estudio previo. Resultados: 1º) En el apartado de datos administrativos el más cumplimentado es el nombre del paciente (100%) y el menos cumplimentado el n° CIP 68,5%. 2º) El dato clínico más cumplimentado es la Exploración Física 74,5% (73,26% a 85,14%) y el menos cumplimentado son las pruebas complementarias 51,6% (48,37% a 63,63%). 3º) Se ha mejorado la cumplimentación respecto al estudio previo en todos las variables excepto en el nombre del facultativo que ha disminuido ( $p<0,05$ )

**CONCLUSIONES:**

- 1º. La información es un medio útil para la mejora de la cumplimentación de las hojas de interconsulta y en otros procesos de mejora de la calidad.
- 2º. Es conveniente la mejora en la cumplimentación de los datos clínicos por lo que deben ser estudiadas otras medida de intervención.

### **C-30: CICLO DE EVALUACION Y MEJORA DE LOS NIVELES DE GLUCEMIA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN DIABÉTICOS**

**AUTORES:** Pérez Pujalte, J.

**PALABRAS CLAVE:** Ciclo, Evaluación, Mejora, Diabéticos, Glucemia, Hemoglobina Glicosilada.

**OBJETIVOS:**

- 1º. Aprovechar una oportunidad de mejora para obtener buenos niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada, en personas diabéticas.
- 2º. Constatar que la oportunidad de mejora para la obtención de buenos niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada, está en el procedimiento seguido para realizar el consejo dietético.

**METODOLOGÍA:** Se establecen tres criterios que se han de cumplir en las unidades de estudio antes y después de la intervención estos criterios son:

- 1º. Anotar el último valor de glucemia
- 2º. Ha de estar registrado la realización de ejercicio físico, no debiendo haber variación del criterio si ó no durante el transcurso de la intervención.
- 3º. Ha de estar reflejado el tratamiento farmacológico si existe, no debiendo haber variación de este durante la intervención. Se procede a pasar una encuesta que recoge la alimentación habitual que siguen cada una de las 28 personas diabéticas tipo II que componen las unidades de estudio, una vez analizada la información se detecta en cada una de ellas actitudes incorrectas que impiden un buen control de sus niveles de glucemia, procediéndose a dar unas indicaciones dietéticas para corregir dichas actitudes incorrectas, con el fin de con-

seguir que obtengan buenos niveles de glucemia y además sigan una alimentación equilibrada.

**RESULTADOS:** El 57 % de los pacientes tienen una glucemia basal superior a 140 mg/dl antes de la intervención y sólo el 3,57 % de los pacientes presentan una glucemia basal superior a 140 mg/dl después de la intervención. Mantienen un valor medio de hemoglobina glicosilada de 6,4 % los pacientes que siguen las indicaciones dadas y los pacientes que no siguen las indicaciones dadas mantienen un valor medio de hemoglobina glicosilada de 9,5 %.

**CONCLUSIONES:**

- 1º. Se constata que la oportunidad de mejora para conseguir un buen control de los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada en personas diabéticas está en la forma de realizar el consejo dietético.
- 2º. El procedimiento seguido para efectuar el consejo dietético ha sido útil para mejorar los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada en personas diabéticas.

### **C-31: INTRODUCCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: EL CONTROL DE LA DIABETES**

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, JJ; Barragán Pérez, A. J; Bravo Martínez, G; Fernández Lorenzo, J; Escribano Sabater, C.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes, Control, Atención Primaria.

**OBJETIVO:** La evaluación en Atención Primaria (APS) se centra tradicionalmente en aspectos de proceso, sin tener en cuenta su relación con el resultado. Pretendemos analizar la viabilidad y exigencias de una evaluación centrada en resultados en APS, así como conocer éstos en un servicio esencial de la APS, la atención a pacientes diabéticos (DM).

**METODOLOGÍA:**

Emplazamiento: Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Región de Murcia.

Elección del indicador: Analizamos el porcentaje de Hemoglobina Glicosilada (%HbA1c) en DM durante el periodo evaluado (2002), y el porcentaje de éstos inferior a 7,0% (Hb<7), relacionado con buen control y ausencia de complicaciones.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante muestreo sistemático estratificado no proporcional de 50 DM por EAP (Total, 3700 DM). Analizamos la prevalencia del dato y los valores obtenidos. Investigamos la influencia que diferentes variables (edad, género, tipo) pudieran tener en ello, para diseñar la metodología de futuras evaluaciones (estratificaciones/estandarizaciones). Contrastamos la situación por Área de Salud y fijamos un estándar realista a conseguir.

**RESULTADOS:**

Prevalencia del dato: 44,61,6%, más frecuente en mujeres (56,61,6%;  $p<0,05$ ) y menos en Area de Lorca (33,84,6%;  $p<0,001$ ).

HbA1c: 7,400,08%, más alta en DM tipo 1 (8,070,27%;  $p<0,001$ ) y menos en Lorca (6,470,22";  $p<0,001$ ).

Hb<7: 48,82,4%, más alto en Noroeste (72,37,7%,  $p<0,001$ ).

**CONCLUSIONES:** La evaluación de calidad de los servicios basada en resultados es posible y preferible en APS. Una vez analizada la situación podemos fijar estándares (valor del porcentaje de DM con Hb<7, en este caso) y facilitar la evaluación, pues posibilita el uso de técnicas rápidas como LQAS y evita la necesidad de evaluar detalladamente el proceso si éstos se cumplen.

La atención al DM en APS ofrece resultados aceptables, pues el control es bueno en la mitad de los pacientes y EAPs: puede fijarse como estándar  $HbA_{1c} < 7 = 50\%$ , acorde a los planteamientos del Plan de Salud de la Región de Murcia.

### **C-32: MEJOR EFECTO HIPOLIPEMIANTE Y MENOR MEDICALIZACIÓN TRAS LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA**

**AUTORES:** Casas Ros, MM.; Panisello Royo, JM.; Olvera Manzano, M.; Borràs Martí, E.; Casals Pasqual, A.

**PALABRAS CLAVE:** Unidad de lípidos, unidad de enfermería, dislipemia, medicalización.

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de una consulta específica de enfermería en la modificación en los hábitos dietéticos en pacientes dislipémicos en prevención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los pacientes afectados de dislipemia primaria atendidos en nuestra unidad 6 meses antes de la creación de la consulta de enfermería adscrita a la unidad de lípidos (grupo G1) y durante los primeros 6 meses de funcionamiento de la referida consulta (grupo G2). Se valoró el colesterol total, cHDL, cLDL, TG basalmente, a los 3, 6 y 9 meses. Se determinó asimismo el genotipo de la apoproteína E en todos ellos. La indicación de tratamiento hipolipemiente se hizo siguiendo los criterios del National Cholesterol Programme.

**RESULTADOS:** En un periodo de tres meses se redujo el CT un 4,2% en el grupo G1 frente a un 13,2% en el grupo G2, el cLDL un 5,1% en el grupo G1 frente a un 14,9% en el grupo G2, el cHDL se redujo un 1,8% en el grupo G1 frente a un incremento del 4,7% en el grupo G2. Con respecto a los triglicéridos aunque se evidenció una mayor reducción en el grupo G2 que en el G1, ésta no llegó a ser estadísticamente significativa.

Se mostraron los resultados con relación al genotipo de la apolipoproteína E de los pacientes que inicialmente, antes de introducir modificaciones higiénico dietéticas, requerían intervención farmacológica según la guía del National Cholesterol Programme, ésta fue necesaria en un 61,2% en el grupo G1 frente a un 43% en el grupo G2.

Los resultados evidencian pues que la probabilidad de precisar tratamiento hipolipemiente es de 1,6 superior cuando no se utiliza la citada unidad.

#### **CONCLUSIONES:**

- 1º. La aproximación específica para conseguir la modificación en los hábitos higiénico dietéticos a través de una consulta de enfermería ha comportado un mayor efecto hipolipemiente y un menor riesgo de medicalización.
- 2º. Debemos potenciar la creación de consultas específicas que contribuyan a modificar los hábitos higiénico dietéticos, que siguen siendo el primer pilar en el manejo de las dislipemias en prevención primaria.

### **C-33: PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN UN CENTRO DE SALUD**

**AUTORES:** Ballesteros Pérez AM, Tolino MJ, Pérez Maroto M, García Sánchez MI, Sáez M, Pagán Dato E.

**PALABRAS CLAVE:** Deshabituación, Tabaco, Atención Primaria.

**OBJETIVOS:** Conocer % y características de los pacientes mayores 14 años que abandonan el consumo de tabaco, tras incluirlos en programa de deshabituación tabáquica.

**METODO:** Estudio-intervención. Sujetos: Total pacientes fumadores que acuden a consulta médica/enfermería en los 6 primeros meses. Variables: sociodemográficas, culturales, edad, género, fumador/exfumador/no fumador, lactancia, gestación, peso/talla, hábito-tabaco (cigarrillos/día, tipo, edad-inicio), drogadicción, intentos-abandono, motivo-abandono, grado-motivación (test-Richmond), dependencia-nicotina (Test-Fagerstrom), Tratamiento para abandono (individual, grupal, farmacológico: parches, bupropion). En 1ª cita-programada, conocer fase de abandono del paciente y aplicar tratº según protocolo. En fases sucesivas, se siguió el cumplimiento, reforzando la abstinencia. Criterios Exclusión: fase cambio de vida, deshabituación drogas, tratº psiquiátrico agudo. Análisis estadístico: distribución variables, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

**RESULTADOS:** N=435 incluidos en protocolo (45% mujeres). Edad: 43,3+/-16,5 años. Edad-comienzo-consumo: 16,2+/-5,7 años (mujer: 18,1+/-4,4) (p=0,002). Consumo-cigarrillos: 18(2-80). Lo más frecuente: 20/día. La mujer fuma menos(2-17) (p=0,0001). El hombre fuma tabaco negro (p=0,009), abandonando el consumo por causas de la salud; La mujer, rubio, abandonando por causas socio-familiares. Consumen más los que abandonan por causa de la salud (p=0,017). Los pacientes que "recaen", inicialmente fumaban más (p=0,05). Nivel-motivación: medio/alto(6,5); nivel-dependencia: bajo(4,45). Mas motivado, el consumidor más temprano (p=0,008). Con tratº individual: 59,3%. Tratº grupal, los pacientes con más intentos de abandono (p=0,003). Consumo cigarrillos, mayor en pacientes tratados con fármacos (parches, vía-oral), al igual que el nivel de dependencia y motivación (p=0,0001). No abandonaron el consumo: 38,2%. Un 2,7% ha vuelto a fumar, sin diferencias significativas. Actualmente en fase de monitorización.

**CONCLUSIONES:** 1º.-El porcentaje de pacientes que abandonaron el tabaco es mayor del esperado. 2º.-Se ha informado a la mitad de fumadores que acudieron a consulta. 3º.-Con tratº individual, han abandonado el tabaco la mitad; un porcentaje pequeño ha querido recibir tratº grupal. 4º.-Causa principal de abandono: la salud, seguido de causas socio-familiares. 5º.-Más frecuente el abandono en personas mayores, aunque sin diferencias de género.

### C-34: EVALUACIÓN DE LOS INDICES COD Y CAOD EN POBLACION ESCOLAR DE UN AREA DE SALUD

**AUTORES:** Barragan Pérez, A.; Cerezuela Fuentes, E.; Fernández-Valdes, P.; Pérez Silva, A.; Nuñez Coello, N.; Pérez Morales, M<sup>a</sup>L<sup>a</sup>.

**PALABRAS CLAVE:** Índices de Caries, Salud Bucodental.

**OBJETIVOS:** Conocer la efectividad actual del Servicio de Atención Primaria "Prevención de la Caries Infantil" en el Area de Salud de Cartagena por medio de los resultados expresados por los índices de salud bucodental cod (relación entre la suma de piezas con caries y obturadas en dentición temporal y número de individuos explorados) y CAOD (relación entre la suma de piezas con caries, extraídas por causa de la caries y obturadas y el número de individuos explorados) y compararlos con los obtenidos en la misma cohorte de edad en el año 1996.

**METODOLOGÍA:** Emplazamiento: Unidades de Salud Bucodental del Area de Salud de Cartagena.

**Método:** De un total de 3.505 Fichas de Salud Bucodental correspondientes a la cohorte de niños escolarizados en 5º Curso de Enseñanza Primaria (edades comprendidas entre los 10 y 12 años), incluidos en el Servicio "Prevención de la Caries Infantil" desde la edad de 6 años, se seleccionó por muestreo sistemático una muestra de 354 fichas (error: 5% y nivel de confianza del 95%). Se obtuvieron las siguientes variables: Sexo, cod, CAOD, Domicilio Rural o Urbano y Nacionalidad. Se realizó análisis descriptivo de las variables, con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas; análisis bivalente mediante T de Student para la cuantitativas y Ji2 para cualitativas.

**RESULTADOS:** Índices: cod 0,74 y CAOD 0,85; Sexo: 56% varones y 46% mujeres; Domicilio: 51,41% Urbano y 48,59% Rural; Nacionalidad: 96,3% España y 3,7% Otro país. Respecto al sexo, no encontramos diferencias significativas en el índice CAOD, pero sí en el cod, que es mayor en varones ( $p < 0,05$ ). Respecto al domicilio rural o urbano, no existen diferencias en los índices estudiados. En cuanto a la nacionalidad, el CAOD es mayor en los de procedencia no española, no apreciándose diferencias en el cod.

**CONCLUSIONES:** 1ª.- El índice CAOD obtenido es considerado "Muy Bajo" según los grados de severidad clasificados por la OMS e inferior a la media nacional (2,3 en 1994) y al regional (2,3 en 1989). 2ª.- Ha disminuido respecto al obtenido en éste Area en 1996 para la misma cohorte de edad (1,37).

### **C-35: LA EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA EFICAZ DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD**

**AUTORES:** Pereñíguez Barranco, JE.; Pérez Cárceles, MD.; Osuna Carrillo de Albornoz, E.; Rueda Gallego, P.; Nicolás García, A.; Luna Maldonado, A.

**PALABRAS CLAVE:** información, atención primaria, calidad.

**OBJETIVOS:** Valorar la información proporcionada por los médicos de Atención primaria a sus pacientes.

**METODOLOGÍA.** Cuestionario validado, voluntariamente aceptado y autoadministrado de 45 preguntas. La muestra comprende 227 médicos de atención primaria (49,7% del total de médicos de los distintos centros de Salud de la Región). De éstos 146 son varones y 81 mujeres con una edad media de 44,2 años y una media de 17,8 años de ejercicio profesional. El 52,4% realiza su actividad en zonas semiurbanas, con una demanda asistencial en el 65,2% de los casos de entre 41-60 pacientes.

**RESULTADOS:** El 50,7% de los profesionales suministran información a los pacientes exclusivamente de forma oral. Sólo el 23,3% informan al paciente siempre sobre el diagnóstico inicial. Exclusivamente el 7% de los profesionales informan siempre al paciente sobre el pronóstico, aumentando este porcentaje al 64,3% cuando se trata de proporcionar información sobre la indicación terapéutica. En cuanto a la indicación sobre las exploraciones complementarias a realizar informa siempre el 40,5%. Finalmente sólo el 9,7% proporciona información sobre el impacto sociolaboral y familiar que puede acarrear su proceso.

**CONCLUSIONES:** Es preciso generar en los profesionales la inquietud suficiente para que asuman la importancia práctica de la información clínica en su actividad asistencial.

### C-36: ACTIVIDADES REALIZADAS EN UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR

**AUTORES:** Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruíz, L.; Buitrago Gálvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.

**PALABRAS CLAVE:** Ciclo de mejora de calidad, cirugía menor, atención primaria.

**OBJETIVO:** Mejorar la calidad de un programa de cirugía menor en Atención Primaria.

**METODOLOGIA:** dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor hemos identificado problemas usando métodos de descripción de variables cuantitativas con estudios transversales y análisis antes-después. Para criterios cualitativos hemos estimado el porcentaje de cumplimiento de criterios y diagrama de Pareto. En el análisis de problemas difícilmente cuantificables hemos usado métodos como el análisis de causa-efecto de Ishikawa y el diagrama sistemático. Una vez identificados los problemas hemos priorizado las situaciones mejorables a través del "formulario para facilitar la priorización de situaciones mejorables según diversos criterios".

**CONCLUSIONES:** Las actuaciones para solucionar los problemas consistieron en:

- 1) Discrepancia diagnóstica: formación clínica de profesionales con sesiones clínicas y tres talleres sobre cirugía menor;
- 2) Procedimientos quirúrgicos: rotaciones por los servicios de dermatología quirúrgica del hospital de referencia y por otros servicios de cirugía menor;
- 3) Normas Técnicas Mínimas: elaboración de un impreso único.
- 4) Seguimiento de pacientes: sistema de registro de seguimiento de evolución de pacientes intervenidos.

### C-37: ENCUESTA SOBRE SATISFACCIÓN DE USUARIOS ATENDIDOS EN UNA SALA DE CIRUGÍA MENOR

**AUTORES:** Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruíz, L.; Buitrago Gálvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, encuesta de satisfacción, cirugía menor, atención primaria

**OBJETIVO:** mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la sala de cirugía menor.

**METODOLOGIA:** dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor se ha realizado una encuesta autoadministrada a 60 pacientes intervenidos desde el 1 de octubre al 20 de diciembre de 2002 que explora las dimensiones de accesibilidad, confianza, satisfacción, instalaciones y cortesía en el trato recibido, y con un apartado de sugerencias y observaciones.

**CONCLUSIONES:** la realización de cirugía menor en Atención Primaria tiene buena aceptación entre los usuarios, obteniendo mejores porcentajes de aceptación que si la comparamos con una encuesta similar para la consulta a demanda de Atención Primaria, de forma que 9 de cada 10 pacientes elegiría nuevamente nuestro Centro de Salud para resolver problemas similares. No obstante demandan más intimidad durante la intervención y un tiempo de espera inferior a 15 días.



### C-38: ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN CIRUGÍA MENOR

**AUTORES:** Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruíz, L.; Buitrago Gálvez L.; Hernandez Alemán, P.; Nicolás Rueda, A.; Sánchez Planes, F.

**PALABRAS CLAVE:** Intimidad de los pacientes, cirugía menor, calidad asistencial, atención primaria

**OBJETIVO:** Mejorar la intimidad de los pacientes intervenidos en la sala de cirugía menor.

**METODOLOGIA:** Dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor hemos identificado problemas de intimidad en los pacientes atendidos a través de una encuesta autoadministrada. Para su análisis hemos utilizado un "diseño sistemático" a partir del cual se ha realizado una serie de propuestas priorizadas según el "formulario para facilitar la priorización de situaciones mejorables según diversos criterios".

**CONCLUSIONES:** La intimidad en los pacientes de cirugía menor se ve afectada positivamente por música ambiental, acompañamiento de familiares, empatía con los profesionales y respeto de los pacientes, y se ve afectada negativamente por conversaciones ajenas al paciente, tránsito de profesionales y familiares, miedo a lo desconocido y falta de confianza en el profesional. Tras la priorización de situaciones mejorables, las actuaciones para mejorar los problemas fueron: cambiar distribución y condiciones de la sala, controlar el tránsito de profesionales y de acompañantes.

### C-39: CAMBIOS EN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR DESPUÉS DE UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD

**AUTORES:** Alfaro González, JV.; García-Giralda Ruíz, L.; Buitrago Galvez, L.; Guirao Sánchez, L.; Sandoval Martínez, C.

**PALABRAS CLAVE:** Criterios cualitativos, ciclo de mejora de calidad, cirugía menor, atención primaria.

**OBJETIVO:** Mejorar la calidad asistencial de un programa de cirugía menor.

**METODOLOGIA:** Dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor se ha realizado un estudio antes-después de los criterios de calidad (normas técnicas mínimas) de todos los pacientes intervenidos (1126) desde el inicio del programa en septiembre de 1998 hasta el 20 de diciembre de 2002, una vez finalizadas las actividades del primer ciclo de mejora de calidad.

**CONCLUSIONES:** Se ha producido una mejora en los cinco criterios de calidad de los que se componen las normas técnicas mínimas del programa de cirugía menor, siendo significativo en el caso del consentimiento informado, con un cumplimiento superior al 99%, y del estudio histopatológico de las lesiones intervenidas, con una mejora relativa del 51,5% muy significativa ( $p < 0,001$ ), que ha repercutido positivamente en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones, lo que supone una mejoría importante en la calidad del servicio. Finalmente, al inicio del ciclo nuestro esfuerzo se concentraba fundamentalmente en el estudio histopatológico y el consentimiento informado y después del ciclo de mejora hay que centrar los esfuerzos en anatomía patológica aunque con un menor intensidad.



CALIDAD DE LA PRESCRIPCION  
CONTINUIDAD ASISTENCIAL

M  
E  
S  
A  
5



## C-40: USO DE MEDICAMENTOS EN MEDICINA DE FAMILIA: EFICIENCIA Y FACTORES IMPLICADOS

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, JJ; Sánchez Ruiz, JF; Salas Martín, E; Rausell Rausell, V. Sánchez Rodríguez, F; Sanz Moreno, JA.

**PALABRAS CLAVE:** Eficiencia, Uso de medicamentos, Atención Primaria.

**OBJETIVOS:** El uso racional y eficiente de medicamentos es prioritario para los Servicios de Salud. Pretendemos identificar factores implicados en él, ya provengan del médico de familia (MF), la actividad asistencial o el entorno organizacional.

**METODOLOGÍA:** Incluimos todas las prescripciones efectuadas durante Mayo-Junio'98 por los MF del SMS sin ausencias mayores al 10% del periodo.

Indicadores utilizados: Uso de genéricos (EFG), eficiencia global (EG: Proporción del gasto evitable prescribiendo presentaciones y marcas más económicas) y eficiencia específica (valor desde 1 -más eficiente- a 0 -menos-, en porcentaje) al prescribir omeprazol (EO), enalapril (EE) y ranitidina (ER).

Factores analizados: Del prescriptor (edad, género, formación académica/especializada, años de ejercicio, experiencia docente, situación laboral,...), de la población atendida y actividad (rural/urbana, pacientes asignados, pensionistas, presión asistencial, interconsultas, tiempo de atención, consulta programada,...) y del entorno organizacional (modelo de atención, punto de atención (número, cabecera/otro,...))

Análisis Estadístico: Aplicamos, además del análisis bivariado, un modelo de regresión logística (método condicional hacia delante, probabilidades de entrada-salida del modelo: 0,05-0,1) usando los indicadores utilizados como variable dependiente (codificando "0" valores bajo la mediana, y "1" por encima) y como independientes los factores estudiados, codificados dicotómicamente.

**RESULTADOS:** La existencia de consulta programada influye en todos los indicadores. OR obtenidos: EG=1,96 (IC95%:1,1-3,6 p=0,031); EFG=2,10 (IC95%:1,1-3,8 p=0,015); EO=2,63 (IC95%:1,5-4,7, p=0,001); ER=2,84 (IC95%:1,6-5,2 p=0,001); EE=2,06 (IC95%:1,2-3,6 p=0,013). Las interconsultas realizadas condicionan la eficiencia global y el uso de genéricos. OR: EG=1,70 (IC95%:1,0-2,9 p=0,048); EFG=1,91 (IC95%:1,1-3,2 p=0,013).

El entorno rural influye negativamente en la eficiencia global (OR=2,43, IC95%:1,4-4,2, p=0,001) y el número de puntos asistenciales que deben atenderse, en ER (OR=2,90, IC95%:1,2-7,3, p=0,023).

**CONCLUSIONES:** La existencia regular de consulta programada, principal condicionante, anula la influencia individual de otros factores y resume la praxis correcta del MF. Otro importante factor es el número de interconsultas realizadas, expresión indirecta de la menos eficiente prescripción inducida por atención especializada.

Los resultados obtenidos permiten identificar causas de variabilidad y, consecuentemente, diseñar programas de intervención y mejora. También posibilitan estandarizar comparaciones y distribuir equitativamente los recursos disponibles.

Fuente de Financiación: Beca de investigación sobre evaluación y mejora de la calidad en los Servicios de Salud nº 01/02, de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

**C-41: ENSAYO CUASI-EXPERIMENTAL SOBRE LA MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y EL ENVÍO DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA A MÉDICOS DE FAMILIA**

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, JJ; Rausell Rausell, V; Sánchez Ruiz, JF; Sánchez Rodríguez, F; Sanz Moreno, JA; Salas Martín, E.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, uso de medicamentos, Atención Primaria.

**OBJETIVO:** La información personalizada sobre prescripción (IPP) de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia nace en 1998 como herramienta para la mejora de la calidad. Se envía mensualmente junto a propuestas de mejora, suponiendo que es capaz de producir y mantener dinámicas de mejora. El objetivo del ensayo es evaluar la efectividad de un sistema de IPP en la mejora de los hábitos de prescripción de los médicos de familia.

**METODOLOGÍA:**

**Diseño:** Estudio de intervención cuasi-experimental 1998-2001 para valorar la efectividad del IPP, con dos grupos (experimental y control) y 4 determinaciones anuales en el bimestre Mayo-Junio (antes del IPP y anualmente después: corto, medio y largo plazo).

**Sujetos de Estudio:** Prescripciones de los MF de la Región de Murcia existentes antes del IPP, que continúan hasta finalizar el estudio y sin ausencias superiores al 10% en cada medición. **Formación de los grupos de intervención:** Los MF de la Gerencia de Murcia reciben el IPP y forman el grupo experimental (GE). El resto no, y forman el grupo control (GC). **Valoramos 5 indicadores:** Ahorro potencial, EFG y eficiencia específica en Omeprazol, Enalapril y Ranitidina.

**RESULTADOS:** Se incluyen 194 MF en GE y 94 en GC. El GE obtuvo mejoras a corto/medio plazo en 4 de los 5 indicadores, pero no demostró diferencias en su evolución global respecto al GC. Los MF del GE con consulta programada habitual y pocas interconsultas se influyen más por el IPP.

**CONCLUSIONES:** El IPP no ha sido una herramienta efectiva a nivel global para mejorar los hábitos de prescripción, aunque los médicos con características relacionadas con mayor eficiencia en la prescripción se influyen más por el IPP que el resto.

La información suministrada exclusivamente por escrito y no solicitada contribuye poco a modificar la prescripción. Para que sea efectivo debe modificarse el IPP, introduciendo (1) la revisión por pares, (2) aspectos no centrados en la eficiencia y más en la clínica y el usuario. **Fuente de Financiación:** Beca de investigación sobre evaluación y mejora de la calidad en los Servicios de Salud nº 01/02, de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

**C-42: EVOLUCIÓN DE LA EFICIENCIA DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN EL USO DE MEDICAMENTOS**

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, Julio J; Rausell Rausell, Victor; Sanz Moreno, Juan A; Sánchez Ruiz, José F; Bernal Montañés, Juan.

**PALABRAS CLAVE:** Eficiencia, Uso de medicamentos, Atención Primaria.

**OBJETIVO:** Analizar la evolución de la eficiencia global de la prescripción de medicamentos por los médicos de familia, con especial atención a su variabilidad y evolución hacia la mejora.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo longitudinal de 53 meses (Ene'99-May'02) donde valoramos la eficiencia global de la prescripción a través del ahorro potencial (EGP; proporción de gasto que podría evitarse si se hubieran prescrito las alternativas más eficientes disponibles), analizamos la existencia de diferencias y su variabilidad.

**Emplazamiento:** Una Gerencia de Atención Primaria, donde 347 médicos atienden a 659.190 habitantes.

**Mediciones:** Calculamos mensualmente la EGP incluyendo la totalidad de prescripciones efectuadas. Valoramos su tendencia mediante comparación de los periodos Octubre-Noviembre de cada año y analizamos su variabilidad mediante gráficos de control estadístico utilizando los criterios propuestos por Farnum (riesgo <0,01).

**RESULTADOS:** EGP, resultados globales 1998-2000: Media, 13,90%; Mediana, 12,74%; DE, 1,19%; Máximo, 15,03%; Mínimo, 11,51%.

EGP, comparación de valores octubre-noviembre: 1998:11,97%; 1999:14,36%; 2000:14,27%; 2001:11,76%

**Variabilidad (Gráfico de Control):** EGP fuera de control (detectamos 6 secuencias de variabilidad). Empeoramiento significativo entre 1998-2000 que se compensa posteriormente (2001-2002).

**CONCLUSIONES:** La EGP entre 1998 y 2002 no mejora de forma evidente. El análisis de variabilidad indica tendencia al empeoramiento que se corrige a partir de 2001, probablemente tras la introducción de medidas estructurales (precios de referencia). Este tipo de medidas no parecen entonces capaces de mejorar por sí solas la eficiencia sino sólo frenar su progresivo deterioro.

Para mejorar la EGF habría que sumar a estas medidas otras de naturaleza específica, probablemente basadas en técnicas de mejora continua de la calidad (guías de prescripción, retroalimentación, información personalizada sobre qué prescribir para mejorar, entrevista por pares, implicación de los médicos en dinámicas de mejora, etc.).

#### **C-43: INDICADOR DE UTILIZACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS SIN APORTACIÓN RELEVANTE**

**AUTORES:** Salas Martín, E; Pérez Periago, R; López Torrecillas, E; Guarinos Rosa, D; Casado Galindo E.

**OBJETIVOS:** Evaluar la prescripción de nuevos medicamentos sin aportación farmacológica relevante en atención primaria de Lorca mediante el establecimiento de un indicador de calidad de prescripción. Determinar las relaciones de este nuevo indicador de calidad de prescripción con otros empleados habitualmente en atención primaria.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una clasificación de los nuevos medicamentos registrados en los últimos cinco años en base al grado de innovación que aportan, para ello se utiliza la clasificación realizada por las revistas Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud y Panorama actual del Medicamento. Se define el Indicador de utilización de Novedades Terapéuticas Sin Aportación Relevante (INTSAR) en el que se mide la utilización de fármacos clasificados como nula o muy pequeña mejora frente al total de fármacos prescritos excluyendo los medicamentos de Diagnóstico y Uso Hospitalario cuya prescripción claramente no es originada por el médico de familia. Para evaluar la relación de INTSAR con otros indicadores cuantitativos y cualitativos de prescripción se analizan los valores de

todos los indicadores individuales de medicina de familia del Área de Lorca del último trimestre de 2002 y se establece el grado de correlación con el nuevo indicador.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** De 166 nuevos medicamentos registrados entre los años 1998 y 2002 y excluyendo los medicamentos de Diagnóstico y Uso Hospitalario se clasifican como nula o muy pequeña mejora terapéutica 50 que entran a formar parte del indicador. En el último trimestre de 2002 el valor del indicador INTSAR en medicina de familia es de 3,65%. En cuanto a la relación con indicadores de calidad de prescripción existe una relación inversa entre INTSAR y el uso de genéricos ( $r=-0,346$   $p<0.002$ ), no existiendo relación significativa con la utilización de hipnóticos y medicamentos de utilidad terapéutica baja. INTSAR tiene se relaciona con el gasto por persona protegida ajustado ( $r=0,437$   $p<0.001$ ) y con el gasto medio por receta ( $r=0,652$   $p<0.001$ ) y no se relaciona con el número de recetas prescritas.

#### **C-44: LA PRESCRIPCIÓN DE GENERICOS: ¿ELEMENTO DE MEJORA EN LOS INDICADORES CUANTITATIVOS DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA?**

**AUTORES:** Fontcuberta Martínez, J.; García González, A.L.; Barragán Pérez, A.J; Sánchez Rodríguez, F.M.; Moreno Valero, M.A.; Alarcón González, J.A.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Prescripción farmacéutica, Especialidad farmacéutica genérica.

##### **OBJETIVOS:**

- 1º. Conocer la influencia de la prescripción De genéricos en los indicadores cuantitativos de prestación farmacéutica.
- 2º. Conocer la evolución de prescripción de EFGs durante el tiempo del estudio

**METODOLOGÍA:** Se estudia la prescripción farmacéutica de los médicos de familia de un área de salud durante el periodo 1999 al 2002. Se analizan los indicadores obtenidos de la cinta de facturación de farmacia, estudiándose las variables: nº de recetas emitidas pensionista (REP), número de recetas emitidas activo (REA), importe de las REA, importe REP, recetas emitidas por persona protegida (REPP), gasto por receta (GPR) gasto por persona protegida (GPP), porcentaje de prescripción de EFG (%PEFG) sobre el total. Se computa el gasto en moneda actualizada al año 2002. Se realizó análisis descriptivo (mediante medidas de tendencia central y dispersión), bivalente y multivalente.

**RESULTADOS:** Las media de REP fue 3,38 recetas/usuario (3,32 ; 3,43); la media de REA 0,52 recetas/usuario (0,41;0,53), importe de REA 11,36 (11,24,11,48), importe de REP 12,75 (12,65;12,85), GPR 11,21 (11,11;11,32),GPP 14,31 (14,06;14,56), %EFG 5,63%(5,33;5,94). En el año 99 el % medio de EFG fue de 2,17%(1,92; 2,94), en 2000 5,42%(4,93;5,90) ,en 2001 7,47%(6,9;8,02), en 2002 7,74%(7,17;8,31) con incrementos significativos ( $p>0,05$ ) salvo entre 2001/2002 ( $P>0,05$ ). Los valores de r obtenidos entre %EFG y las variables REA, REP, importe REA, importe REP y GPP fueron los siguientes  $r=0,123$ ,  $r=0,172$ ,  $r=0,164$ ,  $r=-0,180$ ,  $r=-0,147$ ,  $r=0,117$ , todas ellas con un valor de  $p<0,01$ .

##### **CONCLUSIONES:**

- 1º. Se ha incrementado la prescripción de genéricos
- 2º. La prescripción de genéricos disminuye el importe medio por receta de activo y de pensionista.
- 3º. Existe un incremento en el gasto por persona protegida a pesar del incremento de genéricos, es debido al aumento en la emisión de recetas por persona.

**C-45: PLAN PARA LA GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES**

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Coronado Romero D; Herranz Marín MT; Valdés Belmar JL; Iniesta Alcaraz J; Paredes Sidrach A.

**PALABRAS CLAVE:** continuidad asistencial, coordinación, niveles.

**OBJETIVOS:** Describir el desarrollo e implantación de un Plan para la Garantía de la Continuidad Asistencial.

**RESULTADOS:** Durante el año 2002 se pone en marcha un plan integral para la mejora de la coordinación ente niveles asistenciales, liderado por la Gerencia del Hospital Morales Meseguer. Las Fases del Plan son:

- 1º. Nombramiento de un responsable del Plan
  - 2º. Consenso de los objetivos del Plan con la Gerencia de Atención Primaria y elección de dos Centros de Salud pilotos, uno rural y otro urbano
  - 3º. Fase de revisión bibliográfica
  - 4º. Fase de investigación de las circunstancias asistenciales mediante una metodología de inmersión-participación (el responsable asiste al trabajo cotidiano de los Centros de Salud, comparte consultas y sesiones con los facultativos durante aproximadamente un mes). Durante esta fase:
    - a) Establecimiento de relación personal
    - b) Detección de problemas de coordinación en la práctica
    - c) Establecimiento de Estrategias de Acción:
      - I) Programa de Colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria: que consiste en nombramiento de un médico internista responsable para cada Centro e inicio de un programa de atención al paciente persistentemente sintomático o reingresadores
      - II) Organización de Grupos de Trabajo Multidisciplinares siguiendo la metodología de la Gestión del Conocimiento: Cefalea, Terapia Antitrombótica y Anticoagulación; Pie Diabético; Patología Mamaria, etc
      - III) Establecimiento y perfeccionamiento de Circuitos Asistenciales (petición de pruebas complementarias, extracción de muestras y pruebas analíticas, circuito para el estudio de LOE hepática)
      - IV) Consenso del Volante para la Petición de Pruebas Analíticas
      - V) Organización de una Interconsulta Docente Dermatológica mediante la asistencia de especialistas en dermatología a sesiones con pacientes en el Centro de Salud
      - VI) Organización de Sesiones Docentes: Pie Diabético, EKG de Urgencias, Consulta de Riesgo Cardiovascular
      - VII) Organización de una Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria para la planificación del alta hospitalaria de pacientes sociosanitarios complejos o bed-blockers
- Conclusiones: La coordinación ente niveles asistenciales debe ser una prioridad para los gestores sanitarios. El nombramiento de un responsable directo puede implementar las estrategias.

## **C-46: LA INTERCONSULTA DOCENTE DERMATOLÓGICA: UN EJEMPLO DE UTILIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA CONSENSUAR PRÁCTICAS CLÍNICAS**

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Peña García A; Ródenas López JM; Muñoz Romero F; González Díaz M; Coronado Romero D.

**PALABRAS CLAVE:** Interconsulta, docencia, dermatología, gestión, conocimiento, consenso, prácticas

**OBJETIVOS:** Describir la teoría y metodología basada en el paradigma de Gestión del Conocimiento de un sistema comunitario de interconsulta dermatológica para el consenso de prácticas clínicas. Bases Teóricas: La mayoría de los métodos utilizados para consensuar prácticas clínicas tienen que ver con la elaboración de protocolos conjuntos o la realización de sesiones docentes que, habitualmente, transmiten de manera unidireccional (especialista hospitalario-primaria) conocimiento teórico, académico y explícito. La Gestión del Conocimiento es un nuevo paradigma procedente del mundo del management empresarial que defiende la necesidad de que la empresa conozca cómo hace las cosas (know how) más que saber qué cosas hace (know what). El "know how" tiene que ver con el conocimiento práctico, cotidiano e implícito que utiliza el profesional para solucionar los problemas reales. El conocimiento implícito es muy difícil de transmitir. Se ha propuesto el siguiente procedimiento:

- 1º. Hacer explícito el conocimiento implícito reproduciendo las condiciones en las que éste se utiliza;
- 2º. Socializar el conocimiento verbalizándolo en el seno de una comunidad de investigación.
- 3º. Reconvertir el recreado conocimiento explícito en implícito incorporándolo a las rutinas clínicas.

**METODOLOGÍA:** La "Interconsulta Docente Dermatológica" consiste en el examen de pacientes con patología dermatológica, por parte de una comunidad de investigación, localizada en el contexto comunitario y formada por un dermatólogo y los médicos de un Centro de Salud. Los pacientes son seleccionados por los propios médicos de cabecera de entre los casos que iban a ser remitidos al Hospital (6-8 casos por sesión de 60 minutos). Cada médico presenta su caso "sobre" el paciente a la comunidad investigadora. La comunidad puede realizar preguntas tanto al médico como al paciente y de manera progresiva se van explicitando rutinas y prácticas diagnósticas o de acción; finalmente la comunidad de investigación toma una decisión. En este contexto, el conocimiento aportado por los médicos especialistas de atención primaria es tan relevante como el aportado por el especialista hospitalario que deberá adaptar sus conocimientos a las circunstancias que la comunidad investigadora inevitablemente le irá imponiendo.

**CONCLUSIONES:** La Gestión del Conocimiento es un paradigma válido para el diseño de herramientas encaminadas al consenso de prácticas clínicas y mejora de la relación Primaria y Especializada.



#### **C-47: SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES PARTICIPANTES EN UNA EXPERIENCIA DE CONSENSO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS BASADA EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: LA INTERCONSULTA DOCENTE DERMATOLÓGICA**

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Peña García A; Ródenas López JM; Muñoz Romero F; González Díaz M; Valdés Belmar JL.

**PALABRAS CLAVE:** satisfacción, pacientes, profesionales, interconsulta, dermatología

**OBJETIVOS:** Evaluar la satisfacción de profesionales y pacientes

**METODOLOGÍA:** Realización de consulta a pacientes con patología dermatológica, por parte de una comunidad de investigación, localizada en el contexto comunitario y formada por un dermatólogo y los médicos de un Centro de Salud. Se evaluó satisfacción de los especialistas participantes mediante cuestionario escrito con multi-respuestas y de los pacientes mediante encuesta telefónica.

**RESULTADOS:** Se vieron 18 pacientes en tres sesiones de 1 hora de duración. Participaron 3 dermatólogos (D) y 10 médicos de familia (MF). Respondieron a la encuesta todos los médicos. Todos los MF estaban satisfechos o muy satisfechos con la experiencia y consideraban que merecía la pena el esfuerzo. Para 2 D la experiencia fue satisfactoria pero no sabían si merecía la pena el esfuerzo y para 1 fue insatisfactoria y no merecía la pena el esfuerzo. EL 80% de los MF creen que la metodología utilizada es satisfactoria o muy satisfactoria; 2 indiferente; para 2 D fue insatisfactoria o muy insatisfactoria y para 1 indiferente. Comparado con la sesión docente tradicional este modelo es mejor para el 50% de los MF e igual para el otro 50%. Para los 3 D, el modelo es igual. Comparado con los protocolos, este método le parece mejor al 40% de los MF; igual al 40%, no sabe 1 y peor a 1; es peor que los protocolos para 2 D e indiferente para 1. Para todos los médicos participantes la relación establecida con los profesionales del otro nivel fue satisfactoria o muy satisfactoria excepto para 1 D que fue indiferente. El 80% de los MF cree que derivará menos pacientes al Hospital. En opinión del 80% de los MF los pacientes están más satisfechos con esta modalidad de interconsulta que con la tradicional; 2 no saben. Se encuestó telefónicamente a 10 pacientes, edad media 61 años, 6 mujeres y 4 hombres. Todos estaban satisfechos o muy satisfechos por tener la opinión de muchos médicos, sentirse muy atendidos, no desplazarse al hospital, contar con su médico de cabecera, ser una consulta más espontánea y tener más explicaciones. Sin embargo 1 paciente no lo repetiría en otras especialidades y 2 prefieren el modelo tradicional de interconsulta. Para el 50% el local no era adecuado.

**CONCLUSIONES:** La Interconsulta Docente Dermatológica parece un método adecuado para la mejora de las relaciones personales entre profesionales, y podría racionalizar tasas de derivaciones y facilitar el consenso de prácticas clínicas, mostrándose superior, en opinión de los profesionales, a otras metodologías como protocolos y sesiones docentes. La satisfacción de los pacientes es elevada aunque habría que mejorar las condiciones del local.

#### **C-48: CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA. UTILIZACIÓN DE MUESTREO DE ACEPTACIÓN POR LOTES (LQAS)**

**AUTORES:** Alcaraz Martínez J, Rios Morata B, García Ahlers C, López Martínez I, Ruiz Sánchez M, Izquierdo Vendrell E.

**PALABRAS CLAVE:** Informe de alta, LQAS, calidad.

**INTRODUCCIÓN:** El estudio de la calidad del informe de alta hospitalaria es uno de los parámetros que se monitorizan habitualmente en nuestro Hospital. Este año se ha puesto en marcha un nuevo método de monitorización, mediante la utilización del LQAS o muestreo de aceptación por lotes.

**OBJETIVO:** Monitorizar la calidad del informe de alta, mediante el método LQAS.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se partía del establecimiento del nivel estándar de cumplimiento del 90% y un umbral del 75%, fijados por la dirección del centro para este año 2002. Con estos niveles, estableciendo un error  $\alpha$  del 20% y  $\beta$  del 5%, se debería dar un cumplimiento en, al menos 26 de 33 casos. Se realizó un muestreo entre 1606 informes de alta recogidos en noviembre y diciembre del 2002 en el Archivo del Hospital. Se clasificaron por Servicios y se obtuvo una muestra de 33 historias en cada uno, mediante muestreo aleatorio sistemático. Se evaluaron los criterios establecidos, tomando como fuente la orden de 6 de Septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**RESULTADOS:** Se evaluaron los resultados en 21 Servicios asistenciales del Hospital, con la salvedad que en 5 de ellos la muestra no llegó a 33 casos. Se estudiaron 24 criterios en cada Servicio, siendo la media de cumplimiento de 19,4 criterios por servicio, con un rango desde 13 a 24 criterios en cada Servicio.

**CONCLUSIONES:** Se ha constatado un alto cumplimiento del nivel establecido, observándose diferencias entre servicios.

#### **C-49: ADEMÁS DE QUÉ MEDIR, IMPORTA CÓMO MEDIR**

**AUTORES:** Alcaraz Martínez J, García Ruipérez M D, Rios Morata B, García Ahlers C, López Martínez I, Abad Corpa E.

**PALABRAS CLAVE:** Validez, informe de alta.

**INTRODUCCIÓN:** Para poder comparar niveles de calidad se deben usar los mismos indicadores, pero la forma de medirlos también es importante.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se han obtenido datos sobre la calidad del informe de alta en tres estudios diferentes, referidos al mismo periodo de tiempo. En ellos, se han comparado los resultados de uno de los indicadores incluidos en el Contrato Programa de Calidad para los Servicios: "% informe de alta a máquina" para el que se había fijado un nivel de cumplimiento del 80%.

Los tres estudios comparados son, el estudio de la Comisión de Historias Clínicas (141 casos estudiados), una encuesta al paciente al alta (374 respuestas) y la revisión de los 1304 informes de alta del periodo y servicios evaluados en los anteriores trabajos.

**RESULTADOS:** En los porcentajes de informes de alta en los tres estudios (92,9%, 89,9% y 92,4%) no se encontró diferencias significativas. En el estudio del cumplimiento del estándar del 80% se encontró que un servicio (A) no lo cumplía en el primer estudio; dos servicios diferentes (B y C) no lo cumplían en el segundo; y en el tercer estudio era un servicio (C) el que no llegaba al 80%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo entre los resultados de dos servicios (A,  $p < 0,01$  y B,  $p < 0,05$ ) no así en los 12 restantes.

**CONCLUSIONES:** Los tres estudios han mostrado su validez para datos globales. Se ha encontrado concordancia en los resultados de la mayoría de los servicios.

## C-50: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN INFORMES DE ALTA DE PACIENTES DIABÉTICOS

**AUTORES:** Ruiz Lavela, F.M.; Molera Valero, R.; Gutiérrez Gabriel, S.; Baeza Alcaraz, A.; Avilés Inglés, M.J, García Puche, M.J.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes Melitus, Calidad asistencial, Medicina Interna, ADA.

**OBJETIVOS:** Evaluar la calidad asistencial ofrecida en los informes de alta a pacientes diabéticos ingresados en una unidad de Medicina Interna, teniendo en cuenta las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA). Objetivos específicos:

1º. Identificar oportunidades de mejora en los informes de alta.

2º. Implantar un ciclo de mejora de calidad asistencial.

3º. Evitar complicaciones a largo plazo en los pacientes diabéticos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** El estudio sigue un diseño descriptivo transversal. Desarrollo del estudio: Se desarrollaron 8 criterios basados en las recomendaciones de la ADA con nivel A y B de evidencia. Se evaluó la cumplimentación de estos criterios en el informe de alta de pacientes diabéticos ( Criterio nº 1: Indicación de Dieta; Criterio nº 2: Indicación de Ejercicio; Criterio nº 3: Recomendación de abandono de hábito tabáquico; Criterio nº 4: Prescripción de Antiagregantes Plaquetarios; Criterio nº 5: Prescripción de Anti-hipertensivos (IECAs o ARA-II); Criterio nº 6: Prescripción de Hipolipemiantes; Criterio nº 7: Indicación de control Oftalmológico; Criterio nº 8: Indicación de cuidados de los pies) Medio: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Los Arcos. Población a estudio: Selección aleatoria sistemática (1:3) de una muestra significativa (n = 65 ) a partir de un número total de N=186 pacientes diabéticos ingresados por otras causas desde Mayo a Diciembre de 2002 en dicha unidad.

**RESULTADOS:** 34 pacientes eran varones y 31 mujeres y su edad media fue de 69,6 años (DS:11,8) En el 47,69% se indicaron al alta recomendaciones sobre la dieta, en el 4,65% consejos sobre el ejercicio y en el 1,54% sobre la importancia del abandono del tabaco. Los antiagregantes plaquetarios se prescribieron en el 58,46%. Seis pacientes estaban en tratamiento con anticoagulantes. Antihipertensivos se prescribieron en el 52,3%. Controles oftalmológicos y cuidados de los pies se aconsejaron en el 1%.

**CONCLUSIONES:** Se detecta un elevado índice de incumplimientos de los criterios considerados como standard de calidad en el tratamiento de la Diabetes Melitus, por lo que se identifica claramente una oportunidad de mejora y se decide desarrollar un Ciclo de Mejora de Calidad Asistencial. Se crea un grupo de trabajo para la elaboración de un anexo al informe de alta de todo paciente diabético, donde se recojan las recomendaciones de la ADA.

## C-51: ESTUDIO DE LA TOMA DE DECISIONES Y SUFRIMIENTO EVITABLE AL FINAL DE LA VIDA DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL: EN BUSCA DE LA CALIDAD DE MUERTE

**AUTORES:** Novoa Jurado AJ; Blázquez Garrido RM.

**PALABRAS CLAVE:** Toma de decisiones, sufrimiento evitable, final de la vida, calidad de muerte.

**OBJETIVOS:** Estudiar los últimos días de los pacientes fallecidos en el Hospital: la toma de decisiones, comunicación con la familia, control de síntomas y grado de sufrimiento evitable.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y evaluación por parte de un experto en ética médica.

**RESULTADOS:** Se revisaron 23 historias de pacientes fallecidos durante Enero de 2002; 8 mujeres (35%) y 15 hombres (65%); estancia media 16,2 días; síntoma más importante al ingreso: disnea (9/23; 39%); dolor (8/23; 34,5%); fiebre (2/23; 8,5%) y otros (astenia, alteración del comportamiento, traumatismo, coma).

Diagnóstico principal: 4 pacientes neoplasia, 4 pacientes patología quirúrgica abdominal, 6 pacientes patología cardíaca, 6 pacientes patología pulmonar y 2 pacientes ictus. La mayoría de los pacientes eran capaces al ingreso (18/23; 78%). La calidad de vida previa muy mala en 8 pacientes. Toma de decisiones: abstención de reanimación cardiopulmonar (RCP) en 20 pacientes (87%) (estaba escrita la orden de NO RCP en 9 historias, sobre todo de los pacientes con más de 20 días de ingreso); en 6 pacientes abstención de cirugía; en 3, medidas diagnósticas agresivas; en 2 ingreso en UCI; en 4 intubación. Retirada de medidas en 5 pacientes (26%). Fueron identificados como moribundos 19 pacientes (la mayoría el último día) y existió un plan de cuidados paliativos en 4 pacientes. Comunicación: en 13 historias existía algún registro sobre la comunicación con la familia, 13 información mal pronóstico a la familia, 8 solicitud de limitación del esfuerzo terapéutico de la familia o paciente. Control de síntomas inadecuado últimas 48 horas en 10 pacientes (43,5%) sobre todo aquellos con dolor, disnea y agitación. En 7 casos (30%) existió probablemente encarnizamiento terapéutico. Todos los pacientes fallecieron con tratamientos curativos en marcha.

**CONCLUSIONES:** Es necesario mejorar la formación en cuidados paliativos de los profesionales del hospital. La calidad de la muerte de los pacientes fallecidos es mala. En la mayoría de los casos no ha existido una planificación de cuidados lo que probablemente ha favorecido el encarnizamiento terapéutico y el mal control de síntomas. La RCP es la medida más frecuentemente limitada. La comunicación con la familia se registra poco pero existe un porcentaje sorprendentemente alto de peticiones de limitación o retirada de medidas por parte de familiares y/o pacientes.

## **C-52: ANÁLISIS DE LA CALIDAD MICROSCÓPICA DE LOS ESPUTOS RECEPCIONADOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DE UN HOSPITAL GENERAL**

**AUTORES:** Rodríguez García, F.; González Morales<sup>2</sup>, M.; Llorente Ballesteros<sup>2</sup>, M.; Barrero Moreno<sup>1,2</sup>, P.; Lorente Tello<sup>2</sup>, P.; Olivo Ros<sup>1,2</sup>, M.; Microbiología Clínica - (2) Análisis Clínicos (Hospital Santa María del Rosell y Hospital General Básico de la Defensa - Cartagena).

**PALABRAS CLAVE:** Espudo, Calidad microscópica.

**INTRODUCCIÓN:** El procesamiento microbiológico de esputos con un grado de calidad microscópico adecuado se considera importante para aumentar su rendimiento analítico - clínico.

**OBJETIVOS:** Evaluar el grado de calidad microscópica de los esputos recepcionados en el laboratorio de Microbiología Clínica del Hospital General Básico de la Defensa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo del total de esputos procedentes de atención especializada recepcionados en el laboratorio durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2002. Para asignar el grado de calidad microscópica a los esputos se utilizaron los criterios de Murray y Washington.

**RESULTADOS:** De los 1868 esputos recepcionados se procesaron el 96% y no se procesaron el 4%. La distribución en función del grado de calidad microscópica de los esputos procesados fue: Buenos 55%, Regulares 28%, Pobres 4% e Inadecuados 19%.

**CONCLUSIONES:** En nuestro hospital, los hallazgos obtenidos evidencian una gran cantidad (23%) de esputos de calidad microscópica inadecuada recepcionados en el laboratorio de microbiología clínica.

### **C-53: ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN LA EVALUACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LOS ESPUTOS**

**AUTORES:** Rodríguez García, F. Microbiología Clínica ( Hospital Santa María del Rosell y General Básico de la Defensa - Cartagena).

**PALABRAS CLAVE:** Variabilidad, Esputo, Tinción de Gram.

**INTRODUCCIÓN:** Tradicionalmente se ha utilizado la tinción de Gram de esputos como prueba rápida orientadora de terapias antimicrobianas iniciales sobre patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior. El criterio más clásico para caracterizar su rentabilidad clínica ha sido su correlación con los resultados del cultivo microbiológico. Sin embargo recientes estudios demuestran la conveniencia de incluir un nuevo criterio: la variabilidad en su evaluación microbiológica.

**OBJETIVOS:** Analizar en nuestro entorno la variabilidad en la evaluación microbiológica de los esputos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza, prospectivamente, durante un período de tres años (2000 - 2002), un estudio en tres laboratorios del Área de Salud II de la comunidad de Murcia para examinar el grado de variabilidad observado entre tres replicados de tinción de Gram y cultivos de 26 esputos. Los esputos incluidos fueron de calidad microscópica adecuada y el muestreo fue aleatorio. La cantidad de esputos por laboratorio (denominados I, II y III) fue: I 10, II 10 y III 6, 10 y 6). Cada replicado (denominado A, B y C) y posterior procesamiento de cada esputo fue realizado íntegramente, en cada centro, por el mismo personal sanitario del centro. Un único microbiólogo visualizó todas las tinciones y analizó todos los cultivos.

**RESULTADOS:** Las variaciones con la tinción de Gram y cultivo fueron: Gram 69% con al menos 1 morfotipo y 27% con al menos 2 morfotipos / Cultivo 48% con al menos una cepa y 10% con al menos dos cepas.

**CONCLUSIONES:** En nuestro medio la variabilidad en la evaluación de la tinción de Gram de los esputos fue significativamente mayor que la variabilidad en la evaluación de sus cultivos.

EVALUACION Y MEJORA  
DE LA CALIDAD EN EL  
AREA QUIRURGICA

M  
E  
S  
A  
6





#### C-54: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y PATOLOGÍA MAMARIA. ANÁLISIS DE LOS INDICES DE SUSTITUCIÓN Y DE INGRESO

**AUTORES:** Carrasco González, L.; Aguilar Jiménez, J.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, MF; Martínez Gálvez, M.; Andrés García, B.

**PALABRAS CLAVE:** cirugía mayor ambulatoria; indicadores de calidad.

**OBJETIVO:** Evaluar el proceso "cirugía mayor ambulatoria (CMA) en patología mamaria", mediante el análisis de los índices de sustitución (InS) y de ingreso (InI).

**METODOLOGÍA:** Sujetos: 1410 pacientes intervenidas por patología mamaria entre Enero 1995 y Diciembre 2002, que incluyen 617 en régimen ambulatorio: 362 masas palpables, 226 lesiones no palpables (LNP), 7 fístulas, 18 ginecomastias, una biopsia areolar y 3 reservorios para quimioterapia. La técnica anestésica empleada fue la local con sedación. Método: Se analizó retrospectivamente el InS (% pacientes susceptibles de asistencia con CMA que son incluidos en el programa) y el InI (% de pacientes incluidos en programa de CMA que son finalmente ingresados).

**CONCLUSIONES:** InS global: 43.8%. El InS para las masas palpables fue del 87% (68% en 1995, 100% en 2002). El InS para las LNP: 62% (98-100% en los dos últimos años). El InS del resto de procedimientos fue del 48%. Requirieron ingreso hospitalario 6 pacientes (InI del 1%). No se registró mortalidad. Los esquemas de asistencia de CMA son aplicables al tratamiento de la mayoría de pacientes con patología mamaria quirúrgica tal como evidencian los indicadores estudiados.

#### C-55: MONITORIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN PROCTOLOGÍA

**AUTORES:** Pellicer Franco, E.; Soria Aledo, V., Flores Pastor, B.; Carrasco González, L.; Morales Cuenca, G., Aguayo Albasini, JL.

**PALABRAS CLAVE:** Cirugía Mayor Ambulatoria, Índice de Sustitución, Monitorización de la Calidad.

**OBJETIVOS:** La cirugía proctológica constituye una parte importante de la actividad quirúrgica de cualquier hospital, por lo que su inclusión los programas de CMA debe ser prioritario. El objetivo de esta comunicación es analizar nuestra experiencia, definiendo los criterios de exclusión, las causas de fracaso y la monitorización mediante gráficos de desarrollo del índice de sustitución como indicador de la calidad del programa.

**METODOLOGÍA:** Entre enero-96 y Diciembre-02 han sido intervenidos en nuestro servicio 2175 pacientes por patología anorrectal benigna: hemorroides (24,2%), fístulas anales (23.9%), fisuras anales (10%) y sinus pilonidales (41,9%). Los criterios de exclusión del programa de CMA se dividieron en a) dependientes del paciente (no aceptación, enfermedad de base o tratamiento anticoagulante), b) dependientes del entorno (distancia al hospital, vivienda no acondicionada o falta de familiar responsable) y c) dependientes del procedimiento quirúrgico (mayor complejidad, sangrado, etc.). Del total de enfermos, 1375 fueron intervenidos en régimen ambulatorio, resultando un índice de sustitución del 63.2%. Sin embargo, éste no ha sido un valor constante, sino que ha sufrido significativas modificaciones a lo largo del desarrollo del programa de CMA y del hospital, pasando del 34,9% en una primera fase al 48,1% en la segunda y al 82,1% actual.



**CONCLUSIONES:** El índice de sustitución es un buen indicador para la monitorización de la calidad de un programa de CMA. B) La calidad de la CMA proctológica en nuestro hospital ha mejorado significativamente con la mayor experiencia del equipo sanitario, la adecuación del programa a la estructura del hospital y con el aumento de la actividad quirúrgica global.

### **C-56: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TRAS LA INCLUSIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL EN UN PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

**AUTORES:** Torralba Martínez, JA.; Moreno Egea, A.; Lirón Ruiz, R.; Soria Aledo; Pellicer Franco, E.; Morales Cuenca, G.; Aguayo Albasini, JL.

**PALABRAS CLAVE:** Índice de ingreso, índice de sustitución, hernia inguinal.

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento quirúrgico de la hernia unilateral está ampliamente incorporado a las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), al contrario que la hernia bilateral, tanto por la reticencia del paciente como del propio cirujano.

**OBJETIVO:** Evaluar la calidad en el tratamiento de pacientes con hernia inguinal bilateral tras incluirlo en la cartera de servicios de nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

**PACIENTES Y METODOS:** En nuestro hospital, entre enero de 1998 hasta diciembre 2002 han sido intervenidos 208 pacientes con hernia inguinal bilateral, 120 por técnicas abiertas y 88 mediante laparoscopia totalmente extraperitoneal. Asimismo, en 1998 se inició una experiencia introduciendo el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal bilateral dentro del programa de CMA, y el tratamiento con técnicas abiertas a partir de 2001, habiendo sido intervenidos en dicho programa un total de 88 pacientes. Se valora la técnica quirúrgica, el índice de ingreso en CMA (fracaso del procedimiento ambulatorio) y el índice de sustitución anual.

**RESULTADOS:** En 25 pacientes se realizó una hernioplastia sin tensión abierta por vía anterior. En 63 pacientes se realizó una hernioplastia laparoscópica extraperitoneal (TEP). El índice de ingreso global, fracasando la CMA, fue del 13.6% (12 casos): 6 pacientes (9.5%) intervenidos por laparoscopia (dos casos por dificultades en la intervención, dos por dolor excesivo, uno por vómitos persistentes y uno por fiebre autolimitada) y 6 pacientes (24%) con cirugía abierta (dos casos por dolor persistente, uno por retención urinaria, uno por hematoma de herida, uno por hematoma pélvico, y uno por miedo al alta). El índice de sustitución en 1998 fue del 3.6% en la cirugía abierta y del 30.7% en la laparoscopia, mientras en el 2001, para la cirugía abierta pasó a 13.6% y para la laparoscópica a 84.6% y siendo en 2002 del 50% y 85.7% respectivamente.

**CONCLUSION:** La evolución del índice de ingreso y la mejora del índice de sustitución, como indicadores de calidad el tratamiento de la hernia inguinal bilateral en régimen de CMA, muestran que este proceso puede estar incluido regularmente en un programa de CMA, sobretodo el tratamiento laparoscópico mientras que las técnicas abiertas requieren una selección mas adecuada de los pacientes.

### C-57: IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO PARA QUIMIOTERAPIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN Y CASUÍSTICA

**AUTORES:** Flores B, Soria V, Candel MF, Andrés B, Carrasco L, Aguayo JL.

**PALABRAS CLAVE:** Acceso venoso. Sistemas implantables. Cirugía ambulatoria.

**OBJETIVO:** Presentar nuestra serie de pacientes a los que se ha implantado un dispositivo de acceso venoso totalmente implantable (DAVTI), haciendo especial énfasis en la realización de dicho procedimiento en régimen ambulatorio (CMA).

**PACIENTES Y METODO:** Entre agosto de 1999 y marzo de 2002, 75 DAVTI fueron implantados en 73 pacientes con diagnóstico de cáncer para tratamiento quimioterápico. Se utilizó un sistema compuesto por un reservorio de titanio con catéter de silicona, siendo la vía de acceso la vena cefálica en el hombro. Se analizan las complicaciones así como la evolución anual del Índice de sustitución (I.S.).

**RESULTADOS:** 75 dispositivos fueron implantados con una media de 251+/-201 días de uso (16.820 días in situ). Se utilizó la vena cefálica en 45 pacientes. Al analizar el I.S. como parámetro de calidad de CMA observamos una evolución anual ascendente hasta alcanzar cifras superiores al 90% en 2002. Hubo 7 complicaciones precoces y 4 tardías siendo la tasa global de 0,65 episodios/1000 días de uso. No hubo mortalidad.

**CONCLUSION:** Los DAVTI, como vía de acceso venoso, han demostrado su seguridad, eficacia e impacto en la calidad de vida de los pacientes neoplásicos. Su implante en régimen ambulatorio añade eficiencia al procedimiento además de evitar ingresos innecesarios al paciente.

### C-58: INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ININTERRUMPIDO DE REHABILITACIÓN POSTCIRUGÍA ORTOPÉDICA

**AUTORES:** Morales Jiménez, F; Aguirán Romero, L; Moreno Carrillo, M.A.; Martínez Manzanares, M; Fernández de Haro, M:M; Giménez Abadía, MA.

**PALABRAS CLAVE:** Cot; ; Fisioterapia; Programa de Atención Ininterrumpido; Rehabilitación.

**INTRODUCCIÓN:** Entre los indicadores de calidad utilizados en la valoración de un Servicio de Rehabilitación se encuentra la demora media en el inicio del tratamiento. Esta demora se ve influenciada por numerosos factores, no siempre modificables, entre los que probablemente se encuentra una correcta organización de los pasos intermedios que transcurren entre el alta hospitalaria, la primera visita del médico rehabilitador y el inicio de la fisioterapia. La puesta en marcha de un Programa de Atención Ininterrumpido (PAI) puede disminuir estas demoras.

**OBJETIVO:** Evaluar el efecto de la consulta de alta resolución sobre el tiempo de espera en la primera visita del rehabilitador y el inicio de fisioterapia.

**METODOLOGÍA:** El estudio sigue un diseño cuasi-experimental antes-después evaluando la efectividad de la consulta de alta resolución sobre la demora en el inicio de la fisioterapia. Medio: El estudio se realizó en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Morales Meseguer. Desarrollo del estudio: La primera evaluación se realizó sobre los pacientes tratados en los meses de febrero y marzo del 2002 (previos al inicio del PAI) recogiendo una

muestra de 25 Pacientes. La segunda evaluación se realizó durante los meses de junio y julio del 2002 ( tras inicio del PAI) con 25 pacientes evaluados.

**RESULTADOS:** En la 1ª evaluación se obtuvo una demora media en el inicio de la fisioterapia de 62.36 días frente a la 2ª evaluación que fue de 6 días.

**CONCLUSIONES:** La apertura de un PAI tiene como consecuencia una importante disminución del tiempo en el inicio de la fisioterapia. En ocasiones, pequeños cambios introducidos en este proceso pueden tener un efecto sorprendente en el resultado final y una mejora considerable en la calidad percibida por los pacientes.

### **C-59: MEJORA DE LA PROFILAXIS CON HBPM EN TRAUMATISMOS DE EXTREMIDADES INFERIORES EN URGENCIAS**

**AUTORES:** González Soler M A, Sánchez Espinosa A, Millán Carrasco M J, Peñalver Guillén F, Gómez Yelo J, López García E. Alcaraz Martínez J.

**PALABRAS CLAVE:** urgencias, profilaxis, traumatología.

**INTRODUCCIÓN:** La profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) ha demostrado su eficacia en la prevención de la enfermedad tromboembólica (ETE). En Enero del 2002 se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo en nuestro Servicio, para estudiar como se estaba realizando la profilaxis de ETE en patología traumática.

**METODOLOGÍA:** Problema detectado: baja tasa de profilaxis con HBPM. Dimensión: calidad científico-técnica. Tipos de datos: de proceso. Unidades de estudio: pacientes atendidos en Urgencias con traumatismo en extremidades. Fuente de datos: archivo de asistidos en Urgencias. Método de muestreo: aleatorio sistemático en septiembre-octubre 2002.

Se confeccionó un protocolo de actuación conjuntamente con el Servicio de Traumatología y se concretaron los criterios de profilaxis. Se utilizó el test de la Chi cuadrado para comparación de proporciones.

**RESULTADOS:** Se ha aumentado globalmente la profilaxis con HBPM, pasando del 3,1% ( $\pm 2,4\%$ ) de uso en enero, al 18% ( $\pm 6,1\%$ ) en el presente estudio (diferencia estadísticamente significativa,  $p < 0,001$ ). Se incrementó de un 26,3% de profilaxis en fractura de extremidad inferior, al 44,4%, sin que la diferencia fuese estadísticamente significativa. En cuanto al cumplimiento del protocolo, este se cumplió en el 86,9% ( $\pm 5,4\%$ ) de pacientes con indicación de recibir profilaxis.

**CONCLUSIONES:** Se ha aumentado el uso de profilaxis con HBPM. Se ha detectado un alto cumplimiento del protocolo.

### **C-60: DESARROLLO DE UNA VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA**

**AUTORES:** Aguilar Jiménez, J.; Soria Alcedo, V.; Martínez Gálvez, M.; Andrés García, B.; Ayala de la Peña, F.; Carrasco González, L.

**PALABRAS CLAVE:** vías clínicas, cáncer de mama.

**OBJETIVOS:** elaboración de la vía clínica de "tratamiento quirúrgico del cáncer de mama".

**METODOLOGÍA:** selección del proceso, selección del equipo (cirujanos, radióloga, patóloga, oncólogo, enfermeras, anestesióloga y rehabilitador), identificación de las áreas sus-

ceptibles de mejora, revisión de las evidencias, formalización del consenso, definición de los indicadores de calidad y desarrollo documental de la vía clínica.

**RESULTADOS:** áreas de mejora identificadas: adecuación de estancias, ambulatorización de procesos, ahorro en hemoderivados, control del dolor y émesis postquirúrgica e información a las pacientes. La revisión de las evidencias identificó 3 vías clínicas y 22 referencias relevantes sobre planes de cuidados para aspectos concretos de la vía clínica. Se han definido indicadores de calidad que incluyen la implantación, efectos adversos del tratamiento, satisfacción de los pacientes y eficiencia de la vía clínica. Se han elaborado los documentos: matriz temporal, hojas informativas, hoja de registro de variaciones, de evolución médica y de enfermería, cuidados de enfermería y órdenes de tratamiento médico estandarizados y encuesta sobre asistencia recibida (basada en "Información sobre la asistencia recibida durante su Hospitalización" del programa EMCA).

**CONCLUSIONES:** La elaboración de esta vía clínica pretende disminuir la variabilidad clínica no justificada y facilitar la evaluación periódica del proceso.

### **C-61: RESULTADOS DE LA VÍA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO TRAS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN**

**AUTORES:** Martínez DA, Aguayo JL, Flores B, Morales G, Alarte JM, Pérez JM.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica. Pie diabético. Monitorización.

**OBJETIVOS:** Evaluar esta vía clínica multidisciplinaria mediante la monitorización de indicadores, antes (años 1998-2000) y después (2001-2) de la implantación de dicha vía.

**MATERIAL Y METODOS:** Se analizan 3 tipos de indicadores: 1. De efectos adversos (1a. Porcentaje de pacientes que precisan amputación mayor; 1b. Porcentaje de reingresos en menos de 30 días). 2. De grado de cumplimiento (2a. Estancia media; 2b. Porcentaje de pacientes con arteriografía de miembros inferiores y/o angioplastia; 2c. Porcentaje de pacientes valorados por Rehabilitación). 3. De satisfacción (encuesta).

**RESULTADOS:** 1a: 17,4% amputaciones mayores antes de la vía, 11,8% en 2001 y 6,7% en 2002. 1b: 9,3% de reingresos antes, y 6,5% después. 2a: Estancia media de 11 días en ambos períodos. 2b: Arteriografía y angioplastia, 3,7 y 1% respectivamente, antes de la vía, 12 y 3,2% en 2001, y 15,6 y 9,4% en 2002. 2c: Pacientes vistos por Rehabilitación, 20% frente a 90%. El grado de satisfacción fue muy alto entre pacientes y familiares, superando el 90% de los encuestados.

**CONCLUSIONES:** La implantación de esta vía se ha asociado a una reducción en la tasa de amputaciones mayores estadísticamente significativa. Por otro lado, ha contribuido a mejorar la educación del cuidado del pie diabético en pacientes, familia y cuidadores sanitarios (uniformidad diagnóstico-terapéutica). Los indicadores evaluados han mejorado tras la implantación de la vía, manteniéndose la estancia media en 11 días.

### **C-62: EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOÓPICA TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER**

**AUTORES:** Soria Aledo V, Pellicer Franco E, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica, colecistectomía laparoscópica.

**OBJETIVO:** La colecistectomía por laparoscopia en nuestro hospital presentaba una elevada variabilidad clínica respecto a la atención del postoperatorio inmediato y en los criterios de alta hospitalaria. En Marzo de 2002 implantamos en nuestro servicio la vía clínica de la colecistectomía que incluía criterios y pautas de actuación sobre los aspectos antes mencionados con el objeto de disminuir dicha variabilidad. Presentamos un análisis de los resultados tras un año de funcionamiento de la vía clínica.

**METODOLOGÍA:** Entre Marzo de 2002 (implantación de la vía clínica) y Febrero de 2003 fueron intervenidos en nuestro servicio 141 pacientes con el diagnóstico de colelitiasis simple a los que se les ha practicado colecistectomía laparoscópica. Se establecieron los siguientes indicadores para la evaluación de la vía: grado de cumplimiento de las estancias (se estableció como criterio una estancia de 2 días), indicadores de la efectividad de la atención clínica (el criterio establecido fue que el número de sucesos adversos debe ser el mínimo posible) e indicadores de satisfacción (se valoró el porcentaje de enfermos que contestaron afirmativamente a las preguntas del cuestionario "¿Ha sido satisfactoria la atención recibida en este ingreso?" y "¿Le ha parecido adecuado el tiempo de estancia hospitalaria?"). Los resultados se han comparado con una serie consecutiva de 163 pacientes intervenidos con el mismo diagnóstico y la misma técnica quirúrgica durante el año anterior a la implantación de la vía clínica.

**RESULTADOS:** La estancia media de los pacientes intervenidos antes de la implantación de la vía clínica fue de 3,63 días. La estancia media después de la implantación de la vía clínica ha sido de 2,24 días. El grado de cumplimiento de la estancia de los pacientes incluidos en la vía clínica ha sido del 55,5%. Las causas más frecuentes que han motivado el incumplimiento de la estancia han sido: intolerancia digestiva, ortostatismo y causas dependientes del personal sanitario. Indicadores de efectividad de la atención clínica: 1 paciente con hemoperitoneo y 2 pacientes con complicaciones no directamente relacionadas con la intervención. No ha habido mortalidad en la serie ni reingresos hospitalarios. Indicadores de satisfacción: El 97% de los pacientes incluidos en la vía clínica respondió afirmativamente a la pregunta "¿Ha sido satisfactoria la atención recibida en este ingreso?". El 89% de los pacientes respondió afirmativamente a la pregunta "¿Le ha parecido adecuado el tiempo de estancia hospitalaria?"

**CONCLUSION:** La implantación de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica ha conseguido disminuir la variabilidad clínica y con ello acortar la estancia hospitalaria, todo ello sin aumentar las complicaciones y con un alto grado de satisfacción de los pacientes.

### **C-63: MONITORIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE PRÓTESIS DE CADERA**

**AUTORES:** Giménez Belmonte, D\*; Úbeda García, F\*; Arjona Ramírez, C\*\*; Jiménez Moreno, R\*\*

\* F.E.A. Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología H. U. Morales Meseguer. Murcia.

\*\* Enfermeras Unidad Hospitalización de Traumatología H. U. Morales Meseguer. Murcia.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica. Prótesis cadera. Monitorización.

**OBJETIVOS:** Realizamos la monitorización de la vía clínica de prótesis de cadera durante el año 2002. Se pasa una encuesta de satisfacción a los pacientes y se evalúa la calidad científico-técnica en este GRD.

**MÉTODOS:** Recogida de datos prospectiva de los 55 pacientes intervenidos de PTC en el año 2002. Elección de indicadores a analizar de la vía clínica: Implantación, efectos adversos, eficiencia, grado cumplimiento de la vía clínica y satisfacción. Como criterio de calidad científico-técnica se usa la adecuación de elección del implante.

**RESULTADOS:** La adecuación de indicación de PTC e inclusión de los pacientes en la vía clínica ha sido del 100%, los efectos adversos han sido el 5,4% (1 infección herida, 1 flictenas y 1 reacción alérgica). Como indicador de eficiencia se tomó el porcentaje de estancias adecuadas (iguales o inferiores al estándar para ese GRD) que fue del 89%, el grado de cumplimiento de la vía clínica fue del 91% y la satisfacción del 85%. En cuanto a la calidad científico-técnica el cumplimiento de los criterios de implante fue del 69%.

**CONCLUSIONES:** La vía clínica de prótesis de cadera se encuentra totalmente implantada en nuestro servicio con una alta satisfacción del usuario. Debemos mejorar en lo posible la adecuación de la estancia hospitalaria y sobre todo en el cumplimiento de los criterios del implante.

#### **C-64: GRADO DE CUMPLIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA TIROIDECTOMIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**AUTORES:** Soria Aledo V, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Pellicer Franco E, Miguel Perelló JA, Aguayo Albasini JL.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica, tiroidectomía.

**OBJETIVO:** La tiroidectomía en nuestro hospital presentaba una gran variabilidad clínica respecto a los siguientes aspectos: retirada del drenaje, inicio de alimentación oral, tratamiento de la hipocalcemia postoperatoria y momento del alta hospitalaria. En Octubre de 2001 implantamos en nuestro servicio la vía clínica de la tiroidectomía que incluía criterios y pautas de actuación sobre los aspectos antes mencionados con el objeto de disminuir dicha variabilidad. Presentamos un análisis de los resultados tras 5 meses de funcionamiento de la vía clínica.

**METODOLOGÍA:** Entre octubre de 2001 (implantación de la vía clínica) y marzo de 2002 fueron intervenidos en nuestro servicio 44 pacientes por patología tiroidea. Se realizaron 35 tiroidectomías totales y 9 hemitiroidectomías. Se establecieron los siguientes indicadores para la evaluación de la vía: grado de cumplimiento de las estancias (se estableció como criterio una estancia de 2 días para hemitiroidectomía y 3 días para tiroidectomía total), indicadores de la efectividad de la atención clínica (el criterio establecido fue que el número de sucesos adversos debe ser el mínimo posible) e indicadores de satisfacción (se valoró el porcentaje de enfermos que contestó afirmativamente a la pregunta del cuestionario "¿Ha sido satisfactoria la atención recibida en este ingreso?"). Los resultados fueron comparados con un muestreo de 56 pacientes intervenidos por patología tiroidea antes de la implantación de la vía.

**RESULTADOS:** El 100% de los pacientes intervenidos de tiroidectomía en nuestro hospital a partir de la fecha de la implantación de la vía clínica han sido incluidos en ella. Antes de la implantación de la vía clínica, los pacientes con hemitiroidectomía tuvieron una estancia media (EM) de 3,3 +/- 1,1 días. Los pacientes con tiroidectomía total tuvieron una EM de 4,3 +/- 1,9 días. Después de la vía, la EM de 2,4 +/- 0,5 días y GC del 55,6%. Tiroidectomía



total, EM de 3,4 +/- 0,7 días y GC de la estancia estimada del 68,6%. Indicadores de la efectividad de la atención clínica: No ha habido diferencia en cuanto a las complicaciones antes y después de la vía clínica. Sólo ha habido un caso de reingreso en toda la serie. Indicadores de satisfacción: El 100% de los pacientes incluidos en la vía clínica respondió afirmativamente a la pregunta realizada.

**CONCLUSION:** La implantación de la vía clínica de la tiroidectomía ha conseguido disminuir la variabilidad clínica y con ello acortar la estancia hospitalaria, todo ello sin aumentar las complicaciones y con un alto grado de satisfacción de los pacientes.

### **C-65: DISEÑO DEL PROCESO BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA MAMA**

**AUTORES:** Carrasco González, L.; Chaves Benito, A.; Martínez Gálvez, M.; Nicolás, F.; Navarro, J.L.; Andrés García, B.

**OBJETIVO:** Diseño del proceso "técnica de biopsia selectiva de ganglio centinela" (BSGC) para el tratamiento del cáncer de mama.

**METODOLOGÍA:** Para la introducción de la técnica de la BSGC en nuestro centro se realizó un diseño del proceso. Se estableció un equipo de trabajo multidisciplinar (cirujanos, patólogos, radiólogos, especialistas en Medicina Nuclear y enfermera). Se realizó una revisión crítica de las evidencias publicadas y un análisis de los elementos que intervienen en el proceso; se estableció un diagrama de flujo, los criterios de inclusión y exclusión, las características de calidad de cada una de las actividades incluidas en el proceso y los recursos empleados; se establecieron los indicadores y la frecuencia de monitorización de los mismos. La técnica se puso en marcha en Marzo del 2002.

**CONCLUSIONES:** Se realizó la 1ª fase (de validación de la técnica), que incluyó a 20 pacientes (BSCG seguida de linfadenectomía axilar). El equipo de diseño analizó los indicadores establecidos y rediseñó el proceso para establecerlo definitivamente en el tratamiento del cáncer de mama como técnica sustitutiva de la linfadenectomía axilar. La perspectiva del diseño de procesos ha permitido la introducción de la BSGC adaptándola a los recursos de nuestro centro.

### **C-66: LITIGIOS EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

**AUTORES:** Aguayo JL, Serrano C, Flores B, Soria V, Miguel J, Martínez DA.

**PALABRAS CLAVE:** Actividad asistencial. Litigios.

**OBJETIVO:** El estudio de los litigios en relación con la actividad de los servicios clínicos, el problema de las desviaciones de la práctica médica y de su prevención, es una materia de reciente interés. El objetivo de la comunicación es presentar las reclamaciones judiciales y extrajudiciales habidas en la práctica de un servicio de cirugía general. **MATERIAL Y METODOS:** Se han analizado las reclamaciones del servicio de Cirugía General de un Hospital de Área que cubre 240.000 hab., entre los años 1995-2001. Fueron intervenidos 18.000 pacientes en cirugía mayor, 12.000 programados (8.500 con ingreso; 3.500 ambulatorios) y 6.000 urgentes. Se han analizado 9 casos de reclamaciones, de las cuales, 6 se inicia-

ron en vía penal y 3 por el Seguro de Responsabilidad Civil. Todas excepto una, guardaron relación con actividad quirúrgica.

**RESULTADOS:** Se ha producido una reclamación cada 2.250 intervenciones, 1 cada 1.714 cirugías programadas, 1 cada 1.416 cirugías con ingreso, 1 cada 3.500 cirugías ambulatorias, 1 cada 6.000 intervenciones urgentes y 1 cada 2.500 ingresos de tipo médico.

**DISCUSION:** El caso de riesgo es un paciente de edad joven o media (media: 44.2 años), tras intervención programada, en cirugía con ingreso, relacionado en casos graves con evoluciones desfavorables y en casos leves con incidencias operatorias inesperadas. Es necesario aceptar que las reclamaciones existen, relacionadas o no con desviaciones en la práctica clínica, y que se requiere una armonización (sistema sanitario, población y legislación).

### **C-67: MEJORA DE LAS TASAS DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA UROLÓGICA CON ANESTESIA GENERAL. RESULTADOS 1996-2002**

**AUTORES:** Romero Pérez P; Merenciano Cortina FJ; Rafie Mazketli W; Amat Cecilia M. Servicio de Urología. Hospital Marina Alta. Dénia (ALICANTE).

**PALABRAS CLAVE:** Indicadores de calidad. Tasa de suspensiones. Cirugía urológica. Anestesia general.

**OBJETIVOS:** Mejorar la utilización del quirófano urológico programado de anestesia general mediante el control mensual de las tasas de suspensión y sus motivos, en un hospital con disponibilidad de camas limitada.

**METODOLOGÍA:** Con el fin de mejorar el rendimiento del quirófano general programado desde 1996 "se mira con lupa" los motivos y tasas de cancelaciones quirúrgicas.

En este trabajo se estudia la tasa de suspensiones quirúrgicas y sus motivos en 1416 intervenciones urológicas programadas con anestesia general entre los años 1996 y 2002. El control de tasas y motivos de suspensión se realiza mensualmente.

De acuerdo con la "teoría de la mejora continua" y teniendo en cuenta la premisa que cada indicador genera la información necesaria para su propia mejora, la metodología empleada para evaluar la mejora en la tasa de suspensiones es sencilla si se revisa y comprende el proceso motivo de la mejora, en nuestro caso: control mensual de tasa y motivos de suspensión con adopción de medidas correctoras, autocomparación en el tiempo y comparación con el "benchmark".

**RESULTADOS:** En el periodo 1996-2002 se programaron 1416 intervenciones urológicas de anestesia general, realizándose 1384 (97,740%), suspendiéndose 32, lo que da una tasa global de suspensiones para estos 7 años en cirugía urológica con anestesia general del 2,259%. La tasa de suspensiones por años fue: 3,93% en 1996, 3,27% en 1997, 2,48% en 1998, 1,85% en 1999, 1,46% en 2000, 2,04% en 2001 y 0,94% en 2002.

Los 4 motivos más frecuentes de suspensión fueron: falta de tiempo (31,25%), crisis hipertensiva preanestésica (9,37%), pruebas cruzadas positivas con carencia de sangre fenotipada para el paciente (6,25%) y avería en el resectoscopio (6,25%).

**CONCLUSIONES:**

1º, En este periodo hemos reducido en un 24% la tasa inicial de suspensiones en cirugía con anestesia general.



- 2º. La clave del éxito está en una herramienta fundamental: "el conocimiento de los motivos de suspensión" lo que permitirá tomar las medidas correctoras oportunas.
- 3º. El control de la tasa de suspensiones de forma continuada permite mejorar el aprovechamiento del quirófano, lo que conlleva a incrementar progresivamente la actividad de la unidad, intervenir a más pacientes y disminuirlas listas de espera, manteniendo los mismo recursos.
- 4º. Las intervenciones suspendidas en cirugía programada "son un riesgo evitable".

### **C-68: MEJORA DE LAS TASAS DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA UROLÓGICA CON ANESTESIA LOCAL. RESULTADOS 1996-2002**

**AUTORES:** Romero Pérez P; Merenciano Cortina FJ; Rafie Mazketli W; Amat Cecilia M. Servicio de Urología. Hospital Marina Alta. Dénia (ALICANTE).

**PALABRAS CLAVE:** Indicadores de calidad. Tasa de suspensiones. Cirugía urológica. Anestesia local.

**OBJETIVOS:** Mejorar la utilización del quirófano urológico programado de anestesia local manteniendo los mismos recursos, mediante el control del indicador tasa de suspensiones quirúrgicas, en un hospital con sesiones de quirófano limitadas y elevada demanda de cirugía local.

**METODOLOGÍA:** Se estudia la tasa de suspensiones quirúrgicas y sus motivos en 3334 intervenciones urológicas programadas con anestesia local entre los años 1996 y 2002. El control de los motivos y tasas de suspensión se evalúa mensualmente.

Se realiza descripción porcentual de las tasas de suspensión y de todas sus causas por años. Los métodos para evaluar la mejora de las tasas de suspensión fueron: control mensual de tasas y motivos de suspensión con adopción de medidas correctoras, autocomparación en el tiempo y comparación con el "benchmark".

**RESULTADOS:** En el periodo 1996-2002 se programaron 3334 intervenciones urológicas con anestesia local, realizándose un total de 3202 (96,040%), suspendiéndose 132, lo que da una tasa global de suspensiones para estos 7 años en cirugía local del 3,959%.

La tasa de suspensiones por años fue: 5,35% en 1996, 6,83% en 1997, 4,47% en 1998, 3,62% en 1999, 3,82% en 2000, 2,00% en 2001 y 2,22% en 2002.

Los 4 motivos principales de suspensión fueron: no presentarse el paciente (81,06%), contraindicación funcional (6,81%), curación o no precisar cirugía (4,54%) y falta de colaboración para llevar a cabo la cirugía (3,78%).

#### **CONCLUSIONES:**

- 1º. En este periodo hemos reducido en un 41,5% la tasa inicial de suspensiones en cirugía con anestesia local.
- 2º. El control de la tasa de suspensiones de forma continuada mensual permite mejorar el rendimiento de los procesos quirúrgicos y disminuir las listas de espera.
- 3º. En anestesia local, los principales motivos de suspensión son que el paciente no se presente o la contraindicación funcional por la toma de anticoagulantes o antiagregantes, situaciones que se pueden evitar confeccionando el parte 1-2 días previos a la cirugía, confirmando la asistencia el día anterior, contactando directamente con el paciente, evitando dejar mensajes en el "contestador" y preparando adecuadamente a los pacientes anticoagulados.

4º. Aunque somos optimistas y creemos que los motivos de suspensión se pueden mejorar siempre, una tasa de suspensiones para cirugía local < del 2% es difícil de lograr, por la dificultad que entraña el manejo de un gran volumen de pacientes.

LIDERAZGO Y CALIDAD DE LA  
ORGANIZACION: RELEVANCIA  
Y PARTICIPACION DEL  
PROFESIONAL SANITARIO

M  
E  
S  
A  
7



## LA PRACTICA DEL LIDERAZGO: EVALUACION 360°

*Rebeca Arroyo*

Responsable de Liderazgo y Desarrollo. SIEMENS.

Ya iniciado el siglo XXI, liderar, crear estrategias y hacer realidad el cambio son las primeras obligaciones de un líder ejecutivo, aquella persona que es capaz de asumir riesgos y llevar a cabo lo que otros no están dispuestos a realizar.

El éxito depende de nuestra capacidad de aprendizaje y de la aplicación de estos conocimientos en la práctica. Debemos estar preparados para cooperar, asumir responsabilidades, liderar y tomar decisiones rápidamente. Y nuestros directivos son los encargados de crear un clima que promueva este comportamiento.

Para competir en el futuro, las organizaciones crean una cultura que fomenta el nacimiento de líderes efectivos y les permite adaptarse e incluso adelantarse al ritmo dinámico del cambio. Sin embargo, definir la imagen del Líder ideal que necesita la empresa y conocer sus habilidades y áreas de mejora, requiere una profunda transformación en el seno y mentalidad de la compañía.

Todos los programas de mejora y cambio en Siemens toman como referencia el Modelo de Calidad EFQM de Excelencia y hubiera sido imposible ponerlos en marcha sin la implicación activa de todos los líderes de la empresa, que actúan como motor y timón de los cambios en la compañía.

Este concepto de "líder" se aplica no sólo al Primer Ejecutivo, sino que abarca toda la escala jerárquica hasta el último colaborador, y cada uno de ellos debe cumplir con tres características básicas:

- han de tener pocas ideas y muy claras y coherentes, lo que les permite poder explicarlas de una manera sencilla a sus colaboradores.
- tienen que ser capaces de motivar a las personas hacia esas ideas y de promover la automotivación, a través de su entusiasmo, de su convencimiento, de su capacidad de comunicación, etc.
- Deben ser trabajadores que den ejemplo.

Todo esto es lo que da al líder coherencia y credibilidad.

En el Modelo EFQM de Excelencia la base es el líder, que desarrolla todos los aspectos de la gestión de la compañía (política y estrategia, personas, partners, recursos y procesos) para asegurar la máxima satisfacción de los grupos de interés (clientes, accionistas, empleados y entorno social) en su recorrido hacia la Excelencia.

Lo que va a diferenciar a unas compañías de otras es la Calidad de los gestores y la Calidad de la gestión de esos gestores. Para ello hay que insistir de una forma importante en la formación de nuestras personas. En el aspecto de Calidad de la Gestión hay que realizar un gran trabajo en el sentido de conseguir que estos gestores promuevan que esa calidad se extienda y despliegue a todos los niveles y ámbitos de la organización por medio del Liderazgo.

En Siemens durante los últimos cinco años hemos trabajado profundamente en esos aspectos, y esto es algo que ha marcado definitivamente la mejora que sin duda se ha producido en este grupo. Hoy podemos decir que tenemos una gestión mejor –tendiendo a la Excelencia– que la que teníamos. Hemos mejorado considerablemente la gestión de la información, el liderazgo, y la motivación de los tres stakeholders de la compañía, accionistas, empleados y clientes.

### EL LIDERAZGO EN SIEMENS

Con el fin de potenciar el compromiso de nuestros líderes con la “Excelencia” y convertirles en “modelo a seguir” por toda la organización pusimos en marcha desde 1998 el proyecto “Liderazgo y feedback 360º”, que afecta directamente a todo el colectivo de mandos (más de 400 personas) de la compañía y en cuyo desarrollo han participado más de 250 personas de todos los niveles (jerárquicos, funcionales y geográficos) de la organización. Además, este proyecto incide no sólo en la mejora de los comportamientos directivos de los miembros de nuestro cuadro de mandos, potenciando nuestro valor compartido “Liderazgo”, sino también en el aumento del nivel de satisfacción de los empleados.

Para diseñar nuestro modelo de liderazgo hemos tomado las informaciones sobre liderazgo existentes en nuestra compañía (criterios EFQM, valores compartidos, la visión, las estrategias básicas, el perfil del colaborador con potencial, las características de los líderes de éxito y los resultados de las encuestas de liderazgo), así como la opinión directa de nuestros empleados a través del trabajo de 5 grupos de discusión (focus-group con más de 200 personas) y de 50 entrevistas estructuradas, en las que se trataron temas como el perfil ideal del líder, el diagnóstico de la situación del liderazgo y las barreras para el desarrollo del liderazgo en Siemens.

El modelo de liderazgo Siemens contiene la esencia de lo que un líder en Siemens tiene que ser y hacer, y está estructurado según los 7 principios básicos de la compañía, con un total de 61 atributos. La comunicación de este modelo a toda la organización se ha realizado a través de todo tipo de medios técnicos y humanos, para asegurar su conocimiento por todos los colaboradores.

Este modelo se ha implantado y desplegado de forma estructurada desde el mes de junio de 1999, empezando por el Consejero Delegado y la Comisión Directiva como colectivo piloto, y terminando con el 100% de los mandos (con 3 o más colaboradores) en el año 2001. En total han participado como evaluadores más de 2.400 personas de todo el Grupo Siemens en España.

Para asegurar el éxito de esta implantación contamos con una herramienta muy útil, el feedback 360, con la que, usando como base los 61 items del modelo de liderazgo, cada directivo es evaluado periódicamente (cada 18 meses) por su jefe directo, por sus colegas del mismo nivel, por sus colaboradores y por él mismo, generándose un informe personal de resultados. Este informe se entrega al interesado durante un seminario de liderazgo, en el cual se debaten los resultados, los puntos fuertes y las áreas de mejora de todos los partici-

pantes en un ambiente constructivo con el apoyo de un coach experto, puede observar en qué posición se encuentra respecto a cada una de las siete categorías o competencias que componen el Modelo de Liderazgo de Siemens. Del informe surgen objetivos concretos de mejora y un plan de acción individual que debe ser realizado bajo la supervisión periódica del jefe directo. El resultado del feedback 360° es comentado por cada persona, en sesiones informativas, con su superior, colegas y colaboradores.

A medida que se han ido realizando los seminarios de liderazgo, se han desarrollado también actividades de aprendizaje a partir de las opiniones de los directivos (p.e. en relación con los contenidos y duración de los seminarios), incorporándose modificaciones y mejoras a lo largo del proceso. También se han conectado los atributos del modelo de liderazgo con los subcriterios del modelo EFQM, para utilizarlo como herramienta de benchmarking con otras organizaciones y se ha utilizado un modelo simplificado de encuesta para evaluar el grado de avance.

Todos los directivos que están en el sistema han definido un plan personal de mejora con objetivos concretos que es evaluado y revisado periódicamente con el apoyo y supervisión del jefe directo, para determinar el grado de avance y las acciones correctoras necesarias.

El feedback 360°, es por tanto, un instrumento decisivo para el desarrollo de los mandos y directivos de Siemens, alineando sus comportamientos al modelo de liderazgo y elevando la satisfacción de sus colaboradores. Así mismo, nos da la oportunidad de abrir los canales de comunicación y obtener nuevos conocimientos para anticiparnos al cambio y afrontar con éxito los retos venideros

## CARRERA PROFESIONAL EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD

*Karmele Ayerdi*

Jefa de la Unidad de Programación  
y Docencia de Osasunbidea

### CARRERA PROFESIONAL 1992-1999

La carrera profesional se inicia en Navarra en cumplimiento de los acuerdos alcanzados entre representantes de la Administración y de las organizaciones sindicales en febrero de 1992 que se concreta en una Ley Foral en 1993 y en un Decreto Foral en enero de 1994 por los que:

- Acopla, entre 1992 y 1995, a cada uno de los facultativos (especialistas y médicos EAP) con plaza en propiedad en el SNS-O (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), a unos determinados niveles de "carrera profesional" (I, II, III y IV) en función "únicamente" de los años de servicios prestado en propiedad. Cada nivel tenía un complemento retributivo diferente.
- Se produce un paréntesis entre 1996-1999 en los que no se realizan ni ascensos de nivel de los facultativos a los que les hubiera correspondido, ni asignación de nivel a los facultativos que se incorporan al SNS-O.

### Conclusiones del Periodo 1992-1999

- ÿ Ámbito de aplicación: facultativos especialistas y médicos EAP
- ÿ Carrera profesional y nivel igual a años de antigüedad.
- ÿ Multitud de profesionales "agraviados" por el paréntesis.

### NUEVO SISTEMA CARRERA PROFESIONAL DESDE 1 ENERO 2000

#### Normativa

El 6 de abril de 1999 se publica en el Boletín Oficial de Navarra la Ley Foral par la que se regula el nuevo sistema de Carrera Profesional. Esta Ley:

- Consolida los niveles de acoplamiento anteriores.
- Resuelve las incorporaciones y cambio de nivel de los años 96-97-98 y 99.
- Establece el marco general del "nuevo sistema de Carrera Profesional" que se concreta y regula posteriormente con el Decreto Foral de 18 de diciembre de 2000 que dicta las normas de desarrollo de dicha Ley.

#### Ámbito de Aplicación

Personal con plaza en propiedad cuyo acceso y nombramiento haya precisado: Licenciado en Medicina y Farmacia (excepto personal de cupo y zona y sanitarios municipales no transferidos).

#### Niveles y Retribuciones (2001)

Nivel I:

Nivel II: 28.843 pts. x 14

Nivel III: 57.686 pts. x 14

Nivel IV: 86.529 pts. x 14

Nivel V: 115.382 pts. x 14



**Requisitos para asignación o ascenso de nivel**

Cumplimiento simultáneo de:

- Periodo/años mínimos de permanencia en cada Nivel.
- Alcanzar una mínima puntuación en el periodo en apartado actividad asistencial.
- Alcanzar una mínima puntuación en el periodo en el apartado perfeccionamiento y actualización profesional.
- Alcanzar una mínima puntuación total en el periodo sumando la puntuación de actividad asistencial y perfeccionamiento .

**Mínimos de puntuación a alcanzar para cada nivel en cada periodo**

| NIVEL | PERIODO PERMANENCIA | TOTAL: ACTIVIDAD ASISTENCIAL + PERFECCIONAMIENTO | ACTIVIDAD ASISTENCIAL | PERFECCIONAMIENTO | ACTIVIDAD ASISTENCIAL O PERFECCIONAMIENTO |
|-------|---------------------|--|-----------------------|-------------------|---|
| I     | <5 años             | —  | —                     | —                 | —   |
| II    | 5 años              | 750 u.   | 500 u.                | 150               | 100                                       |
| III   | 7 años              | 1.050 u.   | 700 u.                | 210               | 140                                       |
| IV    | 8 años              | 1.200 u.   | 800 u.                | 240               | 160                                       |
| V     | 5 años              | 750 u.   | 500 u.                | 150               | 100                                       |
|       |                     | 150 puntos/año                                   | 100 u/año             | 30 puntos/año     |   |

**Descenso de nivel**

No se puede producir. Si no se alcanzan los requisitos el nivel se mantiene.

**Puntuación Actividad Asistencial**

Aun cuando el cumplimiento es por periodo:

- Cada profesional de cada Equipo obtiene anualmente una puntuación por actividad asistencial que es la suma de dos apartados:
  - Puntuación que obtiene según el grado de cumplimiento de objetivos del Equipo al que pertenece:
    - \* Cumplimiento de objetivos EAP: 0-100% Profesional: 0 a 100 puntos.
    - \* El grado de cumplimiento de objetivos se acuerda entre la Dirección del EAP y la Dirección de AP según puntuación del Plan de Gestión. Puede haber acuerdo o discrepancia entre las partes.
  - Puntuación por valoración individual profesional.
    - \* Se calcula una bolsa de total de unidades del EAP (% objetivos/ 2 x nº. profesionales) y en reunión conjunta se distribuye entre los profesionales. La distribución final la realiza el Director del EAP obligando a rubricar su acuerdo o plasmar su discrepancia cada profesional.
- Las discrepancias existentes, si las hubiera, las dirige la "Comisión de Carrera Profesional" previo informe de las partes.
- Si la puntuación anual de la actividad asistencial de un profesional está por debajo de 90 u/año, este obtiene en ese año 0 puntos( 60% cumplimiento objetivos y reparto lineal de la bolsa)

**Puntuación méritos de perfeccionamiento y actualización profesional**

Se establece un baremo de méritos clásico: a cada actividad corresponden unas unidades:

- Actividades de Formación e Investigación: docencia recibida, impartida, doctorado, residentes, publicaciones, proyectos de investigación, etc...
- Actividades de desarrollo técnico: comisiones técnicas, estancia, proyectos de mejora, puesto de Dirección de EAP o libre designación etc...

Como elemento novedoso: Puntúa la elaboración y ejecución de proyectos de mejora que inciden directamente en la organización en general o en cada centro en particular.

### Comisiones de evaluación

Cada profesional, solicita incorporación o ascenso de nivel, cuando considera que cumple todos los requisitos. Realiza una autoevaluación de sus méritos de actividad asistencial y perfeccionamiento que presenta a la Comisión de Evaluación que resuelve motivadamente la solicitud que realiza cada profesional y su decisión es vinculante para el SNS-O.

Cada una de ellas (Atención Primaria, Especializada,...) está integrada por ocho miembros: cuatro los designa el SNS-O y los otros cuatro se designan entre el colectivo de facultativos (tres de la Junta Técnico Asistencial y uno de la Comisión de Personal).

### Resultados Carrera Profesional

Referidos al Área de Pamplona, no a toda Navarra, la adscripción de facultativos por niveles a 28 de febrero es:

|                  | I    | II    | III   | IV   | V    | TOTAL |
|------------------|------|-------|-------|------|------|-------|
| Nº. facultativos | 13   | 72    | 95    | 21   | 22   | 223   |
| % facultativos   | 5,83 | 32,29 | 42,60 | 9,42 | 9,86 | 100   |

La asignación o ascenso de nivel se produce siempre con fecha 1 de enero. Se ha evaluado por tanto únicamente a los profesionales que hubieran podido asignar o ascender de nivel en 01-2000 y en 01-2001 con los siguientes resultados:

- Asignación de nivel realizada: 15.
- Ascenso de nivel:
  - Profesionales que cumplían el periodo de permanencia y podían solicitar el ascenso: 60
  - Profesionales que han solicitado ascenso de nivel: 47 (78%):
    - \* Aceptadas: 43 (91%)
    - \* Desestimadas 4 (9%). Todas ellas por no cumplir requisito perfeccionamiento y actualización.

Consideraciones: la evaluación de la actividad asistencial ha sido favorable en todos los casos ya que el 99 se consideraba una situación excepcional que se resolvió con un trámite burocrático y la del 2000, dado que el Decreto que regula la carrera es de diciembre de 2000, se decidió que todos los EAP cumplieran el mínimo (60% objetivos). En realidad la primera evaluación sería la del 2001; la del 2002 se está cerrando en este momento.

### CONCLUSIONES

La corta vida de la carrera profesional de Navarra (enero 2000) dificulta/imposibilita conclusiones.

El hecho de no partir de cero ha condicionado, sin duda, el modelo.

La carrera profesional puede y es una buena herramienta siempre y cuando la política de gestión de personal sea coherente con el sistema de motivación, incentivación y reconocimiento.

Para establecer baremos precisos de actividad asistencial, son necesarios indicadores y herramientas que permitan la evaluación de resultados por profesional y equipo. Hoy evaluamos a los EAPs con una herramienta mejorable.

La carrera profesional hoy está logrando una mayor implicación del profesional médico:

- En nuestros objetivos del Plan de Gestión: Oferta de Servicios, utilización de recursos y planes de mejora internos.
- En que determinados profesionales poco preocupados por la formación continuada estén cambiando.

La inexistencia de carrera para el resto de profesionales está generando cierto malestar.

En Navarra se está desarrollando la carrera profesional. La evaluación de resultados del Plan de Gestión de los EAPs de Atención Primaria va ligado a incentivos económicos.

Al ser los primeros pasos, las conclusiones serán más fiables a medio-largo plazo.

## PLAN DE COMUNICACION INTERNA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

*Domingo Coronado*  
Director Gerente del Hospital  
Universitario JM. Morales Meseguer

### INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad de organizaciones. Los seres humanos nos unimos en grupos afines para defender nuestras ideas, llevar a cabo proyectos, generar, crear, producir..., en definitiva, necesitamos de los otros para desarrollarnos.

La comunicación interna en una organización es un vehículo transmisor de los valores de la misma, y es la condición necesaria para desarrollar una "cultura organizativa", resolver adecuadamente los conflictos y mejorar el clima laboral. La forma de comunicarse de las organizaciones no solo redundan en la misma en su conjunto, sino también en cada una de las personas que la componen.

Generar, procesar y transmitir información es la actividad más importante que lleva a cabo una organización. Pero "transmitir información" es mucho más fácil que comunicarse. Comunicar es inter-cambiar, asumir el riesgo de tener que cambiar.

### ENCUESTAS DE CLIMA LABORAL. DATOS MAS RELEVANTES

Durante el año 1.997 se realizaron varias sesiones de trabajo entre expertos de una consultora externa y trabajadores del Morales Meseguer, para la elaboración de un Plan Estratégico del Hospital. Uno de los trabajos realizados, de los que solo conservamos los resultados, tenía relación con el establecimiento del clima laboral existente en el Centro y en concreto, considerando que las puntuaciones posibles iban del 0 al 5, la tabla resultante era la siguiente:

|  |     |
|--|-----|
| Desarrollo Profesional                           | 1,2 |
| Comunicación interna<br>Orientación a objetivos. | 2,3 |
| Estrategia global                                | 2,8 |
| Calidad  | 3,3 |
| Consistencia institucional.                      | 4,1 |

La interpretación de las puntuaciones iban desde la indiferencia o falta de políticas activas de la dirección, entre 0-2,5, pasando por 2,5-4, tibias iniciativas para su desarrollo por parte de la dirección, hasta 4 ó más puntos en que se consideraba que existía un apoyo y/o adhesión decidida por parte de la dirección.

Durante el año 2.002, otra consultora externa realiza por encargo de la dirección del Centro un informe de situación con los siguientes contenidos:

- A) Satisfacción general con el trabajo.
- B) Satisfacción con el funcionamiento general del Hospital.
- C) Comunicación interna en el Hospital.
- D) Relaciones con los superiores inmediatos y direcciones.

La metodología y las fichas técnicas están en poder del Hospital y dada la extensión del trabajo sólo nos es posible recoger los datos más relevantes en cada uno de los apartados anteriormente citados.

**Satisfacción general con el trabajo**

- Un 63 % de los profesionales afirmó estar totalmente satisfecho ó satisfecho con el desarrollo de su trabajo, frente a un 24,4 % que afirmó todo lo contrario. (El grupo de insatisfechos con su trabajo estaba constituido mayoritariamente por enfermería y personal no sanitario).
- En el 60 % de los casos el profesional deseaba “nada” o “poco” cambiar de lugar de trabajo.
- El grupo de encuestados respondió que merece la pena “nada” o “poco” esforzarse en el trabajo en un porcentaje del 33,1 %, frente a un 57,5 % que respondió con actitud motivada.
- Un 59 % estuvo “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con el hecho de conseguir cosas importantes con el desarrollo de su trabajo, en tanto que el 27,4 % mantuvo todo lo contrario.
- Un 76,1 % de los profesionales estuvo “de acuerdo o totalmente de acuerdo” con la idea de estar dispuesto a esforzarse para mejorar el Hospital. No obstante, un 12,6 % no compartió estas ideas.
- La mayoría de los profesionales opinaron negativamente sobre la equidad del sistema de recompensas relacionándolo con el esfuerzo y el trabajo bien hecho (76,4%).
- Por último, un 52,7% de los encuestados consideró que el ambiente de trabajo entre los profesionales era “bueno o muy bueno”, frente a un 27,8% que lo definió como “malo o muy malo”.

**Satisfacción con el funcionamiento general del Hospital**

- En el 47,5% y el 67,6% de los casos, los profesionales mostraron su insatisfacción por su participación en la toma de decisiones que afectan a su Servicio y en las decisiones que afectan al Hospital.
- Los encuestados mostraron mayor porcentaje de satisfacción con la coordinación existente entre los profesionales que trabajan juntos diariamente (64,6%), que con la coordinación con otras unidades o servicios del Hospital (35,2%).
- Un 57,1% de los profesionales afirmó estar satisfecho con la claridad con la que están definidas sus funciones dentro del Servicio.
- El 89 % manifestó estar satisfecho con las relaciones entre compañeros de su misma categoría profesional. Este porcentaje descendía hasta el 69,6% cuando la valoración se extendía a las relaciones con los compañeros de otras categorías profesionales.
- Un 72,5% de los profesionales está insatisfecho con la información que ofrece la dirección. Este porcentaje desciende ligeramente hasta el 61%, cuando la valoración hacía referencia a la información que recibe sobre los objetivos que tiene que conseguir.

**Comunicación interna en el Hospital**

- Un 64% de los encuestados se mostró insatisfecho con los procesos comunicativos internos del Hospital, frente a un 18,1% que manifestó estar satisfecho. Cuando se les planteó a los profesionales que valoraran las características de la información en cantidad, claridad, periodicidad, credibilidad, puntualidad, formalidad y distribución, todas recibieron una puntuación negativa.
- Las principales fuentes de información sobre el Servicio que señalaron los encuestados fueron “compañeros”, “superior inmediato” y “sindicatos”. En cambio, las fuentes que

más deberían utilizarse según los profesionales serían "superior inmediato", "Director de Gestión", "Gerente". Por tanto, y a excepción de superior inmediato, las fuentes demandadas para obtener información sobre el servicio fueron distintas a las existentes. Igual afirmación podemos realizar con relación a las fuentes de información sobre el Hospital.

- Los principales canales para recibir información, según los profesionales son "charlas con compañeros", "charla con responsable" y "tablón de anuncios". En cambio, los canales que más deberían utilizarse para recibir información, según los encuestados, eran "reuniones de equipo", "entrevistas con responsables" y "notas interiores".
- Los principales canales utilizados por los profesionales para dar su opinión son "charlas con compañeros", "charla con responsable" y "reuniones de equipo". En cambio los canales que deberían utilizarse para dar la opinión, según los encuestados, eran "reuniones de equipo" y "entrevistas con responsable".
- Un 66,2% de los profesionales manifestó conocer el "Magazines Morales", de los cuales un 60% respondió que sus contenidos se ajustan "nada" o "poco" a sus intereses profesionales, frente a un 20,9% que contestó todo lo contrario.

### Relaciones con superiores inmediatos y direcciones

- No se aprecia ningún tipo de queja generalizada referida a la relación de los profesionales encuestados con sus superiores inmediatos. Por tanto y en líneas generales, cabría concluir que la relación con los superiores inmediatos es aceptable en sus distintas facetas de medición y apenas si existen diferencias intergrupales.
- En contraposición a la valoración de las relaciones con su superior inmediato, la referida a las distintas direcciones sí aportó matices a señalar, pues mientras que las puntuaciones derivadas de los profesionales con responsabilidad de mando muestran una tendencia positiva, las demás categorías profesionales lo hacen de forma negativa.

### ASPECTOS DESTACABLES DE NUESTRO HOSPITAL Y PORQUÉ UN PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA

En los dos estudios realizados (mas consistente el segundo), los profesionales muestran de manera permanente una aceptable satisfacción con su actividad laboral, un importante compromiso con la institución y una buena disposición y motivación para el cambio. Sin embargo se quejan de falta de políticas de incentivos y desarrollo profesional, falta de participación en la toma de decisiones acerca del funcionamiento de los Servicios y del Hospital, así como una deficiente comunicación interna. Todo ello repercute en un desconocimiento generalizado de sus objetivos asistenciales y de las expectativas de los mandos respecto a su rendimiento laboral.

En todo el discurso de los profesionales también se manifiesta de manera reiterada la consistencia institucional y el grado de vinculación y compromiso con los fines y objetivos del Centro. Esta consistencia institucional se ha mantenido más o menos constante en el tiempo, aunque también la mayoría de los profesionales se quejan de la falta de políticas de incentivos, desarrollo profesional y denuncian una deficiente comunicación interna, tanto descendente, como ascendente y horizontal.

Está claro que esa consistencia institucional no va a ser eterna y que la cantidad de profesionales insatisfechos y poco motivados en su trabajo (actualmente cerca de la cuarta parte), podría aumentar exponencialmente si no hacemos propuestas para solucionar las deman-

das los profesionales: participación, gestión de la motivación y promoción de la autonomía y desarrollo profesional.

**INDICADORES DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA.**

*Información del funcionamiento general de la institución.*

1. Número de Boletines Estadísticos y Cuadros de Mandos Integrales editados en un año.
2. Publicación del Contrato Anual de Gestión.
3. Resultados de la encuesta anual de satisfacción sobre información general del funcionamiento del Hospital.

*Balance y Memoria Anual.*

1. Realización y difusión del Balance Anual.
2. Realización y difusión de la Memoria Anual.

*Información funcional y operativa.*

*Políticas institucionales.*

1. Número de políticas institucionales elaboradas por el Hospital en un año.
2. Existencia del catálogo de políticas institucionales.
3. Accesibilidad del catálogo de políticas institucionales.
4. Encuesta anual sobre el conocimiento que tienen los profesionales de las políticas institucionales.

*Información sindical.*

1. ¿Estás satisfecho, en general, con la información general que te llega?
2. ¿Conoces los acuerdos que alcanzan los sindicatos?
3. ¿Por qué medio? Tablón de anuncios general, tablón de anuncios sindical, magazines morales, nota interior, oral a través de compañeros.
4. Número de notas interiores y anuncios en el tablón generados por los sindicatos en un año.

*Junta Técnico Asistencial.*

1. Número de notas interiores y anuncios en el talón generados en el año por la JTA.
2. Resultados de la encuesta anual.

*Comisión Mixta.*

1. Numero de notas interiores y anuncios en el tablón generados en año por la CM.
2. Resultado de la encuesta anual.

*Comité de Seguridad y Salud.*

1. Número de notas interiores y anuncios en el tablón generados este año por el CSSL.
2. Resultados de la encuesta anual.

*Información administrativa.*

1. Existencia de un catálogo de procedimientos administrativos actualizado.
2. Resultados de la encuesta anual.



*Manual de acogida.*

1. Existencia de un Manual de Acogida actualizado.

*Magazines Morales.*

1. Número de MGZ publicados en un año.
2. Encuesta de satisfacción con el MGZ.

*Páginas amarillas.*

1. Existencia de unas páginas amarillas del Hospital actualizadas anualmente.

*Tablón de Anuncios.*

1. Respuesta a la encuesta de satisfacción.

*Buzón de sugerencias.*

1. Existencia de buzones de sugerencias para personal.
2. Número de sugerencias recibidas en un año.
3. Encuesta anual.
4. Existencia de buzones de sugerencias para usuarios.
5. Número de sugerencias recibidas en un año.
6. Encuesta anual de satisfacción del usuario.

*Programas de sugerencias.*

1. Número de sugerencias recibidas en un año.
2. Encuesta.

*Ciclos de Mejora.*

1. Existencia de un catálogo de ciclos de mejora.
2. Número de ciclos de mejora de la calidad conocidos por el Gabinete de Comunicación Interna.
3. Número de informes de ciclos de mejora.
4. Encuesta.

*Comisiones Asistenciales.*

1. Número de Comisiones Asistenciales con acta documentada realizadas por un Servicio/Unidad en un año, clasificadas en organizativas y docentes.
2. Número de Comisiones Asistenciales Interdisciplinarias con acta documentada realizadas por cada Servicio en un año.
3. Número de Comisiones Asistenciales de Coordinación con Atención Primaria con acta documentada realizadas por cada Servicio en un año.
4. Existencia de acta de composición de la Comisión de Objetivos del Servicio.
5. Número de Comisiones de Objetivos del Servicio realizadas en un año.
6. Número de Comisiones de Dirección realizadas en un año.
7. Número de Subcomisiones de la Dirección de Gestión, Comisión de Celadores, Comisión de Almacén y Comisión de Adquisiciones realizadas en un año.
8. Número de Subcomisiones de Dirección de Enfermería y Comisiones Asistenciales de Enfermería realizadas en un año.

9. Número de Comisiones Médicas, Quirúrgicas, Mixtas, de la Junta Técnico Asistencial, Comisión Central de Garantía de la Calidad y de Comisiones de Calidad Asistencial realizadas en un año.

### **CONCLUSIONES**

El desarrollo del Plan de Comunicación Interna nos parece una magnífica oportunidad para comenzar a solucionar algunas de las demandas más relevantes de los profesionales del Morales Meseguer.

Realizaremos las mediciones anuales de los indicadores descritos y volveremos a realizar la encuesta de clima laboral para seguir mejorando.

EXPERIENCIAS REGIONALES  
DE CALIDAD ASISTENCIAL

M  
E  
S  
A  
8



## LOS SERVICIOS INTERNOS: CLAVE PARA LA CALIDAD DEL SERVICIO.

### AUTORES:

Anza Aguirrezabala I.  
Henández Vera R.  
Hormigo Julio H.  
Navas Pleguezuelos M.  
García Fernández MT.  
Gris Peñas A.

### JUSTIFICACIÓN

El Área de Atención Primaria de Lorca engloba la población de los municipios de Lorca, Águilas, puerto Lumbreras, Totana y Aledo, 131.538 usuarios en total (T.S.I. noviembre 1999).

Para la prestación de servicios sanitarios, en el ámbito de Atención Primaria, la estructura de la organización se desglosa en el Centro de Gestión de la Gerencia de Atención Primaria, 8 Equipos de Atención Primaria, 12 profesionales de Cupo, 3 Servicios Normales de Urgencia, 4 Equipos de Atención Continuada, 6 Unidades de Profilaxis Obstétrica, 5 Unidades de Fisioterapia, 6 Unidades de Salud Bucodental y 1 Unidad de Salud Mental. Entendemos como producto de una entidad sanitaria al conjunto de cuidados de salud, prestados por sus profesionales sanitarios que tienen como principal instrumento, en la asistencia a pacientes, el contacto personal en un contexto específico que definimos como "relación sanitaria".

Toda la estructura sanitaria está, por tanto, dedicada a facilitar un servicio de calidad, que incluye la asistencia basada en una relación sanitaria de calidad. Los protagonistas de la relación son los profesionales sanitarios (el profesional) y los usuarios (el usuario).

Como en toda prestación de servicios, el trabajo de los profesionales resulta determinante en la calidad del servicio prestado, es decir, la capacidad que estos tienen de resolver problemas (según su formación y recursos técnicos disponibles) y de disponer de otros servicios que complementen la atención al usuario por parte de otros profesionales, sanitarios o no sanitarios. Esto implica la necesidad de generar una red de servicios en la que los profesionales sanitarios no trabajan solos y de proveer de recursos a esta red para que pueda ofrecerse un servicio de calidad. Parte de los recursos, profesionales a tiempo total y profesionales asistenciales a tiempo parcial, se dedica a proveer a la red de los servicios internos que necesita para realizar sus funciones generándose estructuras no asistenciales, las Gerencias y en los centros asistenciales labores no asistenciales. Paradójicamente, desde una visión de la organización del trabajo jerárquica-piramidal, y en un entorno en el que los recursos limitados son siempre escasos, tienden a visualizarse estas estructuras más en sus funciones de control y autoridad que en las de servicio a los profesionales para proveer servicios de calidad. Esto explica la desorientación o poca disposición de muchos profesionales cuando se plantea su participación en tareas no asistenciales, por el poco crédito acumulado en nuestro medio para la cultura de gestión participativa de los servicios.

Así interpretamos el sentido de la reflexión realizada en un Consejo de Gestión (órgano de participación de los profesionales) de la Gerencia de Atención Primaria (entidad constituida por el conjunto de profesionales, recursos materiales y entorno normativo-organizativo que presta la asistencia sanitaria de Atención Primaria en el Área de Salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud) en un debate sobre la motivación de los profesionales, de si se valoraba la opinión que los profesionales tenían de la Gerencia.

La Comisión de Calidad del Área analiza la cuestión planteada en el contexto de la relación entre el Centro de Gestión de la Gerencia y las Unidades de Provisión, y decide evaluar y mejorar la calidad de los servicios internos de la Gerencia prestados por el centro de gestión a los profesionales, generando el proyecto "Calidad de los Servicios Prestados por la Gerencia de Lorca" (CASGLOR) que tiene como objetivos:

- generar información para valorar la calidad de los servicios
- generar recomendaciones para mejorar la calidad de los servicios
- medir cambios en la calidad de los servicios

Para ello se ha realizado un estudio, aplicando la metodología SERVQUAL, con el objetivo de conocer el nivel de calidad desde la perspectiva de los profesionales perceptores de los servicios (cliente interno) que les presta el Centro de gestión. Permite detectar el nivel o área donde se presentan las deficiencias en el servicio.

### OBJETIVOS

- Conocer el nivel de calidad, desde la perspectiva de los profesionales perceptores de los servicios (cliente interno), que les presta el Centro de gestión.
- Saber si existe diferencia en la percepción del nivel de calidad, entre las distintas categorías profesionales de los equipos (medicina, enfermería y otros profesionales).
- Evaluar la idoneidad del método SERVQUAL para valorar la calidad de los servicios internos.

### MÉTODOS

Desde la metodología propuesta por el programa de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial se ha orientado este estudio como un ciclo de mejora. Se ha utilizado el método SERVQUAL para evaluar la calidad de los servicios internos en una Gerencia de Atención Primaria.

SERVQUAL es un instrumento desarrollado en un modelo conceptual explicado por los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry en su libro "Calidad Total en la Gestión de Servicios", con fiabilidad y validez contrastadas, que permite conocer la percepción y expectativas que tienen los clientes de un servicio. Se estructura en un cuestionario que mide las expectativas y un cuestionario que mide la calidad percibida, compuesto cada uno por 22 criterios, que se valoran de 1 a 7. Además, un cuestionario sobre la importancia relativa de los criterios de calidad que hacen referencia a las siguientes dimensiones de calidad:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación que utiliza la Gerencia.
- Fiabilidad: Valoración del cliente sobre la realización del servicio de forma segura y cuidadosa.

- Capacidad de respuesta: Rapidez y disposición de ayuda ante las necesidades expuestas por los clientes.
- Seguridad: conocimientos, trato amable y confidencialidad de los trabajadores del Centro de Gasto.
- Empatía: capacidad de los trabajadores del Centro de Gasto de ponerse en el lugar del cliente, ofreciendo una atención individualizada.

La calidad del servicio (modelo SERVQUAL) viene medida por las puntuaciones sobre expectativas y percepciones del usuario en torno a las 22 declaraciones estructuradas en cinco criterios (dimensiones) y la importancia que le adjudica a cada criterio. La puntuación SERVQUAL ponderada (suma de diferencias entre percepción y expectativa de cada declaración integrada en un criterio, ponderada según la importancia de criterio) establece el potencial de mejora en cada criterio. El cuestionario autoadministrado ha sido respondido por el conjunto de los profesionales de la Atención Primaria del Área en dos evaluaciones con 18 meses de diferencia entre ellas, valorando la calidad de los servicios de la Gerencia en su conjunto. La presentación del cuestionario, su recogida y la mecanización de los datos se realiza por una entidad independiente de la Gerencia y del equipo investigador. Se organizaron sesiones en todos los centros de trabajo. Se pasó un primer cuestionario para recoger datos profesionales de los participantes y se cumplimentó el cuestionario SERVQUAL.

Las variables medidas por el cuestionario son la expectativa y percepción (puntuadas entre 1 y 7) en torno a 22 declaraciones, y la importancia relativa (I.R., cada criterio agrupa a un conjunto de declaraciones) de 5 criterios (puntuados entre 1 y 100 con suma de las cinco puntuaciones de 100, valor esperado 20). Además de estas variables se han calculado para cada cuestionario la Puntuación SERVQUAL (P.S. = percepción menos expectativa) y Puntuación SERVQUAL Ponderada (P.S.P. = P.S. por I.R. dividido por 20). Sobre todas estas variables se han calculado las expectativas, percepciones y puntuaciones por criterio (media de declaraciones incluidas en cada criterio) y de forma global (media de todas las declaraciones).

Para el análisis estadístico y la generación de gráficos se han utilizado los programas Epiinfo y Excel. Las pruebas de contraste utilizadas han sido Chi-Cuadrado, *t* de Student, Análisis de Varianza, Test de Kruskal-Wallis, y Correlación Lineal de Pearson, con un grado de significación de 0.05. Para orientar la acción y priorizar las intervenciones se utiliza la "Gráfica para comparar expectativas y percepciones de los clientes".

Para la interpretación de los resultados se ha realizado un estudio con grupos de profesionales que han colaborado con el equipo investigador. El método de trabajo ha sido el de grupos de discusión con las limitaciones metodológicas que ha impuesto el entorno en el que se ha aplicado: conjunto de profesionales de AP en un área de salud. Se han reunido 8 grupos, a los que se les han planteado 4 preguntas y han emitido un informe final resumen de sus aportaciones. Para evaluar a partir de nuestra experiencia la continuidad de la utilización del método se ha efectuado un análisis DAFO. (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades).

Los resultados de la primera evaluación fueron presentados a los responsables de la provisión de servicios y al conjunto de los profesionales. Entre la primera y segunda evaluación sucedieron, las transferencias, curso EMCA a distancia, y nuevos condicionantes en la orga-

nización del trabajo médico por haberse llegado a una situación de pleno empleo y existir muchas dificultades para contratar médicos para cubrir las ausencias reglamentarias de los médicos, hechos que, independientemente del desempeño de la Gerencia, pueden influir en la valoración que hacen los profesionales.

## RESULTADOS

El número final de cuestionarios procesados fue de 226 en la primera evaluación y 180 en la segunda (Gráfico 1). Se ha producido un mayor descenso de participación entre profesionales de EAP, del grupo A y entre propietarios.

### *Resultados de la primera evaluación*

Las expectativas globales han sido de 5.097, y la percepción global de 4.098. La puntuación SERVQUAL global ha sido -1.773. La puntuación SERVQUAL ponderada global ha sido de -1.915 (Gráfico 2).

Estas puntuaciones no han estado significativamente relacionadas con la Edad, el Sexo, la Situación Laboral o la Experiencia en Otras Áreas de los encuestados. Si han variado significativamente ( $p < 0.05$ ) en función de la Zona de Salud de trabajo, la Unidad de Provisión, el Grupo Profesional, el ser o no ser Sanitario, la Jornada Laboral y la Antigüedad en el Área. La importancia media de los criterios evaluados fue: "1:Elementos tangibles"= 13.53, "2:Fiabilidad"= 25.33, "3: Capacidad de respuesta"= 23.83, "4: Seguridad"= 18.76, y "5: Empatía"= 18.96.

Las expectativas (Gráfico 3), percepciones, puntuaciones SERVQUAL y SERVQUAL ponderada fueron:

- (1) 5.28, 4.62, -0.691 y -0.48,
- (2) 6.02, 3.81, -2.212 y -2.78,
- (3) 5.99, 4.06, -1.938 y 2.44,
- (4) 6.04, 4.27, -1.762 y -1.63,
- (5) 6.02, 3.95, -2.46 y -1.99.

Todas las diferencias fueron significativas excepto entre los criterios 2 y 5 y 3 y 5. La importancia de los criterios no ha estado relacionada con los datos profesionales, salvo el criterio 1, relacionado con "ser/no ser sanitario" y con "Grupo profesional". Las puntuaciones están significativamente relacionadas con "Zona de Salud", "Unidad de Provisión", "Grupo Profesional", "ser / no ser Sanitario" y "Jornada Laboral".

### *Resultados de la segunda evaluación*

La puntuación media de las expectativas en las dos evaluaciones es alta (5,907 y 5,73 respectivamente) no habiendo entre ambas diferencia significativa. La puntuación media de las percepciones ha sido similar (4,098 y 4,06). Las diferencias en las puntuaciones SERVQUAL (-1.773 y -1.663) y SERVQUAL ponderada (-1.915 y -1.826) no han sido significativas.

De igual forma no ha habido cambios en cuanto a la valoración de la importancia relativa de cada criterio de calidad. Las expectativas en cuanto al criterio capacidad de respuesta bajan significativamente (5.99 y 5.74), al igual que descienden las expectativas en 20 de las



22 declaraciones, en seis de ellas de forma significativa, dibujando un perfil de respuesta muy similar pero algo por debajo en la segunda evaluación con respecto a la primera (Gráfica 4). Las variaciones en las percepciones y puntuaciones de las declaraciones no han sido significativas (Gráficas 5 y 6).

Por grupos se produce un descenso en las expectativas entre las mujeres (6.04 y 5.8) y los trabajadores de la Gerencia( 5.82 y 5.45) y percepciones en los trabajadores de la Gerencia (5.03 y 4.57) y entre los no sanitarios (4.56 y 4.12).

### CONCLUSIONES

La participación ha sido elevada. El descenso de participación en la segunda evaluación se puede interpretar como un signo de menor motivación, o de un clima más negativo con respecto a la gestión de la Gerencia, o simplemente a cuestiones de facilidad de acceso a la cumplimentación del cuestionario. No se ha realizado un estudio sobre los no contestadores. Los criterios con mayor potencial de mejora (PSP) son "Fiabilidad", "Capacidad de respuesta" y "Empatía".

El análisis del gráfico de expectativas-percepciones, y las puntuaciones ponderadas seleccionan seis declaraciones con mayor potencial de mejora expresadas a continuación como objetivos:

- Hacer lo que se promete.
- Concluir la prestación del servicio en el tiempo prometido.
- Comprender las necesidades específicas de los componentes de los equipos.
- Ofrecer un servicio rápido a los componentes de los equipos.
- Mostrar un sincero interés en solucionar problemas.
- Preocuparse por los mejores intereses de los equipos.

Hay diferencias significativas entre las declaraciones dentro de cada criterio y entre los distintos colectivos de profesionales.

En la segunda evaluación se producen pocas variaciones, siendo significativo el descenso de las expectativas en el conjunto de profesionales, y el de percepciones solo en algunos colectivos, los de percepción más elevada en la primera evaluación. Las diferencias tan genéricas son interpretadas más como la variación del clima emocional de los profesionales con respecto a la organización, pues sin duda se han producido cambios significativos en este contexto, que por variaciones en la valoración de los servicios de la Gerencia que se reflejarían como cambios más específicos en determinadas dimensiones de calidad.

Sobre la utilización del método SERVQUAL en la valoración de la calidad de los servicios internos, se concluye que:

- Es un método muy consistente, que ayuda a orientar las medidas correctoras.
- Precisa de valoración cualitativa complementaria.
- Es complejo de analizar
- No parece que su aplicación para valorar globalmente a la Gerencia como prestadora de servicio sea una estrategia de uso adecuado, por la dificultad de establecer medidas correctoras en este nivel en los plazos de un estudio.
- Su aportación ha sido sobre todo pedagógica.

- Se han desarrollado herramientas para facilitar el análisis y la presentación de resultados.
- Se ha sensibilizado a todos los agentes sobre la importancia de los servicios internos en la provisión de servicios de calidad.
- Proponemos la utilización del método para evaluar el impacto de intervenciones, o la monitorización de calidad de servicios, sobre clientes clave.

**FINANCIACIÓN:** Este estudio está financiado con una ayuda a la investigación del programa EMCA concedida por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

GRAFICOS

Gráfico 1

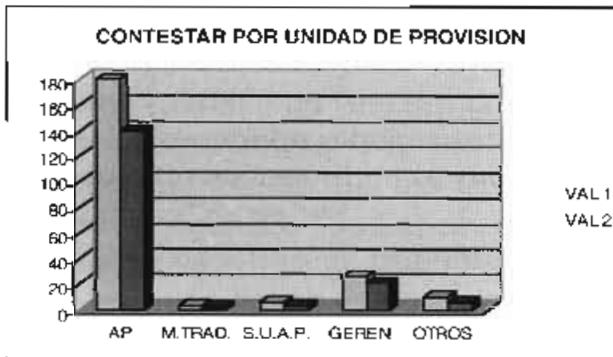


Gráfico 2

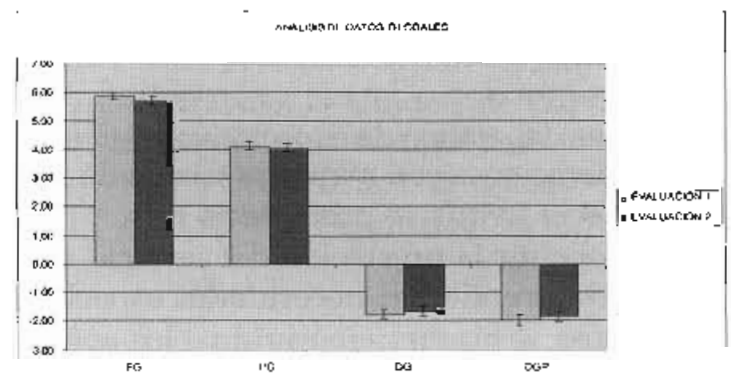


Gráfico 3

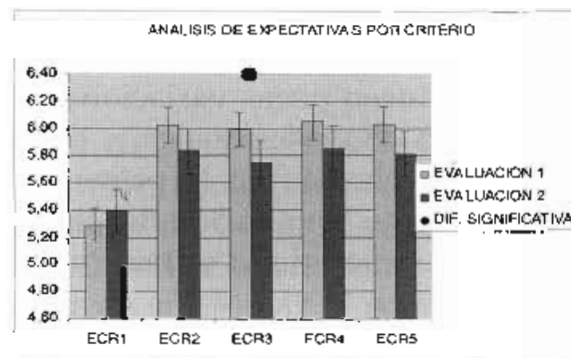


Gráfico 4

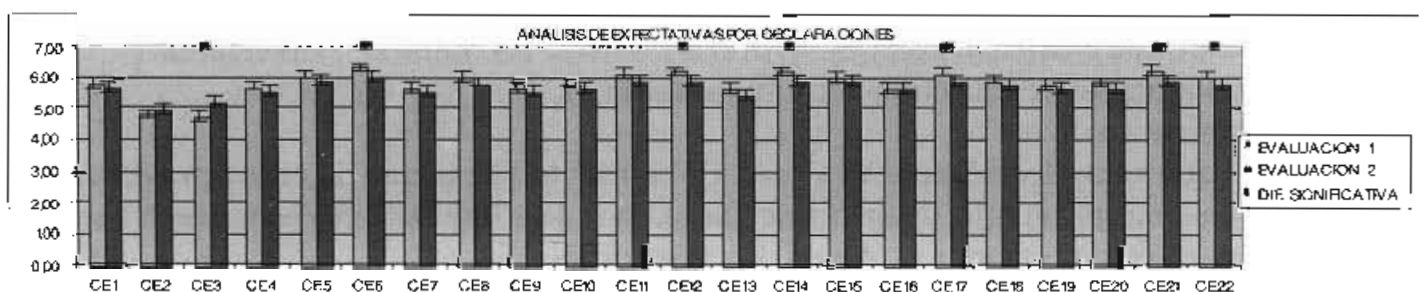


Gráfico 5

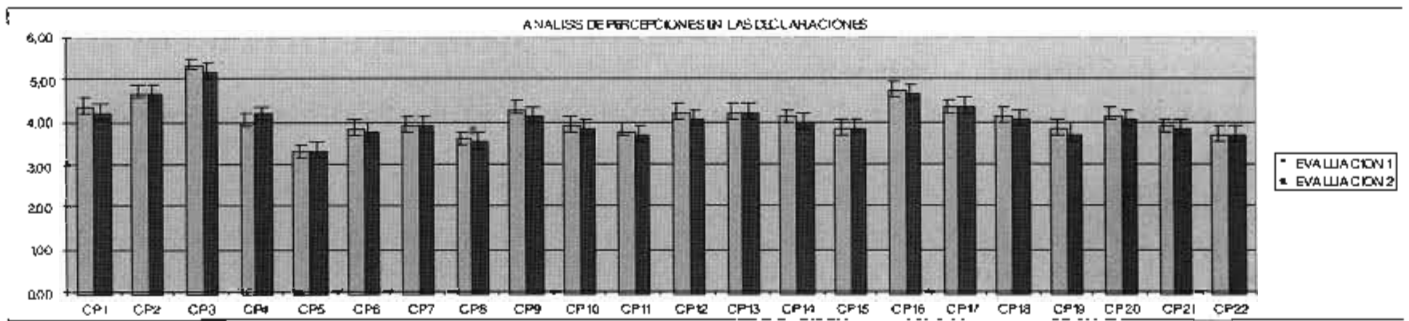
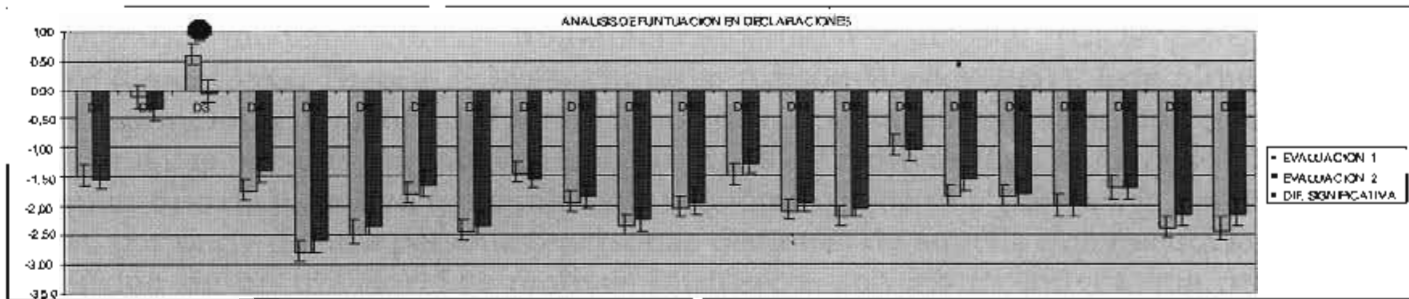


Gráfico 6



## ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL EN EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

### AUTORES:

Sánchez Nieto, JM.  
Cos Zapata, G.  
Carrillo Alcaraz, A.  
Abad Corpa, E.  
Alcaraz Martínez, J.  
Garijo García, Y.

### INTRODUCCIÓN

La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades. La polémica surge cuando se quiere concretar cuáles son las necesidades. Para ello existen varios modelos teóricos, fundamentalmente, mecanicistas, psicológicos y antropológicos (Ouchi WG. Theory Z. Massachusetts: Adison-Wesléy 1981). Este último es el que mejor explica los fenómenos de identificación de las personas con las organizaciones. Según esta teoría, las personas se mueven por tres tipos de motivos. Los motivos extrínsecos son cualquier tipo de incentivo (generalmente económico) que se atribuye a la realización de la acción, por parte de otra persona o personas distintas, de aquella que ejecuta la acción (ej.: retribución de un trabajo). Los motivos intrínsecos son los incentivos que provienen de cualquier resultado de la ejecución de la acción para la persona que la realiza y que depende tan sólo del hecho de realizarla (ej.: el aprendizaje, la creatividad...). Los motivos trascendentes son los incentivos que provienen de los resultados que la acción produce en otras personas distintas de quien ejecuta la acción (ej: la satisfacción de producir bienestar a otra persona). La proporción en que estos motivos están presentes en la motivación humana constituye la estructura motivacional del individuo. Lo habitual es que coincidan los tres motivos en cualquier tipo de acción, aunque el peso de cada tipo difiere en cada profesional. Esta estructura motivacional interactúa y se modifica según la forma en que la organización satisface los motivos de los profesionales. De forma, que en el modelo antropológico, la medida en que la organización satisface los componentes de la motivación de sus miembros se denomina estructura compensatoria. La interacción de los tres niveles de la estructura motivacional y compensatoria configuran el compromiso o vínculo del individuo con la organización. Por tanto, existen tres niveles de compromiso o vínculo: extrínseco, intrínseco y trascendente. Finalmente, de la interacción de los niveles de compromiso surge la dedicación, que en este contexto, se refiere a aquellos comportamientos beneficiosos para la organización que no son exigibles contractualmente.

En la organización sanitaria y desde la "perspectiva antropológica" la estructura motivacional, la medida en que la organización satisface sus motivos (estructura compensatoria) y la interacción entre ambas, se infiere la importancia, tanto de la responsabilidad de los que diseñan o regulan los incentivos, como de la respuesta en que los profesionales responden a los incentivos existentes.

Uno de los principales problemas detectados en los últimos años por los analistas del sistema sanitario público se deriva de la gestión de Recursos Humanos. En 1991, la Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario ("Informe Abril"), señalaba ya la difi-

cultad para la incorporación de criterios y sistemas de actuación que permitan la introducción de mejoras en los niveles de productividad y eficiencia, constatando a la vez el alto nivel de desmotivación encontrado entre los profesionales sanitarios. A pesar del tiempo transcurrido, la situación no parece haber cambiado sustancialmente.

La desmotivación es un fenómeno multifactorial, donde destaca entre otros elementos la inexistencia de un modelo retributivo que incentive los esfuerzos diferenciados vertidos hacia la organización y la ausencia de carrera profesional. Pero más allá de las cuestiones económicas o competenciales, para hacer frente a los desafíos del futuro, y al compromiso ineludible de optimizar la eficiencia y potenciar la calidad asistencial, es necesaria la complicidad de todos los profesionales, de su imaginación y entusiasmo. Estos componentes han de lograrse por medio de aquellos factores que la organización puede y debe desarrollar, los factores motivadores intrínsecos, que son los de mayor peso, especialmente, el reconocimiento de la labor realizada y el sentirse parte de un proyecto.

Por otro lado, las instituciones sanitarias públicas, en su complejidad, tienen dificultad para concretar un conjunto coherente de objetivos medibles, como se refleja en el desarrollo y aplicación de los contratos-programa que además, solo contemplan los factores motivadores extrínsecos, sin duda, los de menor importancia dentro de la estructura motivacional de los profesionales sanitarios. Éstos han generado incertidumbre entre los directivos, aumentando el "ruido" y dificultando la utilización de incentivos formales de cierta intensidad. El compromiso imperfecto surgido de la amenaza y promesas para los profesionales, son un serio problema para la consolidación de las estrategias de incentivación profesional. Se han realizado estudios para medir los distintos conceptos relacionados con la motivación del individuo dentro de la organización en diferentes ámbitos, no sanitarios.

A las puertas del siglo XXI, la Calidad asistencial se enfrenta al reto de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público que debe ser capaz de satisfacer las crecientes expectativas y necesidades de los usuarios con unos recursos necesariamente limitados. Sin embargo, se cae en la actitud reduccionista de considerar la calidad como la satisfacción del paciente sin tener en cuenta que en ella influye significativamente la actitud de los profesionales. Se ha avanzado en la medición de la opinión y satisfacción de los pacientes, mediante la incorporación rutinaria de métodos prospectivos para conocer la calidad percibida, sin embargo es minoritario el uso de sistemas para conocer la opinión y satisfacción de los otros protagonistas, los profesionales. En un entorno sociosanitario cada vez más exigente, es necesario mejorar una de las dimensiones de la calidad, la eficiencia, y debemos dirigir nuestros esfuerzos a la medición y mejora de la motivación de los profesionales como principal activo y elemento clave para optimizar la eficiencia del sistema sanitario. Una vez que conozcamos el "clima laboral" de nuestra organización es necesaria en una segunda actuación diseñar acciones de mejora para corregir los defectos o implementar y mantener las excelencias.

En el año 2000, la sociedad española dedicó 4,4 billones de pesetas a gasto sanitario (26.646 millones de ₧). En el territorio INSALUD (no transferido) se produjeron más de 1 millón de ingresos hospitalarios y más de 21 millones de consultas. Este volumen de coste y actividad fue realizado por 72.000 trabajadores sanitarios, de los cuales 30.373 eran del colectivo de

enfermería (lo que representa un 42%). La conducta de éstos profesionales será determinante en el número, tipo, calidad, coste y resultados de los procedimientos. Por tanto, conocer la motivación del colectivo más numeroso de profesionales del sector sanitario, es una tarea relevante. Llama la atención la escasez de estudios sobre motivación en profesionales relacionados con la sanidad, especialmente de Enfermería. Todos los estudios realizados encuentran varias constantes en la insatisfacción laboral: las escasas oportunidades para el desarrollo profesional, la falta de participación en las decisiones y la falta de reconocimiento o de sentirse parte de un proyecto de organización. La implicación entre motivación de los profesionales y calidad asistencial es incuestionable. La interacción entre ambas tiene las características de una relación sinérgica en la que la mejora de uno de los elementos redundará en beneficio del otro. Introducir medidas encaminadas a mejorar la motivación debe redundar en la mejora de la calidad y eficiencia del sistema.

Nuestro proyecto, pretende analizar la motivación de un colectivo sanitario como el de la Enfermería hospitalaria, al que tradicionalmente se ha infraestimado dentro de la arquitectura organizacional de las instituciones sanitarias y en una segunda fase y en base a los resultados obtenidos diseñar la política de personal que contemple la introducción de medidas correctoras e incentivadoras que mejoren finalmente la calidad y la eficiencia de la organización hospitalaria.

**OBJETIVOS GENERALES:** Analizar la estructura motivacional del colectivo de enfermería hospitalaria.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Desarrollar un instrumento de medida: cuestionario validado para medir motivación, compromiso y dedicación en Enfermería.

### METODOLOGÍA

El proceso de elaboración y adaptación de un instrumento de medición, es un proceso reiterativo hasta conseguir un nivel de fiabilidad y validez satisfactorios.

*1ª fase:* validación cuestionario para medir motivación:

- A) adaptación de cuestionario para medir motivación en médicos®: el cuestionario para medir motivación en enfermería ha sido elaborado a partir de la adaptación de un cuestionario destinado para tal fin en médicos, basado en el modelo antropológico.
- B) Validación cuestionario.
  - Grupos focales de discusión. Cada grupo formado por cinco enfermeras/os de hospitales a las que se les preguntaba la opinión sobre la motivación en su profesión de forma general y en particular, establecer los datos sociodemográficos que debían figurar y adaptar los ítems del cuestionario de médicos para enfermería. Cada miembro del grupo leía bloques de cinco ítems, los contestaba y escribían los comentarios acerca de ese bloque de ítems y a continuación se expresaban las opiniones en voz alta. El grupo era moderado por una psicóloga y dos personas más anotaban los discursos generados en la reunión
  - Trabajo de campo: - Se repartieron 300 cuestionarios (50 por cada hospital) en diez hospitales de la Comunidad de Madrid, para calcular la validez aparente, de contenido, de criterio y de constructo (análisis factorial y regresión lineal múltiple). La fiabilidad del cuestionario se analizó la consistencia interna con el test  $\alpha$  de Cronbach (considerando una fiabilidad aceptable con  $\alpha \geq 0,7$ )

- Elaboración final del cuestionario

**2ª fase:** Presentación plenaria del proyecto y explicación de los cuestionarios a la Dirección de Enfermería y Supervisores/as de área. Distribución y cumplimentación de los cuestionarios entre el colectivo de enfermería del Hospital Morales Meseguer

**3ª fase:** análisis resultados.

Estadística: cálculos fiabilidad/validez mediante análisis factorial, regresión lineal múltiple. Media aritmética, mediana, desviación típica, T Student, P Pearson, test ANOVA.

## RESULTADOS

**1ª fase:**

A). adaptación de cuestionario para medir motivación en médicos@:

Elaboración de nueva hoja de recogida de datos sociodemográficos. Sustitución de términos. Supresión de siete ítems. Modificación de 20 enunciados. Ampliación a 4 ítems nuevos

B) Validación de cuestionario: 6 hospitales (C.A. Madrid) y 190 cuestionarios cumplimentados correctamente (63,3%).

Validez aparente: porcentaje total de pérdidas 0,5%. Lo que indica excelente comprensión de los ítems

Validez contenido: No existen enunciados en los que más del 80% de los encuestados contesten a una misma opción de respuesta, por lo que los enunciados tienen sensibilidad para discriminar entre diferentes grados de motivación.

Fiabilidad: y validez de constructo: índice concordancia  $>0,7$ . y significación de Bartlett 0.000

Elaboración final del cuestionario: Cuestionario anónimo de 58 ítems, con aseveraciones mezcladas aleatoriamente para evitar la cumplimentación automática, escala Likert (0-5) que exploran motivación, compromiso, compensación y dedicación. Una pregunta múltiple sobre los tres planos del compromiso.

**2ª fase:** 338 cuestionarios, 174 respuestas (51,5%).

**3ª fase:** 171 encuestados, 48 varones (27,6%), 123 mujeres (70,7%). Media edad  $34,1 \pm 7,1$ .

Áreas de trabajo: Urgencias 16 (9,6%), UCI 24 (14,5%), Consultas 8 (4,8%), Centrales 32 (19,3%), Clínicos 86 (51,8%). Contrato: fijos 84 (48,8%), temporales 50 (29,1%), interinos 38 (22,1%). Turno: fijo 50 (29,4%), rotatorio 120 (70,6). Años trabajados:  $10,7 \pm 6,7$ . Años trabajados en el hospital:  $4,5 \pm 2,2$ . Resultados: puntuación vínculos (escala 1-10): económico (VE) 4,4, atraktividad trabajo (VT): 6,7, valores internos hospital (VI) 5,0, valores externos hospital (VEx) 6,6. Relación VE según sexo: varones  $5,0 \pm 2,6$ , mujeres  $4,1 \pm 2,5$  ( $p=0,040$ ). VI según área: Urgencias  $3,1 \pm 3,1$ , UCI  $3,8 \pm 3,1$ , Consultas  $4,2 \pm 2,2$ , S. Centrales  $6,1 \pm 2,3$ , S. Clínicos:  $5,3 \pm 2,8$  ( $p=0,002$ ). VI según turno: fijo  $5,8 \pm 2,7$ , rotatorio  $4,6 \pm 2,9$  ( $p=0,02$ ).

## CONCLUSIONES

- 1º. El cuestionario para medir motivación en enfermería hospitalaria presenta resultados satisfactorios de validez y fiabilidad.
- 2º. El vínculo menos valorado es el económico.
- 3º. Existen relaciones significativas entre sexo y vínculo económico; y entre turno y área de trabajo con los valores internos de la organización.



## VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA UTILIZACIÓN DEL LABORATORIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

### AUTORES:

Contessotto Spadetto C.  
Gutiérrez Gabriel S.  
Vivancos Fuster JA.  
Cabrera Bravo A,  
Issa Alamat NT.  
Avilés Inglés MJ.  
Beltrán Montalbán R.

### INTRODUCCIÓN

Las pruebas de laboratorio son instrumentos esenciales para el diagnóstico y el seguimiento de una parte muy relevante de la patología atendida en los hospitales. La utilización adecuada de este tipo de recursos, que representan un capítulo muy importante en los gastos corrientes hospitalarios, es fundamental para proporcionar una atención sanitaria de calidad.

La percepción generalizada del personal facultativo implicado en las tareas clínicas del Servicio de Urgencias de cualquier hospital, es que en los últimos años se está produciendo un constante aumento del uso de pruebas complementarias y que existen diferencias importantes en los patrones de petición analítica ante indicaciones teóricamente similares. Numerosos datos bibliográficos respaldan actualmente dichas observaciones, demostrando además que la petición inapropiada de análisis clínicos es una de las razones principales de la sobreutilización del laboratorio.

Entre los factores responsables de la variabilidad de la práctica clínica en este ámbito, se encuentran la incapacidad del médico de estimar las características de rendimiento de la prueba solicitada, la interpretación incorrecta de los resultados de la misma y los rápidos avances tecnológicos, que constituyen un auténtico reto para que el clínico se mantenga actualizado sobre las estrategias diagnósticas más efectivas.

El uso inapropiado del laboratorio requiere la puesta en marcha de medidas correctoras debido a varias razones. En primer lugar por las molestias injustificadas causadas al paciente, a menudo agravadas por la obtención de resultados falsos-positivos que dan pie a preocupación innecesaria y a ulteriores investigaciones. En segundo lugar, porque las pruebas analíticas son el típico ejemplo de tecnología de bajo costo que, sin embargo, por su uso extensivo, supone un gasto importante para el sistema sanitario. Por último, porque la inadecuación en el uso del laboratorio se asocia con frecuencia a otras ineficiencias en la prestación de servicios médicos, por lo que su identificación puede proporcionar nuevas oportunidades de mejora en otras áreas de la atención sanitaria.

La literatura médica recoge extensa información sobre diferentes tipos de intervención dirigida a mejorar el hábito del médico de pedir análisis complementarios y, por tanto, racio-

nalizar la utilización del laboratorio: programas educativos, desarrollo e implementación de guías clínicas, realización de auditorías, incentivación económica, provisión de información de retorno al médico peticionario sobre el número y coste de las pruebas solicitadas, etc. La práctica totalidad de estas técnicas han cosechado tantos éxitos como fracasos, resultando de escasa utilidad para el diseño de nuevas y más eficaces estrategias fuera del ámbito de realización de los estudios originales.

Con el fin de determinar la envergadura del problema en cuestión en nuestro medio, en el presente estudio se han evaluado los patrones de petición de los principales parámetros analíticos hemato-bioquímicos cursados desde el Servicio de Urgencias del hospital "Los Arcos", antes y después de la implantación de una serie de medidas correctoras orientadas a racionalizar el uso de los recursos diagnósticos de laboratorio por los facultativos que atienden a los pacientes en este área. Los objetivos principales fueron:

- 1º. Identificar los errores más frecuentes en los procesos de indicación y realización de pruebas de laboratorio;
- 2º. Elaborar e implementar las correspondientes intervenciones para paliarlos;
- 3º. Medir los efectos de las actuaciones llevadas a cabo sobre los hábitos diagnósticos del Centro.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se revisaron las copias de los informes clínicos entregados en el Servicio de Urgencias a lo largo de 21 días no consecutivos, escogidos de manera aleatoria en los 6 meses previos a la puesta en marcha de las actuaciones dirigidas a fomentar el uso racional de las peticiones urgentes de análisis clínicos. La misma operación se efectuó nuevamente a los 6 meses de finalizar la fase de implementación de una serie de medidas correctoras de las principales deficiencias evidenciadas, para evaluar los efectos de las mismas. Del total de pacientes vistos en Urgencias en los dos periodos considerados, se excluyeron los que habían sido atendidos por especialidades quirúrgicas (Traumatología, Cirugía General, Ginecología), así como aquellos que no habían sido sometidos a ningún tipo de exploración diagnóstica complementaria de laboratorio. Las variables recogidas fueron, entre otras: los síntomas principales por los que el paciente había acudido al hospital, las pruebas complementarias que se habían practicado y el diagnóstico final.

Según el tipo y grado de las molestias referidas, los pacientes fueron agrupados en los cuadros sindrómicos que aparecen resumidos en la tabla I, en la cual se evidencia también la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los grupos de patología pre y post-intervención.

Una vez seleccionados los casos a estudiar, se procedió a extraer de los archivos informáticos del laboratorio la información relativa a los análisis efectuados en cada uno de ellos. Esta tarea resultó mucho más sencilla y fiable en la fase de reevaluación, tras la implantación del uso rutinario obligatorio de etiquetas identificativas impresas por ordenador en el volante que acompaña la muestra a analizar. Esto permitió la fácil atribución de cada análisis al enfermo de procedencia, gracias al nombre mecanografiado y sobre todo al ICU (número de identificación de usuario), cosa que no fue posible lograr en un número importante de casos en el primer periodo de estudio. A este punto, dos miembros del equipo investigador evaluaron la adecuación de la indicación de cada parámetro solicitado en una muestra representativa de la población estudiada, sobre la base de estándares admitidos en

TABLA I: Motivos de consulta a Urgencias.

| SINTOMAS PRINCIPALES  | PRE-INTERVENCION | POST-INTERVENCION |
|-----------------------|------------------|-------------------|
| CEFALEA               | 67               | 53                |
| DIARREA               | 40               | 49                |
| DISNEA                | 90               | 97                |
| DISURIA               | 51 *             | 34                |
| DOLOR ABDOMINAL       | 324 *            | 284               |
| DOLOR LUMBAR          | 44               | 61                |
| DOLOR TORACICO        | 92               | 94                |
| FIEBRE                | 246              | 317 *             |
| MAREOS                | 73 *             | 48                |
| FARINGODINIA          | 25               | 32                |
| TOS                   | 52               | 86 *              |
| VOMITOS               | 51               | 55                |
| OTROS                 | 244              | 241               |
| ANALISIS REPETIDOS    | 81               | 53                |
| <b>TOTAL ENFERMOS</b> | <b>1.480</b>     | <b>1.504</b>      |

Chi-cuadrado = 34,20 ( $p < 0,001$ ). \* = diferencia significativa

la literatura (criterios explícitos) o, en su defecto, normas de buena práctica comúnmente aceptadas (revisión implícita).

Tras finalizar la primera fase de recogida de datos, se organizaron reuniones periódicas en el Servicio de Urgencias en las que se dieron charlas de información y concienciación sobre el uso racional del laboratorio, implicando al mayor número posible de facultativos en la actualización de los protocolos existentes y en la elaboración de nueva guías clínicas para algunas patologías cuyo manejo presentaba una amplia variabilidad interpersonal. La implantación de cada protocolo clínico, que quedaba disponible en un archivador en el despacho de los médicos de Urgencias, iba precedida por una o dos reuniones de todo el personal facultativo para asegurar un amplio margen de consenso y aceptación.

Una cuestión metodológica que merece la pena comentar es el cuidado que se puso para evitar el "efecto Hawthorne", es decir la posibilidad que los resultados de una intervención sean producidos por el hecho de que las personas implicadas se saben observadas. Por ello, pese a la constante campaña de fomento del uso correcto de los análisis clínicos, no se proporcionó en ningún momento información sobre las fechas de realización de los cortes de evaluación.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se efectuó mediante contrastes de igualdad de proporciones con el test del chi-cuadrado de Pearson, con la corrección de Bonferroni cuando procediera.

## RESULTADOS

Del los 4.218 pacientes vistos en Urgencias en el periodo correspondiente a la primera fase del estudio, se incluyeron 1.480 enfermos a los que los facultativos de Medicina Interna, Pediatría

y Urgencias les habían solicitado uno o más análisis clínicos en el marco de la atención médica prestada. De esta manera se determinó el patrón basal de utilización de las pruebas complementarias hemato-bioquímicas urgentes: éstas se pedían al 35.1% de los pacientes atendidos, con unos criterios de indicación adecuados en el 73,4% de los casos.

En la fase post-intervención, al cabo de más de 6 meses desde la implementación de guías clínicas de actuación en las patologías más significativas en el Servicio de Urgencias, se revisaron los informes clínicos de otros 1.504 enfermos que cumplían los criterios de inclusión. En este grupo, que representa el 31,7% de los 4.745 sujetos vistos en total en Urgencias en los 21 días considerados, las determinaciones se consideraron indicadas correctamente en el 75.7% de los casos. El análisis estadístico de los datos obtenidos pre y post-intervención evidencia diferencias significativas, tanto en el porcentaje de pacientes en los que se indicaron análisis clínicos como en el porcentaje de adecuación de dichas solicitudes, en ambos casos con una  $p < 0,001$ .

La descripción de los datos numéricos referentes a las principales determinaciones hemato-bioquímicas se detallan en la tabla II, en la que se comparan los resultados pre y post-intervención.

**TABLA II: Tipo y número de determinaciones analíticas solicitadas.**

| PARÁMETROS               | PRE-INTERVENCION<br>(1.480 pacientes) | %    | POST-INTERVENCION<br>(1.504 pacientes) | %    |
|--------------------------|---------------------------------------|------|--|------|
| GLUCOSA                  | 1.006                                 | 68,0 | 1.063                                  | 70,7 |
| UREA                     | 1.001                                 | 67,6 | 1.060                                  | 70,5 |
| CREATININA               | 998                                   | 67,4 | 1.058                                  | 70,3 |
| ACIDO URICO              | 19                                    | 1,3  | 10                                     | 0,7  |
| BILIRRUBINA TOTAL        | 104                                   | 7,0  | 101                                    | 6,7  |
| BILIRRUBINA DIRECTA      | 98                                    | 6,6  | 98                                     | 6,5  |
| COLESTEROL               | 23                                    | 1,6  | 5*                                     | 0,3  |
| HDL-COLESTEROL           | 17                                    | 1,1  | 5*                                     | 0,3  |
| TRIGLICERIDOS            | 23                                    | 1,6  | 5*                                     | 0,3  |
| PROTEINAS TOTALES        | 18                                    | 1,2  | 0*                                     | 0,0  |
| ALBUMINA                 | 9                                     | 0,6  | 0*                                     | 0,0  |
| Na                       | 996                                   | 67,3 | 1.053                                  | 70,0 |
| K                        | 996                                   | 67,3 | 1.053                                  | 70,0 |
| Ca                       | 28                                    | 1,9  | 31                                     | 2,1  |
| Fe                       | 18                                    | 1,2  | 0*                                     | 0,0  |
| AMILASA                  | 200                                   | 13,5 | 297*                                   | 19,7 |
| FOSFATASA ALCALINA       | 159                                   | 10,7 | 202                                    | 13,4 |
| GOT                      | 328                                   | 22,2 | 462                                    | 30,7 |
| GPT                      | 328                                   | 22,2 | 462                                    | 30,7 |
| LDH                      | 128                                   | 8,6  | 157                                    | 10,4 |
| CPK                      | 150                                   | 10,1 | 202                                    | 13,4 |
| CPK-MB                   | 20                                    | 1,4  | 16                                     | 1,1  |
| GAMMA-GT                 | 96                                    | 6,5  | 139                                    | 9,2  |
| PCR                      | 58                                    | 3,9  | 185*                                   | 12,3 |
| GASES                    | 128                                   | 8,6  | 157                                    | 10,4 |
| VSG                      | 29                                    | 2,0  | 3*                                     | 0,2  |
| HEMOGRAMA                | 1.041                                 | 70,3 | 1.123                                  | 74,7 |
| PROTROMBINA              | 237                                   | 16,0 | 299                                    | 19,9 |
| INR                      | 33                                    | 2,2  | 0*                                     | 0,0  |
| FIBRINOGENO              | 23                                    | 1,6  | 34*                                    | 2,3  |
| PTTA                     | 139                                   | 9,4  | 218                                    | 14,5 |
| GRUPO SANGUINEO          | 26                                    | 1,8  | 32                                     | 2,1  |
| HCG                      | 84                                    | 5,7  | 157*                                   | 10,4 |
| <b>TOTAL DETERMINAC.</b> | <b>8.561</b>                          |      | <b>8.996</b>                           |      |

\* = Diferencia significativa, con  $p < 0,001$ .

Resulta especialmente llamativo, y aparentemente en contraste con los objetivos del estudio, el incremento del número de determinaciones analíticas urgentes solicitadas en la fase post-intervención. Sin embargo, se evidenció un cambio significativo en los patrones de petición de análisis clínicos, especialmente en el sentido de una mayor agrupación de los mismos (tabla III).

TABLA III: Número de Determinaciones por Enfermo

| Nº DETERMINACIONES | PRE-INTERVENCION | POST-INTERVENCION |
|--------------------|------------------|-------------------|
| 1                  | 339              | 292               |
| 2                  | 93               | 97                |
| 3                  | 20               | 18                |
| 4                  | 17               | 29                |
| 5                  | 20               | 42                |
| 6                  | 229              | 144               |
| 7                  | 185              | 221               |
| 8                  | 137              | 207               |
| 9                  | 90               | 102               |
| 10                 | 67               | 84                |
| 11                 | 58               | 58                |
| 12                 | 46               | 53                |
| 13                 | 27               | 45                |
| 14                 | 26               | 35                |
| 15                 | 17               | 19                |
| 16                 | 8                | 5                 |
| 17                 | 5                | 0                 |
| 18                 | 3                | 0                 |
| 19                 | 2                | 0                 |
| 20                 | 1                | 0                 |
| 21                 | 3                | 0                 |
| 22                 | 2                | 0                 |
| 23                 | 1                | 0                 |
| 24                 | 1                | 0                 |
| 25                 | 1                | 0                 |
| 28                 | 1                | 0                 |
| <b>TOTAL *</b>     | <b>1.399</b>     | <b>1.451</b>      |

Chi-cuadrado = 359,02 (p < 0.0001)

\* No se incluyen los análisis repetidos en el mismo enfermo

### DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos alcanzados en este estudio ha sido identificar los errores más frecuentes en la indicación de determinaciones analíticas por parte de los facultativos, así como los fallos más significativos que se producían a lo largo del proceso de tramitación y ejecución de los análisis clínicos.

Sin embargo, la elaboración consensuada por el personal directamente implicado y la posterior implementación de las correspondientes intervenciones para paliar las deficiencias encontradas, tuvieron paradójicamente como resultado un aumento estadísticamente significativo de las peticiones en el periodo post-intervención, aunque afortunadamente su indicación fue más correcta.

La existencia de diferencias estadísticamente significativas entre algunos grupos de patología pre y post-intervención podría ser uno de los factores responsables de la mayor utilización del laboratorio en la segunda fase del estudio (6 parámetros/paciente vs. 5,8 parámetros/paciente en la primera fase). Destacamos por su importancia el aumento de los síndromes febriles, que habitualmente requieren un número mayor de investigaciones analíticas, a expensas de los cuadros de dolor abdominal, en los cuales pasa precisamente lo contrario (tabla I).

Otra posible causa del decepcionante incremento del recurso a las pruebas complementarias de laboratorio que se registró a lo largo del estudio, es el hecho que en el primer ciclo de evaluación muchos resultados analíticos se perdieron o no pudieron ser asignados al sujeto de procedencia de la muestra por ausencia o ilegibilidad de los datos de filiación, y por tanto no se contabilizaron.

También es posible que la puesta al día de los facultativos en el manejo de las tecnologías y tests diagnósticos de mayor rendimiento y eficacia haya contribuido en parte al aumento de las peticiones de pruebas complementarias, afortunadamente en este caso, en beneficio del enfermo y en aras de una mejor calidad asistencial.

La comparación estadística de los resultados obtenidos antes y después de la intervención promovida por el presente estudio, evidencia una disminución significativa del número de determinaciones de colesterol total y HDL, triglicéridos, proteínas totales y albúmina (excluidas de los protocolos por no ser urgentes), así como de VSG (parámetro obsoleto por su escasa especificidad) e INR (solicitado actualmente desde la consulta externa de Hematología) (tabla II).

El aumento significativo de las peticiones de PCR está justificado por tratarse de un indicador sensible y específico de infección bacteriana, y el de HCG se debe probablemente a la tendencia creciente a efectuar el diagnóstico de embarazo en Urgencias, donde la mujer acude frecuentemente con la excusa de molestias abdominales inespecíficas. Sin embargo, el incremento de las peticiones de fibrinógeno y amilasa no parece tener ninguna justificación lógica, especialmente en el caso de este segundo parámetro que era esperable disminuyera paralelamente al descenso de los cuadros de dolor abdominal, donde estaría más indicado su uso.

Fue bastante desalentador constatar que la utilización de los parámetros analíticos solicitados más frecuentemente (glucosa, urea, creatinina, transaminasas, etc.) no experimentó ninguna variación, lo que confirma la evidencia científica reflejada en la literatura acerca de la dificultad de lograr cambios sustanciales en los hábitos de prescripción diagnóstico-terapéutica de los médicos. Pese a ello, en nuestra casuística la evaluación de los criterios de

prescripción de los análisis muestra un aumento significativo del porcentaje de indicaciones correctas, que pasó del 73,4% al 75,7% ( $\chi^2=12,66$ ;  $p<0.001$ ), lo que ratifica la consecución del objetivo principal de incrementar el uso racional de los exámenes complementarios.

Otra observación que corrobora el éxito parcial de las medidas correctoras que se han llevado a cabo es la significativamente menor dispersión del número de parámetros analíticos solicitados en cada enfermo (tabla III), habiendo desaparecido los volantes con peticiones múltiples guiadas por el trayecto espontáneo del bolígrafo más que por el conocimiento y el razonamiento científico del solicitante.

Por último, un logro marginal pero extremadamente significativo y útil del presente estudio ha sido la generalización del uso de etiquetas automatizadas con los datos de filiación del paciente en los volantes, que desde entonces están simplificando sensiblemente los procedimientos técnico-administrativos del laboratorio y del propio hospital.

### CONCLUSIONES

Aunque en nuestro hospital los análisis clínicos cursados desde el Servicio de Urgencias no se hayan reducido numéricamente, el presente trabajo ha logrado que se realizasen pruebas analíticas a una proporción de pacientes significativamente menor, con la desaparición casi completa de las peticiones analíticas multiparamétricas masivas y la exclusión de muchas determinaciones obsoletas o de carácter no urgente del arsenal diagnóstico de los facultativos, disminuyendo así significativamente la variabilidad de la práctica médica en este ámbito.

En nuestro medio, los beneficios de este tipo de intervenciones, centradas en la protocolización de la actuación médico-sanitaria, resultan marginales en cuanto a la carga de pruebas complementarias que se derivan al laboratorio, si bien se pueden lograr unos notables efectos positivos sobre la calidad científico-técnica de la atención médica prestada.

**NOTA:** El presente proyecto de investigación ha sido financiado mediante beca nº 990605 del Programa de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (EMCA) de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.



**RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POSHOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA, 2002.**

**AUTORES:**  
Grupo EMCA\*

Para mejorar la calidad asistencial es fundamental escuchar al paciente. Entre los diferentes métodos existentes para conocer la opinión del usuario se encuentra la encuesta tipo informe dónde, a diferencia del resto, se pregunta sobre datos objetivos, concretos, de la atención que se ha recibido.

En el año 2000 el programa EMCA en colaboración con varios hospitales de Insalud diseñó y valida una encuesta posthospitalización tipo informe del usuario con el fin de medir la calidad percibida y la satisfacción con la atención hospitalaria recibida. El SMS aplicó esta herramienta durante el año 2002(1) con el objetivo de detectar y cuantificar los problemas que acontecen durante el proceso asistencial en sus hospitales, e identificar oportunidades de mejora hacia dónde dirigir las actuaciones. Los resultados obtenidos se exponen en este trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

- Herramienta: es una adaptación de la "Encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. EMCA". Consta de 3 cuestionarios dirigidos a los usuarios de los Servicios Quirúrgicos (61 preguntas), Servicios Médicos (58 preguntas) y Partos (48 preguntas), con 39 preguntas comunes. Para facilitar su cumplimentación y el proceso de recuerdo, la ordenación de las preguntas sigue el transcurso habitual de la hospitalización (urgencias/ingreso, estancia en planta y alta). Las preguntas han sido agrupadas en 5 dimensiones (competencia profesional, trato, información, organización e infraestructura).
- Ámbito: los nueve hospitales públicos de agudos de la Región de Murcia.
- Fuente de la información: Listados de altas facilitados por los Servicios de Admisión de los hospitales implicados.
- Población: todos los pacientes dados de alta en los Servicios Quirúrgicos (Q), Médicos (M) y púerperas de los Servicios Obstétricos (P), desde el 15 de mayo al 15 de junio de 2002.
- Criterios de inclusión: mayor de 18 años.

\*

**Dirección del Proyecto:** Pedro Parra Hidalgo

**Coordinación:** Adelia Más Castillo

**Diseño del Estudio:** Pedro J. Saturno Hernández, Pedro Parra Hidalgo, Adelia Más Castillo, Teresa Ramón Esparza.

**Trabajo de Campo:** M. Ester Hortelano Ortega, J. Domingo Lozano Garrido, Mariana Lozano Garrido, Meritxell Mora Murillo, Cesar L. Pastor Alcahud, Eva M. Villarubia Santos, Carlos Sáez Bernal

**Bases de Datos:** Francisco Sánchez Sánchez.

**Control de Calidad de Datos:** Lauro Hernando Arizaleta, Teresa Ramón Esparza

**Diseño y Ejecución del Plan de Análisis:** Lauro Hernando Arizaleta

- Criterios de exclusión: Motivo de alta éxitus o traslado a otro centro. Duración de la estancia menor de un día. Pacientes dados de alta por los Servicios de Pediatría, Medicina Intensiva o Psiquiatría y, en Obstetricia, diagnóstico distinto al de parto con recién nacido vivo
- Cuestionario, remitido por vía postal desde los Servicios Centrales, con dos recuerdos.
- Se calcula la tasa de problemas, definida como el sumatorio de respuestas no satisfactorias de las preguntas de una dimensión (tipo de cuestionario, hospital o total)\*100/sumatorio de las personas que responden a cada una de las preguntas incluidas en el numerador.

**RESULTADOS:** De los 5.887 cuestionarios enviados se reciben 3.136 cumplimentados (Q 1.376, M 1.276 y P 484, tasa de respuesta global de 53,2%). Las características principales de estos sujetos son: edad media de 53,6 años (rango 18-96), con un predominio de las mujeres (54,2%), y sin estudios (30,7%) o con estudios primarios (43,8%). La estancia media es de 6,8 días (tabla 1).

**Tabla 1**  
Características de los usuarios que responden.  
Encuesta de calidad percibida poshospitalización. Región de Murcia, 2.002.

|                                       | S. Quirúrgicos | S. Médicos | Partos | Global |
|---------------------------------------|----------------|------------|--------|--------|
| N                                     | 1376           | 1276       | 484    | 3136   |
| Tasa de respuesta (%)                 | 52,7           | 52,8       | 56,1   | 53,2   |
| Nº cuestionarios por hospital (Rango) | 38-346         | 26-345     | 39-486 | 82-890 |
| Edad                                  |                |            |        |        |
| Media                                 | 54,4           | 61,8       | 29,9   | 53,6   |
| Rango                                 | 18-93          | 18-96      | 18-42  | 18-96  |
| Género femenino (%)                   | 51,2           | 40,0       | 100,0  | 54,2   |
| Nivel de estudios (%)                 |                |            |        |        |
| Ninguno                               | 33,2           | 38,8       | 4,2    | 30,7   |
| Primarios                             | 43,9           | 42,1       | 47,5   | 43,8   |
| Medios                                | 15,1           | 12,8       | 32,5   | 17,0   |
| Superiores                            | 7,8            | 6,3        | 15,8   | 8,5    |
| Duración de la estancia (%)           |                |            |        |        |
| 1-2                                   | 33,0           | 21,7       | 39,0   | 29,3   |
| 3-6                                   | 36,4           | 33,9       | 51,9   | 37,8   |
| 7 y más                               | 30,6           | 44,4       | 9,1    | 32,9   |

La satisfacción media con los servicios recibidos (recorrido de la variable 0-10) es de 8 (Q 8,0; M 8,2; y P 7,6), en la tabla 2 se observa su distribución en función de las principales características de los usuarios. A nivel de centro hospitalario, la valoración de la satisfacción oscila entre 7,7 y 8,6, la diferencia entre el primer y el último centro es de un 11,7% (grafico 1).

La calidad percibida (en media, recorrido de la variable 1-5) es de 4,2 (Q 4,2; M 4,3 y P 4,0) (tabla 2). A nivel de centro, la valoración de la calidad oscila entre 4,0 y 4,4, 10% de diferencia (grafico 2).

Tabla 2.

Valoración de la satisfacción con los servicios recibidos y la calidad percibida. Encuesta de calidad percibida poshospitalización. Región de Murcia, 2.002.

|                   | Satisfacción | Calidad |
|-------------------|--------------|---------|
| Global            | 8,01         | 4,22    |
| S. Quirúrgicos    | 8,24         | 4,21    |
| S. Médicos        | 7,96         | 4,30    |
| Partos            | 7,58         | 4,03    |
| Edad              |              |         |
| 18-44             | 7,76         | 4,14    |
| 45-64             | 8,02         | 4,22    |
| 65 y más          | 8,26         | 4,29    |
| Genero            |              |         |
| Femenino          | 7,87         | 4,15    |
| Masculino         | 8,19         | 4,29    |
| Duración Estancia |              |         |
| 1-2               | 7,92         | 4,18    |
| 3-6               | 7,95         | 4,20    |
| 7 y más           | 8,18         | 4,27    |
| Estudios          |              |         |
| Ninguno           | 8,20         | 4,26    |
| Primarios         | 8,02         | 4,21    |
| Medios            | 7,75         | 4,16    |
| Superiores        | 7,78         | 4,13    |

Todos los contrastes estadísticamente significativos

Grafico 1.

Valoración de la satisfacción con los servicios recibidos a nivel de Hospital (media). Encuesta de calidad percibida poshospitalización, Región de Murcia, 2002

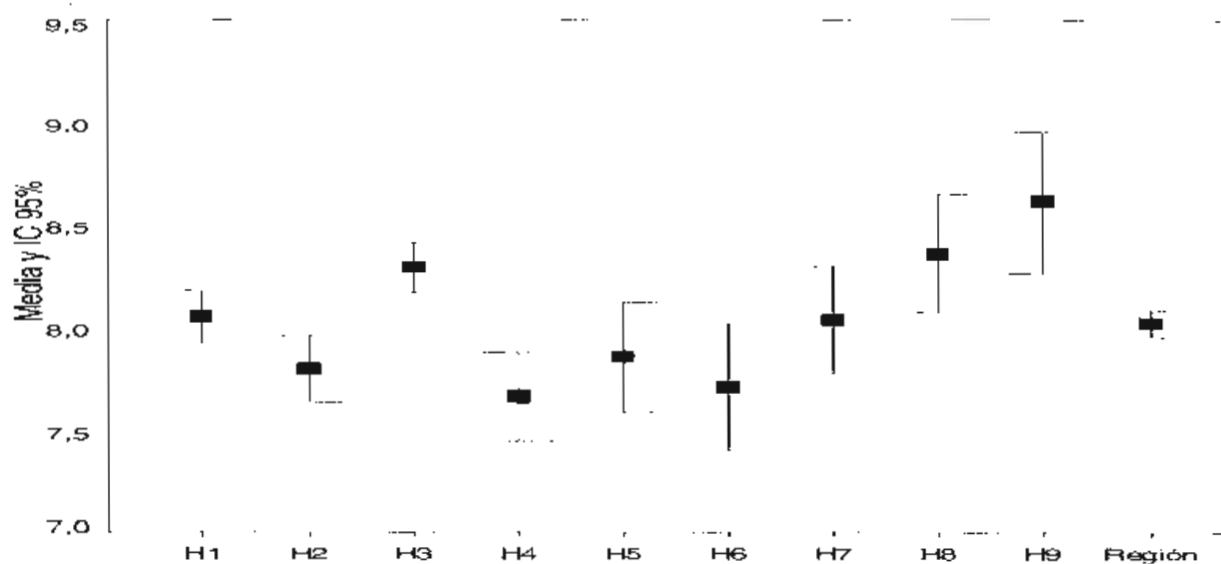
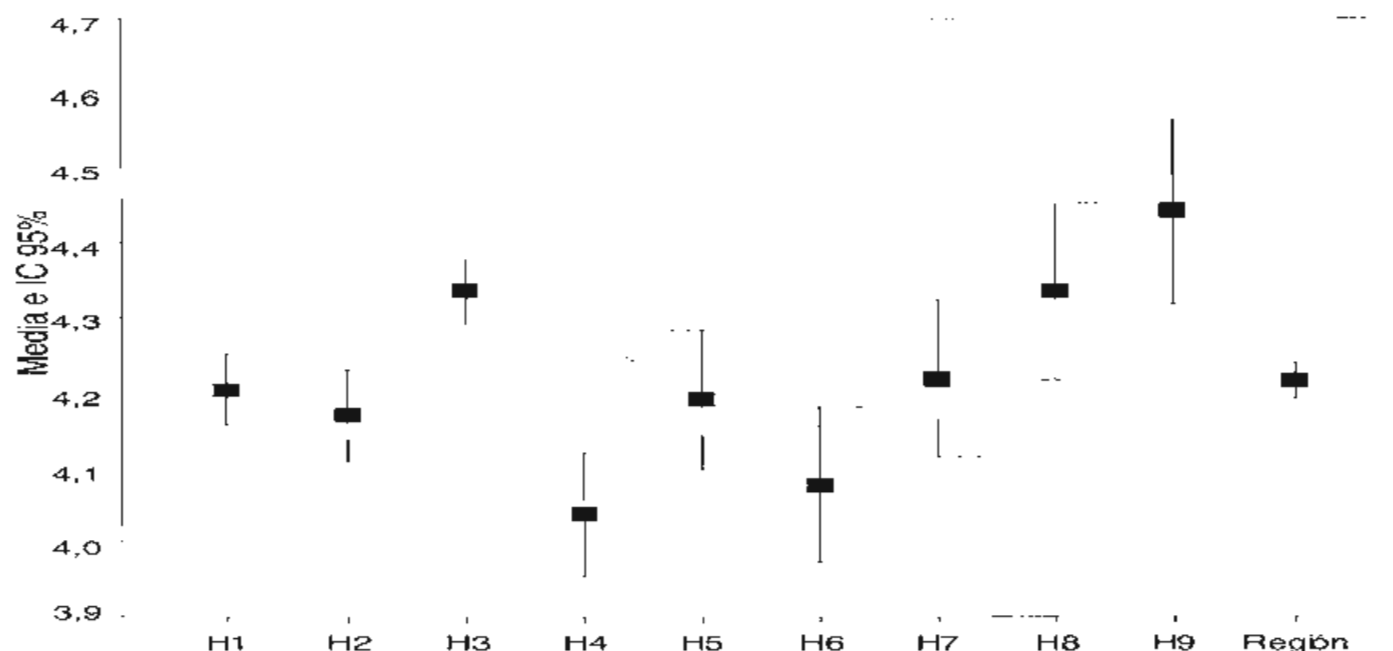


Grafico 2.

Valoración de la calidad percibida a nivel de Hospital (media).  
Encuesta de calidad percibida poshospitalización. Región de Murcia, 2002



La tasa de problemas a nivel regional es de un 24,7%, siendo mayor la notificada por las púerperas (32,2%) (tabla 3); la dimensión infraestructura (tasa de problemas de 37,9%), es la que adolece de mayores problemas. Por tipo de cuestionario y dimensión, los valores extremos encontrados son la tasa de problemas de información en las parturientas (53,2%) y la competencia profesional en los Servicios Quirúrgicos (14,1%). La tasa de problemas a nivel de hospital oscila entre un 18 y 29% (grafico 3).

Tabla 3.

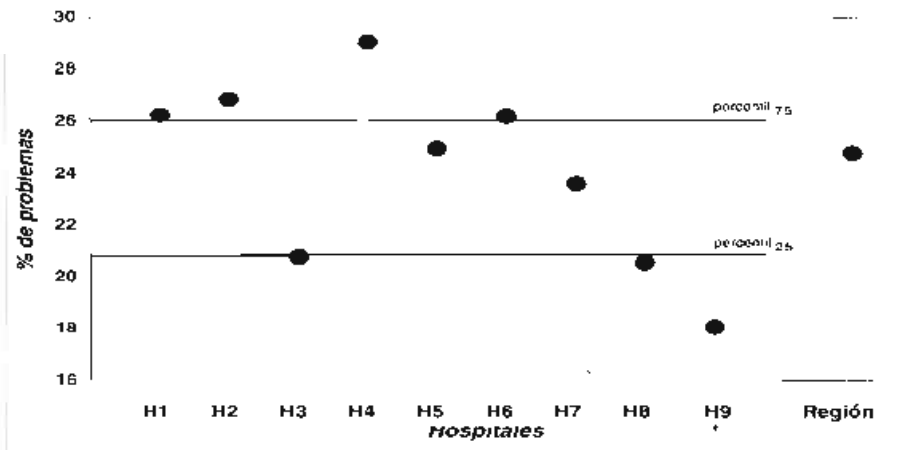
Tasa de problemas por dimensión.  
Encuesta de calidad percibida poshospitalización. Región de Murcia, 2002.

|                         | S. Médicos | S. Quirúrgicos | Partos | Global |
|-------------------------|------------|----------------|--------|--------|
| Competencia Profesional | 15,5       | 14,1           | 21,3   | 15,8   |
| Infraestructura         | 37,1       | 36,5           | 43,4   | 37,9   |
| Información             | 30,5       | 29,5           | 53,2   | 32,6   |
| Organización            | 26,2       | 20,6           | 21,6   | 23,3   |
| Trato                   | 19,6       | 19,8           | 32,5   | 21,5   |
| Total                   | 24,5       | 22,4           | 32,2   | 24,7   |

Grafico 3.

Tasa de problemas por Hospital.

Encuesta de calidad percibida poshospitalización. Región de Murcia, 2002.



En la tabla 4 se muestran, a nivel de cuestionario, los problemas identificados por los usuarios con una frecuencia superior al 50%. La falta de identificación del personal es, en los tres casos, el que ocupa el primer lugar (88,0% en Partos, 71,8% en S. Quirúrgicos y 61,6% en S. Médicos).

Tabla 4

Problemas identificados con frecuencia superior al 50%.

Encuesta de Calidad Percibida Posthospitalización. Región de Murcia 2002

| Dimensión <sup>#</sup> |  | S. Quirúrgicos | S. Médicos | Partos |
|------------------------|--|----------------|------------|--------|
| I                      | % Pacientes a los que en alguna ocasión el personal que les atendía no se identificaba diciéndole quienes eran   | *              | *          | *      |
| If                     | % Pacientes que encontraron en malas condiciones alguna cosa en el hospital  | *              | *          | *      |
| I                      | % Pacientes que opinan que algo no estaba en condiciones en las instalaciones del área de urgencias del hospital   | *              | *          |        |
| If                     | % Pacientes que opinan que mientras permanecieron en el área de urgencias sus acompañantes no tuvieron siempre información suficiente de cómo le iban a ellos las cosas                              | *              | *          |        |
| If                     | % Puérperas que opinan que al llegar a planta no les explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debían dar a sus hijos   |                |            | *      |
| T                      | % Pacientes que opinan que cuando se sentían con ansiedad o con ánimo decaído, su médico o el personal de enfermería no les tranquilizaba siempre  |                |            | *      |
| If                     | % Pacientes que durante su estancia en el hospital no pudieron saber con facilidad en alguna ocasión si quienes le atendían eran médicos, celadores, personal de enfermería o de cualquier otro tipo |                |            | *      |
| If                     | % Pacientes o acompañantes que con motivo del ingreso no recibieron información de las normas de funcionamiento general del hospital   |                |            | *      |
| O                      | % Pacientes que piensan que en alguna ocasión cuando llamaron al personal del hospital para que atendiera sus necesidades no lo hicieron con suficiente rapidez                                      |                |            | *      |
| O                      | % Puérperas a las que durante el tiempo que permanecieron en la sala de dilatación no les permitieron tener un acompañante   |                |            | *      |
| If                     | % Puérperas que opinan que antes de irse de alta no les explicaron con claridad los cuidados que debía seguir su hijo en casa  |                |            | *      |
| I                      | % Pacientes que encontraron algún problema en la comida que le dieron durante su estancia en el hospital   |                |            | *      |

#I: Información; If: Infraestructura; O: Organización; T: Tratamiento. La dimensión Competencia Profesional; no aparece en esta selección.

En sombreado las preguntas que no figuraban en ese tipo de cuestionario

La última pregunta del cuestionario permitía al usuario proponer una única mejora, que valorará como de mayor importancia. En la tabla 5 se muestran las mejoras propuestas que agrupan al 50% del total de las realizadas, referidas, en su mayor parte, a problemas de infraestructura, siendo las relacionadas con la comida las que ocupan el primer lugar.

**Tabla 5**  
Propuestas de mejora (50% más frecuentes).  
Encuesta de Calidad Percibida Posthospitalización. Región de Murcia 2002

| Dimensión*                     | Propuestas de mejora  | Frecuencia absoluta | %     |
|--------------------------------|---|---------------------|-------|
| I                              | Comida: calidad, cantidad, horario, con agua y/o vino, menaje limpio y nuevo          | 236                 | 11,76 |
| I                              | Habitación individual   | 167                 | 8,32  |
| I                              | Limpieza, higiene y desinsectación  | 120                 | 5,98  |
| T                              | Trato más humanitario, más cariñoso, más amable de todo el personal                   | 100                 | 4,98  |
| I                              | Mobiliario en general (sillones, armarios, taquillas) e instalaciones                 | 78                  | 3,89  |
| I                              | Mejorar la estancia del acompañante, sillones, camas, aseos, comida gratuita          | 65                  | 3,24  |
| O                              | Agilizar lista espera   | 59                  | 2,94  |
| O                              | Atención más rápida y adecuada en urgencias para evitar masificación del servicio     | 58                  | 2,89  |
| I                              | Mejora general de la habitación: mobiliario, confortabilidad, aspecto                 | 54                  | 2,69  |
| I                              | Aseos: duchas, duchas fuera de la habitación, incomodidad, aseos a parte para visitas | 49                  | 2,44  |
| O                              | Control del horario y comportamiento de las visitas y acompañantes, ruido en general  | 45                  | 2,24  |
| Total incluido en la selección |   | 1.031               | 51,37 |

\*I: Infraestructura; O: Organización. T:Trato. Las dimensiones Competencia Profesional: Información no aparecen en esta selección. Número total de propuestas realizadas 2007.

## DISCUSIÓN:

Las primeras limitaciones a la hora de valorar estos resultados coinciden con las inherentes a toda encuesta postal. Al margen del sesgo del recuerdo, solo se encuentra un déficit estadísticamente significativo en la tasa de respuesta a nivel de la edad (a medida que aumenta la edad los usuarios responden con mayor frecuencia -datos no expuestos). Sin embargo la tasa de respuesta obtenida es mas alta de la esperada en este tipo de encuestas.

Como es habitual en las encuestas del ámbito sanitario, la valoración de la calidad percibida y la satisfacción con los cuidados recibidos es alta. Sin embargo, los resultados de las tasas de problemas no son tan complacientes y, junto con las preguntas abiertas existentes (resultados no expuestos) permiten obtener una información mucho mas rica y matizada, orientada a la intervención, lo que supone la mayor aportación de este cuestionario.

La valoración de la satisfacción y de la calidad presenta unos resultados casi paralelos. En ambos casos, el perfil del usuario mas crítico es el de una mujer, de edad joven, con niveles de estudios altos y con corta duración de la estancia hospitalaria. La diferente composición de los usuarios de los distintos tipos de servicios y hospitales en función de estas variables aconsejan cautela a la hora de establecer comparaciones entre indicadores no ponderados como los expuestos. De todas maneras se debe de tener en cuenta que las diferencias halladas son de escasa magnitud e influenciadas por el gran tamaño de muestra, por lo que es de esperar que los resultados estandarizados no varíen sustantivamente (aunque si que puede variar la prelación de los centros).

De igual manera, las tasas de problemas presentan un patrón similar en los distintos cuestionarios-tipo de usuarios, aunque con magnitudes diferentes. Parece observarse un primer

grupo más conflictivo en las dimensiones de Infraestructura e Información, con factibilidad en su abordaje muy variable. Un grupo intermedio estaría formado por las dimensiones de Organización y Trato, siendo la Dimensión de Competencia Profesional la que mejores valores presenta. Este mismo patrón se observa en los listados de problemas identificados con más frecuencia y en las propuestas de mejora, ocupando el cuarto lugar, en este último caso, la solicitud de un trato más amable por parte del personal.

Para concluir, los resultados de esta encuesta nos proporcionan un perfil de la situación actual de la Región y nos permiten establecer indicadores tanto a nivel regional como de centro. Pero, sobre todo, nos proporcionan una línea base para que cada hospital, aprovechando la información más concreta, pueda identificar las oportunidades de mejora que deberán orientar las medidas de intervención.



SEGURIDAD DEL PACIENTE:  
PREVENCION DE  
ERRORES CLINICOS

M  
E  
S  
A  
9



## LA COMUNICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN ANESTESIA

*Antonio Bartolomé*

Unidad de Anestesia y Reanimación  
Fundación Hospital Alcorcón

### INTRODUCCIÓN

La publicación en Estados Unidos a finales de 1999 del informe del Institute of Medicine "To err is human: Building a safer health system" (1) conmocionó al país al estimar que los errores médicos evitables constituían la séptima causa de muerte, por delante de los accidentes de tráfico, el cáncer de mama y el SIDA. Tras concluir que la mayoría de estos errores tenían su origen en problemas existentes en el sistema y no en el rendimiento de los individuos implicados en la asistencia, establecía cuatro recomendaciones fundamentales para evitarlos y mejorar la seguridad del paciente. Estas recomendaciones han sido posteriormente incluidas en documentos oficiales y programas de mejora de la calidad tanto en Estados Unidos como en otros países (2, 3, 4), y entre ellas figura el fomento de sistemas voluntarios de comunicación de errores, tal como se venían desarrollando desde su primera aplicación en 1978 en anestesia (5, 6, 7).

Con un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos establecido desde 1998, describimos a continuación su funcionamiento y analizamos la contribución de los errores a la producción de incidentes críticos en anestesia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La Fundación Hospital Alcorcón es un centro abierto en 1998 y que actualmente dispone de 300 camas para atender a una población de referencia de 200.000 habitantes. La historia clínica está informatizada, incluyendo las notas de evolución, los resultados de laboratorio y las pruebas de imagen. Todos los pacientes que van a ser intervenidos reciben una evaluación preanestésica y firman un consentimiento informado. En los diez quirófanos de los que consta el bloque quirúrgico se realizan intervenciones de cirugía general y digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, oftalmología, obstetricia y ginecología, otorrinolaringología, urología y cirugía vascular. Todos los pacientes intervenidos bajo anestesia general o regional ingresan en una Unidad de Reanimación de 17 camas completamente monitorizadas, de las cuales 4 están destinadas a pacientes críticos postquirúrgicos y disponen de informatización de las órdenes de tratamiento y la gráfica de constantes vitales. En las seis salas de dilatación del bloque obstétrico se realizan procedimientos de analgesia epidural para el parto a todas aquellas mujeres que lo solicitan y no tienen contraindicación. Existen aproximadamente 500 terminales de ordenador personal conectados en red dentro del hospital, incluyendo todos los quirófanos, la Unidad de Reanimación, el bloque obstétrico, la consulta de preanestesia y todos los despachos de trabajo de los que dispone el área.

Antes de comenzar la implantación del sistema se realizaron varias sesiones introductorias a las que asistieron todos los miembros de la plantilla. Utilizando elementos de formularios empleados por otros grupos (6, 8), se diseñó en Microsoft Access 97 un formulario para la

comunicación de incidentes críticos. En la página web que el área de anestesia tiene en la intranet del hospital se creó un enlace al formulario. Desde cualquiera de los ordenadores personales disponibles, cualquier anestesista, de forma anónima y voluntaria, podía comunicar aquellos incidentes que afectaron, o pudieron haber afectado, la seguridad del paciente. Este concepto incluye tanto incidentes críticos como complicaciones. Para evitar distorsiones en la cumplimentación del formulario debidas a deterioro en la memoria de los hechos se instó a todos los anestesistas a comunicar los incidentes en las primeras 24 horas desde su producción. Sólo se permitió la utilización del sistema a los anestesistas de la plantilla, quedando excluidos expresamente otros especialistas médicos y el personal de enfermería. Para limitar el acceso al formulario se estableció la necesidad de que el ordenador hubiese sido iniciado por un anestesista. Dadas las características de anonimato del sistema no se pudo garantizar su acceso mediante clave personal. Los datos recogidos del formulario se introducían automáticamente en una base de datos creada en Microsoft Access 97 para facilitar su explotación.

Todos los incidentes comunicados fueron analizados para determinar la existencia de errores que ayudasen a explicar el origen del incidente. En términos generales, se consideró que existía un error siempre que una secuencia planeada de actividades físicas o mentales no alcanzaba su objetivo por razones distintas del azar (9). Los errores se clasificaron a su vez en errores activos y errores latentes dependiendo de quién los cometió y cuál fue la relación temporal entre el error y sus consecuencias. Errores activos son aquellos cometidos por los trabajadores situados en contacto con el paciente (anestesistas, cirujanos, enfermeras, etc.) y cuyas consecuencias son inmediatas, mientras que errores latentes son las consecuencias tardías de decisiones tomadas en escalones más altos del sistema. Los errores activos se clasificaron como descuidos y lapsos (slips/lapses), errores (mistakes) y violaciones. Los descuidos y lapsos (skill-based slips/lapses) son errores que se producen por un fallo en la ejecución de la secuencia de acción, con independencia de que el plan de acción sea o no adecuado. Los errores (mistakes) se producen por fallos en los procesos relacionados con la selección de un objetivo o la especificación de los medios para alcanzarlo. A su vez, los errores (mistakes) pueden ser de conocimiento (knowledge-based, resultado de una intención equivocada) y de principio o norma (rule-based, resultado de no aplicar una norma diseñada para evitar el error o aplicar una norma inadecuada). Una violación es una desviación deliberada respecto de prácticas consideradas necesarias para mantener el funcionamiento seguro de un sistema potencialmente peligroso. Finalmente, se consideró un error primario de equipamiento cuando se produjo el fallo de un aparato a pesar de estar bien diseñado, sometido al mantenimiento recomendado por el fabricante y comprobado antes de un uso adecuado.

Todos los incidentes comunicados fueron evaluados en primera instancia por un comité, que establecía la necesidad o no de adoptar medidas inmediatas dirigidas a evitar su repetición. Con independencia de ello, todos los incidentes comunicados se presentaron en sesiones bimensuales, con asistencia de toda la plantilla, en las que se discutieron y adoptaron medidas correctoras.

## **RESULTADOS**

Entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2002 se realizaron 40401 procedimientos anestésicos y se registraron 408 comunicaciones (1 %). De ellas, 164 (40 %) correspondieron a complicaciones o incidentes en los que no se detectaron errores. En las restantes

244 (60 %) se consideró que había existido un error humano o un error relacionado con el equipamiento. Sólo la tercera parte de los 86 incidentes en los que existió un error relacionado con el equipamiento correspondieron a errores primarios de equipamiento (27 incidentes), siendo en realidad los dos tercios restantes errores humanos relacionados con un diseño (11 errores), un mantenimiento (23 errores) o un uso (29 errores) inadecuados: De los 281 errores activos detectados sólo 45 no se asociaron a ningún estado latente. Los estados latentes asociados con mayor frecuencia a la producción de incidentes fueron la falta de comprobación del equipamiento y de los fármacos (89 incidentes), decisiones tomadas en niveles altos de la organización (51 incidentes), mala comunicación (47), falta de conocimiento (33), presión de producción (23), falta de experiencia (16) y ayuda inadecuada (14). El 88 % de los incidentes en los que existió un error no tuvieron ninguna consecuencia para el paciente o sólo produjeron morbilidad menor, mientras que 28 incidentes (11.4 %) ocasionaron morbilidad intermedia y en un caso el desenlace fue fatal. En el 88.9 % de los casos el incidente se consideró evitable. Como consecuencia del análisis sistemático de los incidentes se adoptaron las siguientes medidas correctoras: desarrollo de protocolos (6), modificación de protocolos existentes (2), modificación del consentimiento informado, retirada de material peligroso (4), adquisición de nuevo material (4), reparación de equipamiento (2), modificación de equipamiento existente (3), adopción de medidas para evitar el error (4), realización de sesiones (16) y diseminación de alertas (13).

### DISCUSIÓN

Puesto que nuestro centro dispone de los medios materiales -una intranet ramificada en más de quinientos puestos- y de personal familiarizado con el uso del ordenador -historia clínica completamente informatizada-, creímos que lo más lógico era aprovechar estas facilidades y optar por una comunicación electrónica a través de la red, en lugar de los formularios impresos que se utilizan en la mayoría de los trabajos.

Dicho esto, conviene hacer algunas consideraciones acerca de las inconsistencias que presenta la metodología. La primera de ellas es la ambigüedad de la definición de incidente crítico. Nosotros optamos por una definición abierta que nos permitiese recoger la mayor cantidad posible de información sobre la que sustentar el diseño de estrategias de detección y prevención. Por un lado, esto supuso que recogimos no sólo incidentes críticos sino también complicaciones. Por otro lado, esta ambigüedad ha sido señalada por algunos autores como una de las causas por las que no se están obteniendo todos los beneficios posibles de la técnica (10). El término "crítico" puede ocasionar un sesgo de resultado: los incidentes más graves se comunican en todos los casos, mientras que incidentes transitorios, corregidos inmediatamente o aquellos considerados más leves no se comunican en absoluto (11).

Se debe aceptar que un programa basado en la comunicación voluntaria identifica una pequeña parte de los incidentes críticos que suceden. En nuestra serie es imposible conocer el porcentaje de incidentes comunicados respecto a los incidentes realmente producidos. Sin embargo, nuestra tasa de incidentes respecto al número de intervenciones es similar al trabajo de Short (12), en cuyo hospital se ha calculado que sólo un 25 % de los incidentes fueron comunicados (11).

Dadas las limitaciones que presenta este tipo de programas voluntarios ¿cuáles son sus ventajas y cómo se pueden mejorar? En un editorial reciente (13), Cooper afirmaba que era

necesario dar al menos dos pasos para que estos sistemas funcionen: 1º) demostrar el valor de comunicar y 2º) cambiar la cultura que atribuye el error a la negligencia.

No existen estudios que demuestren claramente su eficacia y sólo dos trabajos han apuntado que la instauración de un programa de comunicación de incidentes críticos que incluya la discusión regular de los casos puede reducir su incidencia, y ello atendiendo a una disminución en el número de incidentes comunicados o a la ausencia de comunicación de los mismos incidentes una vez adoptadas medidas correctoras. (12, 14). Aun cuando no se pueda demostrar su eficacia, se han propuesto como medidas para aumentar la comunicación de incidentes la adopción de sistemas nacionales (14) para obtener información de miles de casos, y fomentar la retroalimentación por medio de pósters, boletines y diseminación de resultados a todos los componentes de la plantilla.

En segundo lugar, persiste una cultura que atribuye el error a la negligencia y puede limitar la comunicación de los propios errores. El hecho de que comunicar los propios errores pueda tener implicaciones médico-legales, incluso en sistemas anónimos y sin datos identificadores del paciente, puede limitar la comunicación y, por tanto, la utilidad de tales sistemas, máxime cuando ya algunos tribunales están solicitando informes confidenciales que contienen datos referidos a errores médicos (15). En Australia la información obtenida en actividades de garantía de calidad, entre las que se incluye el estudio Australian Incident Monitoring Study, está protegida por la ley (16), y no puede ser revelada salvo en caso de una lesión severa al paciente (aquella que se castiga con una pena de al menos un año de prisión).

En Estados Unidos sólo las actividades de peer review están protegidas por la ley (17), aunque entre las recomendaciones del Institute of Medicine (1) figura que esta protección federal se extienda a los sistemas voluntarios de comunicación. De hecho esta falta de cobertura legal es una de las razones esgrimidas por la Anesthesia Patient Safety Foundation para justificar que en Estados Unidos, origen de la técnica, no se haya implantado un sistema nacional similar al australiano (18). Sin embargo, existe el compromiso de comenzar un programa piloto voluntario, no punitivo, y protegerlo legalmente (2).

---

**Antonio Bartolomé Ruibal**

Facultativo Especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor  
Responsable del Sistema de Comunicación y Análisis de Incidentes Críticos en Anestesia  
Unidad de Anestesia y Reanimación  
Fundación Hospital Alcorcón  
abartolome@fhacorcon.es

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. National Academy Press 1999.
- (2) Quality Interagency Coordination Task Force. Doing what counts for patient safety: federal actions to reduce medical errors and their impact. 2000.
- (3) Department of Health. An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London, 2000.
- (4) Expert group "Patient safety improvement". Towards a safe healthcare system. Proposal for a national programme on patient safety improvement for Switzerland. Lucerne, 2001.
- (5) Cooper JB, Newbomer RS, Long ChD et al. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology* 1978; 49: 399-406.
- (6) Webb RK, Currie M, Morgan CA et al. The Australian Incident Monitoring Study: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993; 21: 520-528.
- (7) Runciman WB. Incident monitoring. En: Aitkenhead AR. Quality assurance and risk management in anaesthesia. *Bailliere's Clinical Anaesthesiology* 1996; 10: 333-356.
- (8) Staender S, Davies J, Helmreich B et al. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inf* 1997; 47: 87-90.
- (9) Reason J. Human error. Cambridge University Press. 1990.
- (10) Jayasuriya JP. Incidents and critical incidents. In response. *Br J Anaesth* 1995; 75: 505.
- (11) Jayasuriya JP, Anandaciva S. Compliance with an incident report scheme in anaesthesia. *Anaesthesia* 1995; 50: 846-849.
- (12) Short TG, O'Regan A, Jayasuriya JP et al. Improvements in anaesthetic care resulting from a critical incident reporting programme. *Anaesthesia* 1996; 51: 615-621.
- (13) Cooper JB. Is voluntary reporting of critical events effective for quality assurance? *Anesthesiology* 1996; 85: 961-964.
- (14) Kumar V, Barcellos WA, Mehta MP et al. An analysis of critical incidents in a teaching department for quality assurance. A survey of mishaps during anaesthesia. *Anaesthesia* 1988; 43: 879-883.
- (15) López Agúndez JM. Un tribunal solicita los informes de la Joint Commission en un juicio. *Diario Médico*, 2 de Julio de 2001.
- (16) Health Insurance (Quality Assurance Confidentiality) Amendment Act 1992.
- (17) Health Care Quality Improvement Act 1986 (US Code: Title 42, Chapter 117, Sections 11101-11152).
- (18) Comments from the Anesthesia Patient Safety Foundation regarding the Institute of Medicine report, "To err is human: Building a safer health system". *APSF Newsletter* 2000; 15: 30-32.

## MONITORIZACIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

*Javier Aguiló*

Jefe de Servicio de Cirugía General  
Hospital de Jativa

### INTRODUCCIÓN

Un Servicio de Cirugía General debe cumplir tres funciones básicas, la asistencial, la docente y la de investigación, aunque el objetivo prioritario es la prestación de una asistencia de calidad. Una evaluación objetiva del nivel de calidad requiere establecer un sistema de información de la actividad asistencial. Este sistema, idealmente, debería permitir la monitorización de la actividad quirúrgica y de las actividades asociadas a la cirugía, tanto desde un punto de vista cuantitativo (número de intervenciones quirúrgicas, desglosadas en programadas o urgentes, por distintos tipos de anestesia, en programa de cirugía sin ingreso, por tipos de intervención, duración de la estancia y de la estancia prequirúrgica, etc.) como, sobre todo, cualitativo. Este último aspecto debe incluir el conocimiento periódico de la mortalidad operatoria y de toda una serie de sucesos adversos (complicaciones de diverso tipo, reintervenciones, reingresos relacionados con el episodio índice de hospitalización, etc.) que, para optimizar su capacidad de informar la toma de decisiones, deben contabilizarse, no sólo de forma global, sino de forma que pueda conocerse su incidencia en procedimientos quirúrgicos concretos, áreas específicas de la patología e, incluso, respecto a la actividad de la que es directamente responsable un cirujano determinado.

El conocimiento de los sucesos adversos en la atención hospitalaria de un Servicio de Cirugía permite monitorizar los valores propios, comparar dichos resultados con los aceptados como estándares en la literatura científica, analizar aquellos factores dependientes del paciente o del episodio de hospitalización que se asocien a peores resultados y, finalmente, conocer la efectividad de aquellas intervenciones o actuaciones encaminadas a mejorar o modular aquellos factores condicionantes de dichos eventos adversos.

Las bases de datos clínico-administrativas, habitualmente utilizadas, tienen una serie de limitaciones que pueden dificultar desde un punto de vista metodológico el análisis de los resultados de la atención hospitalaria:

- La escasa referencia pormenorizada de las complicaciones quirúrgicas, muchas de ellas de escasa gravedad, pero causantes de una estancia media a veces injustificada.
- El hecho de que determinadas complicaciones se manifiestan una vez el paciente ha sido dado de alta, y si no causan reingreso, no son registradas.
- La mortalidad operatoria (en los 30 días siguientes) en ocasiones acontece en el domicilio del paciente por situación terminal de la enfermedad o por evolución desfavorable, no siendo detectada como suceso adverso.
- Los reingresos pueden producirse en otro Centro Hospitalario, no siendo registrados en la base de datos del Hospital.

### OBJETIVO

El objetivo general de la investigación es, mediante la utilización de un sistema de información que, además del conjunto mínimo básico de datos (clínico-administrativos), inclu-



ye un seguimiento prospectivo de la morbilidad y mortalidad postoperatoria, describir y evaluar diversos aspectos de la calidad de la actividad quirúrgica de un Servicio de Cirugía. Para ello se describen los sucesos adversos en los pacientes intervenidos de cirugía de pared abdominal, cirugía biliar, apendicectomía y neoplasias digestivas, durante un período de 5 años en un Servicio de Cirugía General de un hospital comarcal, y se analizan las asociaciones entre estos resultados y determinadas características del paciente y del ingreso hospitalario. Los objetivos específicos incluyen:

- Describir los resultados de duración de la estancia, duración de la estancia prequirúrgica, mortalidad intrahospitalaria, complicaciones, reintervenciones, ingresos en cuidados intensivos, reingresos urgentes y reingresos vinculados al episodio previo, para los 4 grupos de patología enumerados.
- Establecer si existen relaciones entre estos resultados y determinadas características del paciente (edad, sexo, comorbilidad y otras), características del ingreso hospitalario (tipo de admisión, momento de la intervención, diagnóstico, procedimiento quirúrgico), en cada uno de los 4 grupos de patología enumerados.
- Analizar el factor cirujano mediante el estudio de la relación entre estos resultados y la experiencia de aquél (definida como el volumen de intervenciones realizado en el período analizado).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Cohorte retrospectiva de 6750 episodios de hospitalización en el Servicio de Cirugía del Hospital Lluís Alcanyís, en un período de 5 años, en la que se registraron prospectivamente las complicaciones postoperatorias (28 tipos distintos que se agruparon en las dependientes de la herida quirúrgica, intrabdominales, fallos orgánicos y vasculares), las reintervenciones por complicación del procedimiento quirúrgico, y la mortalidad intrahospitalaria. Se identificaron retrospectivamente, a su vez, los reingresos vinculados al episodio índice en el período. Se seleccionaron 4 grupos de patología representativos de la actividad quirúrgica de un servicio de cirugía general por su frecuencia y por presentar tasas de morbilidad importantes: cirugía de pared (931), apendicitis aguda (792), litiasis biliar (692) y neoplasias digestivas (400). Toda la información clínica fue codificada utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE9MC). Los diagnósticos y procedimientos fueron agrupados mediante la Clinical Classifications for Health Policy and Research (CCHPR), versión 2 (1998), desarrollada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), en 260 categorías diagnósticas y 231 categorías de procedimientos. Además del análisis descriptivo y bivariante, se utilizó la regresión logística para valorar las asociaciones entre complicaciones y características de los pacientes (edad, sexo, comorbilidad) y del episodio de hospitalización (ingreso e intervención programado/urgente, procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia, experiencia del cirujano), y un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox respecto al reingreso vinculado.

## **RESULTADOS**

La presencia de complicaciones se asoció en la cirugía de pared abdominal a la edad superior a 45 años (OR 2,06  $p < 0,01$ ), al sexo masculino (OR 2,06  $p < 0,001$ ), a la anestesia loco-regional y general respecto a la local (OR 1,81  $p < 0,05$  y OR 1,99  $p < 0,01$  respectivamente), y al ingreso urgente (OR 1,85  $p < 0,01$ ); en la apendicectomía a la edad superior a 45 años (OR 3,62  $p < 0,001$ ), a la presencia de perforación y/o peritonitis (OR 3,69  $p < 0,005$ ), y al cirujano

(OR 1,63  $p < 0,05$ ); en la cirugía biliar al sexo masculino (OR 1,69  $p < 0,01$ ), al ingreso urgente (OR 2,09  $p < 0,007$ ), a la cirugía urgente (OR 6,6  $p < 0,002$ ) y a la colecistectomía laparotómica frente a la laparoscópica (OR 2,56  $p < 0,004$ ); en las neoplasias digestivas a la edad superior a 45 años (OR 9,09  $p < 0,03$ ), al sexo masculino (OR 1,82  $p < 0,005$ ) a la cirugía urgente (OR 1,67  $p < 0,01$ ) y al cáncer colorectal (OR 1,61  $p < 0,07$ ). El reingreso relacionado con la cirugía previa se asoció en todos los grupos a la presencia de complicaciones durante el ingreso y a la eventración en la cirugía de pared abdominal (OR 2,59  $p < 0,01$ ). Los casos complicados doblaron en estancia media a los no complicados.

### CONCLUSIONES

- Los factores del paciente que se asociaron de forma independiente a la presencia de complicaciones fueron el sexo varón, en todos los grupos de patología analizados; la mayor edad, en todos los grupos con excepción de la cirugía biliar; la gravedad del diagnóstico en la apendicitis aguda; y el cáncer de recto, entre las distintas neoplasias digestivas.
- Los factores dependientes del ingreso hospitalario que se asociaron de forma independiente a la presencia de complicaciones fueron el ingreso urgente, la cirugía de urgencia y la anestesia general, aunque no en todos los grupos de patología analizados, ni con la misma fuerza de asociación.
- En los análisis bivariados, los factores citados se asociaron a una mayor duración de la estancia y a la mayor parte de los sucesos adversos analizados, aunque de forma diferente para los diversos grupos de procedimientos analizados.
- La presencia de complicaciones quirúrgicas se asoció de forma independiente al reingreso relacionado con la cirugía previa en todos los procedimientos analizados. En los análisis bivariados, la presencia de complicaciones –incluso las de herida– se asoció también a una importante prolongación de la estancia media.
- La presencia de complicaciones no se asoció de forma independiente al factor cirujano, como variable pronóstica en función de su experiencia, en ninguno de los grupos de patología a excepción de la apendicectomía.
- La monitorización específica de los sucesos adversos (complicaciones postoperatorias, mortalidad y reingresos) permite evaluar la calidad de los resultados de la atención hospitalaria en un Servicio de Cirugía.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Classifications for Health Policy Research: discharge statistics by principal diagnosis and procedure. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1993.
- Anderson GF, Steinberg EP. Predicting hospital readmissions in the Medicare population. *Inquiry* 1985; 22:251-258.
- 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; 324:370-376.
- Bruce J, Russell EM, Mollison J, Krukowski ZH. The measurement and monitoring of surgical adverse events. *Health Technol Asses* 2001; 5:1-194.
- Daley J, Iezzoni LI, Khuri SF. Complication rates as a measure of quality of care. *JAMA* 1995; 274:1674-1675.
- Iezzoni LI. Using administrative diagnostic data to assess the quality of hospital care. Pitfalls and potential of ICD-9-CM. *Int J Technol Assess Health Care* 1990; 6:272-281.
- Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Hughes JS, Fisher ES et al. Using administrative data to screen hospitals for high complication rates. *Inquiry* 1994; 31:40-55.
- Librero J, Marín M, Peiró S, Aguiló J. Complication Screening Programme: validity and sources of data. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:439-442.
- McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *B M J* 1991; 302:1501-1505.
- Nilsson E, Kald A, Anderberg B, Bragmark M, Fordell R, Haapaniemi S et al.. Hernia surgery in a defined population: a prospective three year audit. *Eur J Surg* 1997; 163:823-829.
- Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria: ¿una herramienta útil para la identificación de potenciales problemas de calidad? *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 179-187.
- Remmelt Veen MR, Lardenoye JHP, Kastelein GW, Breslau PJ. Recording and classification of complications in a surgical practice. *Eur J Surg* 1999; 165:421-424.
- Roos LL, Roos NP, Sharp SM. Monitoring adverse outcomes of surgery using administrative data. *Health Care Finan Rev* 1987; (AS):5-16.
- Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JMA. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000; 43:113-117.

COMUNICACIONES

P  
O  
S  
T  
E  
R



### **P-01: EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE URGENCIAS EN EL HGUM**

**AUTORES:** Pardo González, A; Luján Mercader, A; Jiménez Checa, MC.

**PALABRAS CLAVE:** Informe de alta en urgencias hospitalarias. Cumplimentación del informe de urgencias.

**OBJETIVOS:** Valoración de la correcta cumplimentación del informe de alta en urgencias del HGUM.

**METODOLOGÍA:** Se implantaron criterios de cumplimiento en el informe de alta que se dieron a conocer a los facultativos del área. Se llevó a cabo un estudio aleatorio de dichos informes y una reevaluación al cabo de unos meses.

**RESULTADOS:** En el primer estudio, la evaluación fue deficiente en algunos puntos que después de la reevaluación se modificaron, mejorando la cumplimentación.

**CONCLUSIONES:** La reevaluación continua de los procesos evaluativos en el área de urgencias son positivos en cuanto mejoran la calidad en la cumplimentación de los informes de alta y en la información que se obtiene de los enfermos.

### **P-02: AFLUENCIA DE INMIGRANTES A LA PUERTA DE URGENCIAS EN EL HGUM**

**AUTORES:** Luján Mercader, A; Pardo González, A; Jiménez Checa, MC.

**PALABRAS CLAVE:** Atención sanitaria a los inmigrantes.

**OBJETIVOS:** Valoración del número, franja horaria, procedencia, edad, sexo, patología y posesión de tarjeta sanitaria de los inmigrantes atendidos en la puerta de urgencias del HGUM.

**METODOLOGÍA:** Recuento de informes de inmigrantes atendidos en urgencias del HGUM durante un periodo preestablecido aleatoriamente, excluyendo los informes anulados por diferentes motivos dentro del marco muestral.

**RESULTADOS:** Del total de inmigrantes, el 81% corresponde a varones entre 20-40 años, que presentan patología leve sin que sea necesario su ingreso, que acude en horario de mañana y mayoritariamente de procedencia marroquí.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de inmigrantes no disponen de cartilla sanitaria a pesar de las facilidades para su obtención. Encontramos muchas dificultades en la relación médico-enfermo por el idioma. La dureza de su trabajo y la idiosincrasia de algunos de ellos satura nuestro servicio, no acudiendo a AP, en donde se podría solucionar la mayoría de su patología.

### **P-03: VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ÉXITUS EN URGENCIAS**

**AUTORES:** Alcaraz Martínez J, Sánchez Fuentes I C, Corbalán Hernández A, Sánchez Cánovas M E, Romero Gómez I.

**PALABRAS CLAVE:** éxitus, calidad asistencial, informe de alta.

**INTRODUCCIÓN:** Ante un caso de Parada Cardio Pulmonar y , en general, en los éxitos que se producen en Urgencias, la atención al paciente toma un protagonismo que puede quitar atención a otras funciones, como son la realización del informe de alta del fallecido. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad del informe de alta de los pacientes que fallecieron en Urgencias

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se obtuvo un listado con todos los exitus del año 2001 que se produjeron en el Servicio de Urgencias. Sus informes de alta fueron buscados en las Historias Clínicas y los que faltaban de estas, en el archivo de asistidos en Urgencias. Se establecieron cinco criterios para evaluar los informes, con sus correspondientes excepciones y aclaraciones.

**RESULTADOS:** De los 49 éxitos censados, se obtuvo información de 23 de ellos. En ellos, el informe de alta faltaba en el 34,8% de casos. Solo constaba información a familiares en 1 caso (4,3%).

Llegaron en situación de Parada Cardiorrespiratoria en el 45% del total, produciéndose la parada en el Servicio en el resto. Se iniciaron maniobras de RCP en el 45% de casos. En el 95% de casos consta el médico responsable del paciente.

**CONCLUSIONES:** Se observa una baja cumplimentación en información a familiares. Es necesario poner en marcha actividades de mejora con el fin de mejorar los resultados.

#### **P-04: MEJORA DE LA REALIZACIÓN DEL INFORME DE ÉXITUS**

**AUTORES:** Alcaraz Martínez J, García Ruipérez D, Aliaga Matas MF, Sánchez Iniesta F, Herranz Marín M T, Abad Corpa E.

**PALABRAS CLAVE:** éxitus, ciclo de mejora, informe de alta.

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de los objetivos a mejorar en el plan de Calidad del 2002 estaba el de la cumplimentación del informe de éxitus a los dos meses.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio, basado en la evaluación de 2001 es aplicar medidas de mejora en este año.

**MATERIAL Y MÉTODO:** En el año 2001 se realizó un muestreo de 48 historias en el archivo de historias clínicas. Tras conocer el nivel de cumplimiento, se fijó como estandar el 80% como parte de los objetivos del Contrato Programa de los Servicios.

En el 2002 se realizaron dos muestreos, uno en julio y agosto, coincidente con la bajada de actividad asistencial y otro en septiembre. Se compararon las tasas de cumplimentación con el test de la Chi cuadrado.

**RESULTADOS:** En el 2001 la cumplimentación fue del 58,3% (+ 13,9%) pasando al 69% ( $\pm 10,7\%$ ). En este año la cumplimentación en verano fue del 82,2% (+11,2) mientras en el mes de septiembre, pasó al 48,1% ( $\pm 18,85$ ).

Se ha encontrado un mayor cumplimiento, sin que se haya obtenido una significación estadística entre los dos años. Si se han encontrado diferencias entre el cumplimiento en verano, y el de septiembre ( $P < 0,005$ ).

**CONCLUSIONES:** Se observa una tendencia hacia la mejora, aún sin alcanzar el estandar marcado. En los meses de verano, con menor carga asistencial, se realiza una mejor cumplimentación.

Se han puesto en marcha nuevas actividades de mejora.

**P-05: ¿MEJORA LA INFORMACIÓN APORTADA AL LABORATORIO DE URGENCIAS LA IMPLANTACIÓN DE LA TARJETA GRAFITADA?**

**AUTORES:** Pascual Costa, RM.; Pérez-Martínez, A.; García Rocamora, MD.; Egea Caparrós, JM.; Benedito Rodríguez, JE.; Gómez Gómez, AE.

Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

H.G.U. J.M. Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

**PALABRAS CLAVE:** Tarjeta grafitada, diagnósticos, cumplimentación.

**INTRODUCCIÓN:** La cumplimentación del diagnóstico en el formulario de solicitud de petición de magnitudes biológicas constituye una herramienta de gran utilidad para la interpretación de los resultados obtenidos. La utilización de modelos de petición en formato de tarjeta grafitada permite facilitar la introducción de magnitudes biológicas solicitadas, datos demográficos, médico solicitante y otras informaciones complementarias.

**OBJETIVOS:** Determinar si el grado de cumplimentación de los diagnósticos se ha visto influenciado con la introducción de un nuevo modelo de formulario de solicitud de magnitudes biológicas en formato de tarjeta grafitada en el que se incluyen de forma codificada los diagnósticos más frecuentes que llegan al laboratorio de urgencias.

**METODOLOGÍA:** Se ha contabilizado por meses el total de analíticas sin diagnóstico recibidas en el Laboratorio de Urgencia durante un periodo anterior y posterior a la introducción de la tarjeta grafitada que tuvo lugar en Julio del 2002.

**RESULTADOS:** Porcentaje de incumplimentación de destinos:

Periodo anterior a la introducción de la tarjeta grafitada: Marzo:7,6%, Abril:6,5%, Mayo: 8,4% y Junio 16,0%.

Periodo posterior a la introducción de la hoja grafitada: Julio: 17,1%, Agosto: 29,7%, Septiembre: 32,7%, Octubre: 38,1%, Noviembre: 45,5%, Diciembre: 45,6%, Enero2003: 50,9%

Por destino peticionario: Periodo Marzo-2002 - Diciembre 2002.

Hospitalización sin diagnóstico 25,3%. Total analíticas 20341

Urgencias sin diagnóstico 26,2%. Total analíticas 40553.

**CONCLUSIONES:** Tras la introducción de la hoja grafitada, cuyo fin es facilitar la cumplimentación de las solicitudes, se ha observado ha aumentado el porcentaje de solicitudes que vienen sin indicar el diagnóstico. No se han observado diferencias en cuanto a la cumplimentación del diagnóstico según la procedencia de la petición (hospitalización o urgencias).

**P-06: CALIDAD PREANALITICA EN LA SOLICITUD DE MAGNITUDES BIOLÓGICAS AL LABORATORIO DE URGENCIAS**

**AUTORES:** Pascual Costa, RM.; Gómez Gómez, AE.; Egea Caparrós, JM.; García Rocamora, MD.; Benedito Rodríguez, JE.; Ortolá Devesa, J.

Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

H.G.U.J.M. Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

**PALABRAS CLAVE:** tarjeta grafitada, destino peticionario, cumplimentación.

**INTRODUCCIÓN:** La correcta cumplimentación de los formularios de solicitud de magnitudes biológicas afecta a la calidad de la fase preanalítica. La no cumplimentación del destino peticionario da lugar a pérdidas de informes analíticos y a demoras en la entrega de los mismos.

**OBJETIVOS:** Se ha observado que en nuestro Laboratorio de Urgencias hay problemas en la cumplimentación del campo destino, preferentemente de aquellas solicitudes proceden-



tes de urgencias. Esto apenas se observa en la hospitalización debido a que las etiquetas de identificación de los paciente incluyen esta información.. Para reducir este problema se ha introducido un nuevo formulario de solicitud de magnitudes biológicas en formato tarjeta grafitada codificando el campo destino para facilitar su cumplimentación.

Se pretende estudiar si esta medida mejora cumplimentación del destino peticionario.

**METODOLOGÍA:** Se han contabilizados el total de peticiones sin destino procedentes del Servicio Urgencias desde Enero del 2002 hasta Junio de 2002, periodo anterior a la introducción del formulario de solicitud en la tarjeta grafitada y desde Julio del 2002 hasta enero del 2003, periodo posterior su introducción.

**RESULTADOS:**

Enero 2002 - Junio 2002 : Total peticiones de urgencias 25.848

Total analíticas sin destino 960

% sin Destino 3.75%

Julio 2002 - Enero 2003 : Total peticiones de urgencias 29.810

Total analíticas sin destino 857

% sin Destino 2.87%

**CONCLUSIONES:** La instauración de un nuevo modelo de solicitud en formato de tarjeta grafitada con la codificación de los destino peticionarios, no ha supuesto una mejora de la cumplimentación del campo destino como cabía esperar.

Se deben tomar medidas correctivas tal como notas informativas, reuniones con los servicios peticionarios a fin de mejorar la cumplimentación del destino ya que ello repercute en la entrega de los resultados y por tanto en una demora de la asistencia del paciente en urgencias.

**P-07: EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA ORDEN DE TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

**AUTORES:** Leal Llopis, J.; Prados Utrabo, A.; Valdés Padial, B.; Adán Najera, E.; Illán Macanas, M<sup>a</sup> J.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación, Cumplimentación, Tratamiento.

**INTRODUCCIÓN:** La evaluación de la calidad asistencial es una actividad conducente a conocer a que nivel concreto esta el servicio o el aspecto del servicio cuya calidad medimos. El nivel de cumplimentación de los registros es un parámetro comúnmente utilizado en la evaluación de la calidad asistencial.

**OBJETIVO:** Evaluar la cumplimentación de la orden de tratamiento en una unidad de hospitalización.

**METODOLOGIA:** Diseño: Descriptivo transversal retrospectivo.

**Ámbito:** Unidad de hospitalización H4D (Servicios de CGD, ORL y OFT) del hospital Morales Meseguer.

**Fuente de datos:** Registro de orden de tratamiento (informatizado y convencional) que debe estar incluido en la historia clínica de los pacientes.

**Criterios de inclusión:** Pacientes ingresados en la unidad de hospitalización a estudio.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que no tuvieran el registro y pacientes que en el momento de la evaluación no estuvieran en la unidad por realización de alguna prueba complementaria.

Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica.

Tipo de datos: Proceso.

Instrumento de evaluación: Registro de evaluación de la orden de tratamiento. Criterios: C1: Identificación correcta; C2: Nombre del médico; C3: Servicio; C4: Alergias; C5: Diagnóstico; C6: Fecha; C7: Programación de medicación; C8: Firma legible de la enfermera. Metodología: Se realizó una evaluación de los criterios definidos el 15 de diciembre de 2002.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 36 casos, la totalidad de los pacientes ingresados en el momento de la evaluación. Se ha obtenido una cumplimentación superior al 90% en los criterios C1, C6 y C7. Los criterios con mayor porcentaje de incumplimientos fueron el C2 (45,7%), C4 (40%), C5 (40%) y C8 (77,1%). No se han obtenido diferencias significativas en la cumplimentación de los tratamientos informatizados y los convencionales.

**CONCLUSIONES:** La evaluación de protocolos nos proporciona posibles áreas de mejora con el objetivo de aumentar la calidad asistencial prestada a nuestros usuarios y nos indica la necesidad de realizar monitorizaciones sistemáticas.

#### **P-08: PRESCRIPCIÓN INFORMATIZADA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**AUTORES:** Pérez Pérez, I. Lafuente Rodríguez, A. Jiménez Molina, J.L., Albarracín Marín-Blázquez, M. Tomás Lizcano, A. y Miranda López, C.

**PALABRAS CLAVE:** Dosis unitarias, Prescripción, informatización.

**OBJETIVOS:** La Fundación Hospital de Cieza, se plantea la implantación del sistema informático de prescripción para la elaboración de las órdenes de tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de los procesos de Dispensación en Dosis Unitarias y administración de medicamentos.

**METODOLOGÍA:** La implantación se lleva a cabo en las siguientes fases:

1. Implantación del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU), en el 100% de las camas.
2. Informatización total del sistema de gestión de Farmacia, con la creación de los ficheros maestros necesarios para cada medicamento que contemplan aspectos relacionados con la gestión y la unidosis.
3. Creación de todos los parámetros generales implicados en el proceso de dispensación-administración: Servicios, Unidades de enfermería, camas por unidad, pautas y frecuencias de administración de cada unidad.
4. Informatización en el 100% de las camas del SDMDU, previa a la prescripción informática.
5. Selección del modelo de orden de tratamiento/ hoja de administración a utilizar.
6. Instalación de la infraestructura informática y asignación de claves personales.
7. Adiestramiento del personal implicado en el proceso.
8. Puesta en marcha progresiva y detección de problemas que se van corrigiendo hasta su total implantación.

**RESULTADOS:** La implantación consigue mejorar los siguientes aspectos:

- 1º. Identificación del paciente Rescatada de admisión.
- 2º. Ubicación del paciente: Rescatada igualmente de admisión.

- 3º. Hora en la que se realiza la prescripción: Se emite automáticamente por el programa.
- 4º. Se evita el proceso de transcripción ( posibles errores de dispensación)
- 5º. Identificación inequívoca de cada medicamento y su pauta de administración ( disminución de posibles errores de dispensación y administración).
- 6º. Prescripción ajustada a la Guía Farmacoterapéutica del hospital.

**CONCLUSION:** La implantación del sistema, en si misma, mejora la calidad del proceso al disminuir los potenciales errores ó problemas que se producen con más frecuencia en un sistema manual de prescripción, que son los aspectos expuestos en resultados, al mismo tiempo, se facilita las tareas al personal implicado en el proceso con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y una mejor gestión de costes.

### **P-09: CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: DIAGNOSTICO/ TRATAMIENTO. UME LORCA, CIEZA, MAZARRÓN**

**AUTORES:** Gallego Sánchez J.A.; López Gilabert M.C.; Luisa Valcárcel A.; Hernández Moreno F.; Ferrández Andreu A.; Fernández Cánovas M.L..

**PALABRAS CLAVE:** Calidad; Diagnóstico; Tratamiento.

#### **OBJETIVOS:**

- Analizar el problema detectado y establecer unos criterios de cumplimentación.
- Revisar las historias clínicas en base a los objetivos de mejora establecidos, de las UME de Cieza, Lorca y Mazarrón, del mes de Marzo de 2002.
- Establecer objetivos de mejora.
- Comunicar a las bases los resultados obtenidos para poder realizar un segundo análisis, aplicando ya dichos objetivos de mejora.
- Revisar las historias clínicas, de las bases mencionadas, del mes de Octubre 2002.
- Contrastar ambos resultados para comprobar la mejora en la calidad.

#### **METODOLOGIA:**

- 1) Autoevaluación interna retrospectiva.
- 2) Muestreo aleatorio sistemático.
- 3) Ciclo de mejora de calidad (EMCA)
- 4) Indicadores de calidad: 6 criterios

#### **RESULTADOS:**

**Primera evaluación:** Indicadores de Calidad: C1 (81%), C2 (82%), C3 (51%), C4 (39%), C5 (65%) y C6(100%).

**Segunda evaluación:** Indicadores de Calidad: C1 (100%), C2 (94%), C3 (82%), C4 (76%), C5 (89%) y C6(100%).

**CONCLUSIONES:** Se observa una mejoría en la calidad de la cumplimentación del diagnóstico y tratamiento, en las historias clínicas evaluadas, en los criterios 1,3, 4, 5 que suponían un 90% de los incumplimientos (p 0.001).

## P-10: CUMPLIMENTACIÓN DE DOCUMENTOS PARA REMITIR PACIENTES ENTRE APS Y UNIDAD DE FISIOTERAPIA: OPORTUNIDAD DE MEJORA

**AUTORES:** Abril Belchí, E; Gutiérrez Santos, M.; García González, A.L.; Ballesteros Pérez, A.M.; Sevilla Hernández, M.G., Mondero Tebar, M.I.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Interconsulta, Fisioterapia, Atención Primaria

### OBJETIVOS:

- 1º. Conocer los tipos de documento empleado para remitir pacientes desde la Atención Primaria de salud (APS) a la Unidad de Fisioterapia (UF) ubicada en el Centro de Salud de El Palmar.
- 2º. Valorar grado de cumplimentación de estos documentos.
- 3º. Analizar el grado de cumplimentación de los datos según el tipo de documento empleado.

**METODOLOGÍA:** De los documentos utilizados para remitir pacientes desde APS a la UF ubicada en el Centro de Salud de El Palmar (Murcia), durante un período de seis meses (346), se extrajo una muestra de 167 (nivel de confianza del 95%, error del 7% y suponiendo  $p=0,5$ ) mediante un muestreo sistemático. Se recogieron las siguientes variables: Tipo de documento empleado, cumplimentación de los siguientes apartados por parte del facultativo de APS: diagnóstico, antecedentes personales, Exploración física y de la cumplimentación, a través de Omi-AP, por parte del fisioterapeuta de los siguientes: Fecha de alta, Tratamiento y sesiones aplicadas, objetivos alcanzados y valoración al alta.

### RESULTADOS:

- 1º. El 25,2% (21,84%;28,56%) de los pacientes fueron remitidos mediante documentos cumplimentados con el Omi-AP, un 55,7% (51,86%;59,54%) mediante hoja de interconsulta (HIC) y 19,2% (16,15%;22,25%) el p-10.
- 2º. En un 86,8% (84,18%;89,42%) de los casos no se cumplimentaron los antecedentes personales, y en un 84,1% (81,27%;86,93%) la exploración física.
- 3º. Las técnicas aplicadas aparecen cumplimentadas en un 95,9% (94,37%;97,43%), la valoración al alta en un 90,6% y fecha de alta en 96,6%. (95,20%;98,00%).
- 4º. El diagnóstico se cumplimenta en el 100% de los documentos Omi-AP y en un 89,9% (87,57%;92,23%) de las HIC existiendo diferencias estadísticamente significativas con el p-10 ( $p=0,04$ ).
- 5º. Los AP se cumplimentan en un 36,6% mediante Omi-AP frente a un 3,2% del p-10 ( $p=0,0001$ ). No existen diferencias significativas en el resto de apartados.

### CONCLUSIONES:

- 1º. La cumplimentación de los documentos de comunicación con la unidad de fisioterapia presenta una oportunidad de mejora.
- 2º. Es preciso informar a nuestros profesionales de estos resultados e implantar medidas correctoras.
- 3º. La utilización de medios informáticos parece facilitar la cumplimentación de determinados apartados.

### P-11: MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA CON LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA OMI-AP

**AUTORES:** García González, A.L.; Fontcuberta Martínez, J.; Pérez Aguilar, F; Manrique Medina, R.L.; Martínez Montoya, J.A

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Omi-AP, Interconsulta.

**OBJETIVO:** Conocer si existen diferencias en el grado de cumplimentación de las hojas de Interconsulta (HIC) según el método: Manual o Informático.

**METODOLOGÍA:** Se evaluaron las HIC emitidas en la semana del 16 al 20/12/2002 de especialidades con agenda centralizada; del total (425) se extrajo una muestra (nivel de significación del 95% y un error 4,7% y  $p=0,5$ .) de 214. Se estudiaron las variables: cumplimentación (Manual/Omi-AP), Datos Administrativos (Nombre del centro, Nombre del paciente, nº seguridad social, nº CIP, dirección y teléfono del paciente, tipo de consulta, nombre del médico, fecha); Datos clínicos (Motivo de consulta, Exploración física, pruebas complementarias, tratamiento). Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias y análisis bivalente mediante 2.

#### **RESULTADOS:**

1º. Un 44,3% (37,47% a 51,13%) son realizadas mediante OMI-AP.

2º. Los datos administrativos se encuentran cumplimentados en un 100% el nombre del paciente; se cumplimenta en menor proporción es el nº de CIP con 67,8% (57,82% a 77,78%). 3º. El datos clínico más cumplimentado es la Exploración Física 80% (75,26% a 86,14%) y el menos cumplimentado son las pruebas complementarias 61,5% (54,37% a 68,63%).

4º. Los datos administrativos aparecen cumplimentados en un 100% de las hojas OMI-AP, existiendo diferencias significativas con respecto a las manuales en las variables: nº ss, nº CIP, Domicilio, nombre del médico, fecha ( $p<0,05$ ).

5º. Los datos clínicos también mejoran en cuanto al motivo de consulta, pruebas complementarias y tratamiento, pero en la exploración física no existe diferencia significativa.

**CONCLUSIONES:** Los registros en OMI-AP hacen que los datos administrativos se cumplimenten en el 100% de los casos, pero no ocurre lo mismo en el caso de los datos clínicos, que requieren la intervención manual del facultativo, en los que el grado de cumplimentación es similar al de las hojas manuales. El tratamiento, también en OMI-AP, tiene un grado de cumplimentación elevado, aunque se debería analizar, en próximos estudios, la adecuación del mismo para la patología que se deriva.

### P-12: CICLO DE MEJORA DE REALIZACIÓN INNECESARIA DE RX DE TÓRAX EN ESTUDIO PREOPERATORIO

**AUTORES:** Motos Lajara G, Sanz Campillo J, Alcaraz Martínez J, Castillo Bustos J A, Novoa Jurado A.

**PALABRAS CLAVE:** rx torax, preoperatorio, ciclo de mejora

**INTRODUCCIÓN:** En la evaluación preoperatoria en pacientes menores de 60 años y sin enfermedades de riesgo para la anestesia, la realización de Rx de tórax sistemática, no aporta una disminución del riesgo perioperatorio. En este trabajo se ha intentado reducir la prescripción sistemática de las mismas.

**OBJETIVO:** Disminuir el porcentaje de Rx de tórax en estudios preoperatorios a pacientes menores de 60 años, con riesgo quirúrgico bajo (ASA1).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una evaluación inicial, con un único criterio: "no realización de rx de tórax, en preoperatorio de pacientes ASA1 menores de 60 años". En octubre de 2001 se tomó una muestra de 160 casos entre los pacientes intervenidos en este año. Durante el año 2002, como actividades de mejora, se difundieron los resultados en los Servicios quirúrgicos y se editó un manual de bolsillo, recordando los criterios ASA y el preoperatorio preciso en cada caso. En noviembre de 2002 se tomó un nuevo muestreo de 38 casos ASA1, volviéndose a evaluar el cumplimiento del criterio. Como test estadístico se utilizó el de la Chi cuadrado.

**RESULTADOS:** En el 2001 se obtuvo un cumplimiento de 46,2% (pacientes sin rx de tórax), pasando al 76,3% en el 2002, siendo significativa la diferencia ( $p < 0,001$ )

**CONCLUSIONES:** Con las medidas adoptadas se ha mejorado la prescripción, evitando rx de tórax innecesarias.

### **P-13: VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI MEDIANTE UN CICLO DE GARANTÍA DE CALIDAD**

**AUTORES:** Gil Rueda B, Palazón Sánchez C, Osma Córdoba MM, Felices Abad F.

**FUNDAMENTO:** Analizar la incidencia de infección nosocomial (IN) en una UCI polivalente de nivel II, y evaluar el efecto de la utilización de sucralfato y la aplicación de estrictas medidas de asepsia sobre las distintas tasas de IN.

**MÉTODOS:** Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo de cohortes, de dos años de duración, sobre 400 pacientes distribuidos en dos grupos; Grupo A (n=200), observacional, y Grupo B (n=200), en el que se aplicaron medidas de mejora basadas en la administración de sucralfato, cumplimiento de la profilaxis antibiótica postquirúrgica y medidas estrictas de asepsia en las distintas instrumentalizaciones. Se han comparado las tasas de IN asociada a ventilación mecánica (NAV), infección urinaria relacionada con sonda uretral, bacteriemia vinculada a infección de catéter venoso central e infección de herida quirúrgica entre ambos grupos, así como la mortalidad intra-UCI.

**RESULTADOS:** En el grupo A, 29 pacientes desarrollaron una o más IN frente a 18 en el grupo B ( $p=0,06$ ). No apreciamos diferencias en la mortalidad global intra-UCI entre ambos grupos (10,5% vs. 10%;  $p=0,89$ ), aunque sí en la mortalidad de los pacientes con diagnóstico de IN (57,1% vs. 25%;  $p=0,03$ ). En aquellos que desarrollaron una NAV, observamos una reducción no significativa de la tasa de mortalidad (60% vs. 50%; grupo A y B). A pesar de la reducción lograda en los indicadores de IN, el nivel de incumplimientos del protocolo de intervenciones de mejora propuesto para el control de la IN se mostró elevado. Se muestra la frecuencia de incumplimiento de los criterios evaluados en los diferentes períodos de estudio, expresada como número absoluto de pacientes en los que se incumplió el criterio y porcentaje respecto del total de pacientes en los que se debería haber cumplido. -criterio 1: administración de sucralfato en pacientes con VM. -criterio 2: respeto profilaxis antibiótica. -criterio 3: normas estrictas de asepsia en inserción de catéteres vesosos centrales. -criterio 4: normas de asepsia estrictas en inserción de sonda uretral.

| CRITERIO   | GRUPO A   | GRUPO B  | P      |
|------------|-----------|----------|--------|
| CRITERIO 1 | 42 (100%) | 28 (76%) | 0,003  |
| CRITERIO 2 | 21 (87%)  | 26 (84%) | 0,70   |
| CRITERIO 3 | 30 (71%)  | 2 (4,6%) | <0,001 |
| CRITERIO 4 | 75 (100%) | 16 (19%) | <0,001 |

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados se sitúan en un nivel aceptable dentro del contexto de los estándares admitidos sobre IN en UCI. La instauración de un sistema de vigilancia y la aplicación de medidas de mejora han logrado reducir tanto la incidencia como la mortalidad de la IN, no así la mortalidad global intra-UCI.

#### **P-14: IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS, EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES, QUE MEJOREN LA CALIDAD ASISTENCIAL**

**AUTORES:** Gómez Gómez A.E, Pascual Costa R.M., Pérez Martínez A., García Rocamora M.D., Alvaro Meseguer A., Egea Caparros J.M.

Hospital G.U.J.M. Morales Meseguer. Laboratorio Análisis Clínicos. S.M.S. Murcia

**INTRODUCCIÓN:** Al revisar las hojas de control de la consulta de extracciones, observamos que se produce un aumento no justificado de afluencia de usuarios. Además hay un número elevado de usuarios que vienen sin cita previa. Todo ello implica una masificación de la consulta, que colapsa el espacio físico existente, y retrasos en la finalización de la toma de muestras, que afectan el trabajo del laboratorio.

**Objetivo:** Establecer estrategias de mejora que redunden en una menor masificación, eviten desplazamientos innecesarios de los usuarios y que estos no acudan sin citar.

**METODOLOGÍA:** Se decide elaborar una hoja informativa, para los clínicos del Hospital y del Área de Salud, en la que se hace referencia a las magnitudes biológicas cuya toma de muestra es imprescindible que se haga en la consulta de extracciones del hospital. El resto de magnitudes, no incluidas en la hoja informativa, su toma de muestra se hará en el Centro de Salud que le corresponda al usuario.

Además, se decide atender solo a los usuarios que estén citados en la consulta y por tanto no se tomaran muestras a pacientes sin cita.

Aplicamos la estrategia el día 4 de Noviembre, siendo informativa hasta el día 1 de Diciembre en que se hace obligatoria.

**RESULTADOS:** Con el número de pacientes atendidos en la consulta durante el año 2002 se calculan los porcentajes de paciente atendidos sin cita en cada mes. Se comparan los meses de Diciembre del 2001 y 2002, así como los meses de Enero de 2002 con 2003 del total de pacientes atendidos, observando que se produce una disminución.

Se comparan los porcentajes de pacientes que habrían sido atendidos sin cita durante los meses de Diciembre 2002 y Enero 2003 respecto a los del año anterior, observando que se produce una disminución significativa

**CONCLUSIONES:** Aunque el periodo de tiempo estudiado es corto y por tanto no muy significativo, consideramos que la medida está resultando eficaz aunque habrá que continuar haciendo en el futuro un seguimiento de la situación.



## P-15: PROYECTO DE MEJORA CONTINUA EN EL AREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL

**AUTORES:** Conesa Hernández, A.; Salinas Escolar, MR.; Allegue Gallego, JM.; Hernández Maestre, F.

**PALABRAS CLAVE:** Análisis de situación DAFO. Implicación de los profesionales. Calidad científico-técnica. Accesibilidad y confort. Expectativas de profesionales y usuarios. Excelencia.

**OBJETIVOS:** Este ambicioso proyecto de mejora continua en busca de la excelencia tiene como objetivo identificar los puntos débiles del área, favorecer la motivación hacia la calidad, dotar a los profesionales del área de técnicas y herramientas que permitan mejorar su actuación, cubrir las expectativas de los clientes internos y externos del área, mediante reingeniería de procesos, para conseguir la calidad científico-técnica, adhesión, satisfacción del usuario, accesibilidad, equidad y optimización de los recursos, reduciendo las bolsas de ineficiencia.

**METODOLOGÍA:** Se define la Misión futura o Visión del Área de urgencias. Se realiza un diagnóstico de situación, mediante análisis DAFO, realizado por un grupo de trabajo donde están representados todos los profesionales del área, priorizando e identificando ocho líneas estratégicas:

- 1º. Procedimiento y circuito del paciente ambulatorio. Triage.
- 2º. Procedimiento en las pruebas diagnósticas y derivaciones.
- 3º. Procedimiento en los ingresos hospitalarios.
- 4º. Procedimiento del paciente encamado.
- 5º. Circuitos e información a familiares dentro del área.
- 6º. Programa de formación docente para plantilla y MIR.
- 7º. Coordinación sociosanitaria.
- 8º. Plan de humanización del área.

Se determinan mecanismos de monitorización y evaluación continua.

**RESULTADOS:** A partir de la visión del área y del análisis DAFO se desarrolla la primera línea estratégica, donde se analizan:

Visión de la situación actual.

Mejoras en accesibilidad, información y confort.

Mejoras en trámites administrativos.

Mejoras derivadas de las expectativas de los profesionales.

Punto de Control e información.

Mejoras en la atención a personas que sufren malos tratos domésticos.

Mejoras para actuar sobre los motivos de reclamaciones y quejas de los usuarios.

Monitorización.

Todo esto interactuando con matrices de priorización, tiempo de ejecución, factor de impacto, consumo de recursos, nivel de responsabilidad, apoyos, comunicación-implicación-participación.

**CONCLUSIONES:** Se ha elaborado un proyecto ambicioso para conseguir ser el servicio de urgencias de elección de la población por su accesibilidad, excelencia asistencial por el prestigio y confianza depositada en sus profesionales, por su nivel tecnológico y por su atención personalizada.

### **P-16: LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO MEJORA EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL TRASPLANTE CARDIACO**

**AUTORES:** Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Sánchez Polo, M.T.; Baño Ortiz, P.; Guerrero Fernández, M.

**OBJETIVOS:** Valoración de la Hospitalización a Domicilio (HaD) como alternativa eficaz y eficiente en el trasplante cardiaco.

**METODOLOGÍA:** se han comparado los 12 trasplantes cardiacos del años 2002 y se han analizado los cuatro que utilizaron la HaD.

**RESULTADOS:** La E.M. en hospitalización convencional es de 35 días, 26 para el primer grupo frente a 55 del segundo grupo, a la que hay que sumar la EM de 9 días en HaD.

En dos casos se presentaron reingresos en HaD por infección por CMV (E.M.= 6,5 días). Las actividades desarrolladas en estos pacientes ha sido control clínico y analítico, tratamiento con Ganciclovir IV y cura de herida quirúrgica y escaras (3 casos). Además de tratamiento por infección respiratoria (1 caso)

El promedio del coste por estancia en HaD es de 83\_ y en hospitalización convencional de 422\_. Aunque la casuística es escasa, los resultados obtenidos son alentadores.

**CONCLUSIONES:** La Hospitalización a Domicilio es una alternativa válida y costo-efectiva para el acortamiento de estancias en trasplante cardiaco, permitiendo una más rápida reintegración del paciente a su medio familiar.

Es necesaria una protocolización de la atención a estos pacientes que defina los parámetros clínicos que permitan el cambio de modalidad asistencial.

### **P-17: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN NUEVO PROTOCOLO DE LABORATORIO PARA LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA**

**AUTORES:** Ferrer Cañabate, J.; Zarauz García, J M<sup>a</sup>; Ruiz López, A.; García - Villanova Ruiz, J.; Sánchez Vera, M<sup>a</sup>M.; y Gallego Ramírez, M<sup>a</sup> C.

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculina, protocolo, calidad.

**OBJETIVOS:** metodología y conclusiones:

La prueba de la tuberculina (mantoux) está basada en la capacidad de la micobacteria de inducir una reacción de hipersensibilidad celular retardada o tipo IV. De gran utilidad para conocer la exposición previa a la micobacteria como la existencia y/o comprobación de una vacunación frente a la misma, es una prueba de amplia distribución en toda la red sanitaria y por tanto nos planteamos evaluar la calidad del protocolo establecido para su determinación, así como las posibles opciones de mejora del mismo. Exportamos del sistema informático de nuestro hospital el histórico de esta determinación en los años 2000, 2001 y 2002, encontrando que no llegaban a leerse hasta un 17,39% de las pruebas pinchadas, y que de entre las leídas, los criterios tanto de preparación del paciente, de lectura de la prueba y de introducción de los resultados estaban sujetos a una gran variabilidad por causas obviamente subjetivas. Ante esta situación, nos proponemos realizar un programa de mejora, con la implantación de un nuevo protocolo que abarca la planificación por escrito de todo el desarrollo de la técnica, el cambio de la informatización de los resultados de manera que limitemos la subjetividad en la introducción de los mismos y se unifiquen ante el clínico los datos que éste reciba por parte del laboratorio, y la impartición de docencia al personal encargado tanto de la realización de la prueba.

### **P-18: CONTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA A LA PREVENCIÓN DE ERRORES RELACIONADOS CON LOS TRATAMIENTO CITOSTÁTICOS**

**AUTORES:** Díaz Carrasco, MS.; Pareja Rodríguez de Vera, A.; González Ponce, CM.; Real Panisello, M.; San Miguel Zamora, MT.

**PALABRAS CLAVE:** Errores de medicación, citostáticos.

**OBJETIVOS:** Evaluar la contribución del Servicio de Farmacia en la detección de errores en la prescripción de tratamiento citostáticos, durante un año.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio retrospectivo, revisando los errores detectados por el farmacéutico en las prescripciones de quimioterapia recibidas durante el año 2002, en una Unidad de preparación de citostáticos. Los datos se obtuvieron de las copias de las ordenes médicas y del registro de intervenciones.

**RESULTADOS:** Durante el año 2002 el Servicio de Farmacia preparó un total de 22.121 dosis de citostáticos para 1.797 pacientes. En la Unidad de preparación de citostáticos se detectaron durante ese período un total de 52 errores, correspondientes a 48 prescripciones. Estos errores, de distinta gravedad potencial, se distribuyeron de la siguiente forma: 5 errores se relacionaron con el paciente erróneo (9,6%); 7 correspondieron a omisión de la premedicación (13,5%); 30 al citostático (57,7%) (14 relativa a la dosis, 4 al principio activo, 1 a la vía de administración, 1 al tiempo de administración, 8 a la duración del tratamiento y 2 a la periodicidad entre ciclos); y 10 a la pauta antiemética (19,2%) (6 omisión, 4 pauta errónea).

Todos los errores, con excepción de los relativos a la pauta antiemética, se resolvieron desde el Servicio de Farmacia antes de la preparación del tratamiento. Las omisiones ó falta de adecuación de la pauta antiemética se comunicaron al facultativo mediante una nota incluida en el impreso de registro de administración de quimioterapia.

**CONCLUSIÓN:** El Servicio de Farmacia, a través de la Unidad de preparación de citostáticos, contribuyó al aumento de la calidad asistencial mediante la prevención de errores de medicación relacionados con la prescripción.

### **P-19: REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE PREANESTESIA: UNA APUESTA POR EL CAMBIO**

**AUTORES:** Gallo Sallent, I., García García, M., Manzano Saro, E., Martínez Garrigós, C., Meroño Rojo, M J, Madrigal de Torres, M.

**PALABRAS CLAVE:** Rediseño de Procesos, Consulta preanestesia, Satisfacción usuarios.

**OBJETIVOS:** tras una detección de oportunidad de mejora mediante grupo nominal se decidió aplicar un ciclo de mejora de la calidad asistencial en la gestión por procesos de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica mediante la creación de una consulta de preanestesia., con la finalidad de: a) disminuir el número de visitas del paciente al centro para realización de pruebas. B) informar al paciente para disminuir su ansiedad. C) valoración del riesgo quirúrgico por el anestesista. D) optimización de la programación quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** servicios evaluados: servicio de anestesia y servicios quirúrgicos, durante el año 1997 y reevaluación en el 2002. Criterios: cr1: historia clínica de preanestesia. cr2: rx tórax. cr3: analítica preoperatoria. cr4: ecg. cr5 tratamiento preoperatorio de aneste-

sia. cr6: consentimiento informado anestesia. cr7: clasificación asa. Fuente de datos: historias clínicas. Tipo de datos: de proceso y de resultados. Unidades de estudio: pacientes de cirugía programada y facultativos servicio de anestesia. Dimensiones: accesibilidad y satisfacción del usuario. Muestreo: aleatorio simple. Tamaño muestral: 100 h<sup>a</sup> clínicas en cada evaluación. Tipo de evaluación: retrospectiva interna y cruzada. Medidas de intervención: a) creación de una consulta de preanestesia. b) valoración del paciente por el anestesista. c) realización de pruebas complementarias en un día.

**RESULTADOS:**

| Criterio                      | % cump.antes | % cump.después | Mejora abs. | Mejora rel.% | Nivel signif. |
|-------------------------------|--------------|----------------|-------------|--------------|---------------|
| Historia Clínica de Preanes.  | 37,0         | 87,0           | 50,0        | 9,4          | p<0,001       |
| Radiología tórax              | 76,0         | 98,0           | 22,0        | 91,7         | p<0,001       |
| Análítica preoperatoria       | 94,0         | 97,0           | 3,0         | 50,0         | No sign.      |
| Electrocardiograma            | 95,0         | 97,0           | 2,0         | 40,0         | No sign.      |
| Tto. Preoperatorio anestésico | 46,0         | 77,0           | 31,0        | 57,4         | p<0,001       |
| Consent. Informado anestesia  | 3,0          | 94,0           | 91,0        | 93,8         | p<0,001       |
| ASA                           | 17,0         | 86,0           | 69,0        | 83,1         | p<0,001       |

**CONCLUSIONES:**

Hemos tenido mayor nivel de significación en los criterios de historia clínica de preanestesia, radiología de tórax, tratamiento preoperatorio anestésico, consentimiento informado de anestesia, y ASA. No ha habido una mejoría estadísticamente significativa en analítica preoperatoria y EKG debido a los altos niveles de cumplimiento en la primera evaluación, difícilmente mejorables o que ya habían alcanzado niveles óptimos.

**P-20: MEJORA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (SPCV). EFECTO EN LA CAPTACIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS**

**AUTORES:** Martínez López, J.; Casas Aranda, I.; Sánchez Pinilla, M.; Sánchez Pérez, MC.; Sequeira Pavón, M.; Cos Rodríguez, J.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria, Garantía de Calidad. Factores de riesgo cardiovascular.

**OBJETIVO:** evaluar el impacto que produce el SCPV sobre la cobertura de los servicios de Atención al consumidor excesivo de alcohol (SACEA), Hipertensos (SAH), Obesos (SAO), Enfermedades pulmonares crónicas obstructivas (SAEPOC).

**METODOLOGÍA:**

- 1º. Problema detectado: la detección de estos pacientes no se traduce en un aumento de coberturas de los servicios expuestos.
- 2º. Estrategia de mejora: usamos un diagrama de causa-efecto como análisis de la oportunidad de mejora, observando la falta de unas pautas de actuación como causa del problema.
- 3º. Elaboración de criterios: C1: todo paciente incluido en el SCPV ha de tener registrado su hábito alcohólico; C2: todo paciente con un consumo 40 gr. de alcohol/día ha de ser incluido en el SACEA; C3: todo paciente incluido en el SCPV ha de tener registrada la Tensión Arterial (TA); C4: todo paciente con TA>140/90 confirmada ha de ser incluido

en el SAH; C5: todo paciente ha de tener registrado su índice de masa corporal; C6: todo paciente con  $IMC > 30$  ha de ser incluido en el SAO; C7: todo paciente ha de tener registrado su hábito tabáquico; C8: todo paciente fumador con  $FEV1/FVC < 75\%$  debe ser incluido en el SAEPOC. Son excepciones la ausencia del factor de riesgo.

- 4º. Dimensión a evaluar: calidad científico-técnica.
- 5º. Tipo de datos: resultados del registro de actividades del SPCV.
- 6º. Unidades de estudio: pacientes incluidos en el SPCV; Pacientes consumidores en exceso de alcohol; pacientes hipertensos, pacientes obesos; pacientes con EPOC. Las actividades han de ser efectuadas indistintamente por médicos o enfermería.
- 7º. Fuentes de datos: para identificación de casos: registros informáticos específicos del programa OMI-AP.
- 8º. Identificación de casos: marco muestral: pacientes incluidos en SPCV en corte transversal a 30 de julio de 2001 (primera evaluación) y septiembre 2002 (re-evaluación)
- 9º. Tipo de evaluación: interna, retrospectiva, auto-evaluación.
- 10º. Diseño de la intervención: aumentar la sensibilidad de los profesionales y elaborar un protocolo con algoritmos decisionales.

**CONCLUSIONES:** las mediadas implantadas han producido un importante incremento en las coberturas del SAO, SAH y SACEA, no así en SAEPOC que ha de depender de causas distintas a las estudiadas.

## **P-21: EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

**AUTORES:** Leal Llopis, J.; Garcia Sanchez, C.; Prados Prados, B.; Cervantes Sanchez, M<sup>a</sup> J.; Jimenez Benitez, T.; Hernandez Ferrandiz, M<sup>a</sup> C.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación, Gráfica, Enfermería

**RESUMEN INTRODUCCIÓN:** La evaluación de la calidad asistencial es una actividad conducente a conocer a que nivel concreto esta el servicio o el aspecto del servicio cuya calidad medimos. El nivel de cumplimentación de los registros es un parametro comunmente utilizado en la evaluación de la calidad asistencial.

**OBJETIVO:** Evaluar la cumplimentación de la grafica de enfermeria en una unidad de hospitalización.

**METODOLOGIA:**

Diseño: Descriptivo transversal retrospectivo

Ámbito: Unidad de hospitalización H4D (servicios de CGD, ORL y OFT) del hospital Morales Meseguer.

Fuente de datos: Grafica de enfermería que debe estar incluida en la historia clínica de los pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en la unidad de hospitalización a estudio

Criterios de exclusión: Pacientes que no tuvieran el registro y pacientes que en el momento de la evaluación no estuvieran en la unidad por realización de alguna prueba complementaria.

Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica.

Tipo de datos: Proceso.

Instrumento de evaluación: Registro de evaluación de la grafica de enfermería elaborado por la dirección de enfermería del hospital Morales Meseguer.

Criterios: C1: Identificación correcta; C2: Diagnostico; C3: Alergias; C4: Fecha; C5: Días de observación; C6: Constantes vitales registradas (TA,Tª); C7: Constantes vitales en el color adecuado al protocolo; C8: Perdidas; C9: Ingresos; C10: Canulaciones; C11: Glucemia; C12: Nivel de dependencia; C13: Pruebas complementarias.

Metodología: Se realizo una evaluación de los criterios definidos a todas las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización el día 15 de diciembre de 2002.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 36 casos, la totalidad de los pacientes ingresados en el momento de la evaluación. No se ha obtenido incumplimientos en los criterios C1, C3, C4, C6 y C11. Los criterios con mayor porcentaje de incumplimientos fueron el C8 (47,8%), C10 (19,4%) y C12 (33,3%).

**CONCLUSIONES:** La evaluación de protocolos nos proporciona posibles áreas de mejora con el objetivo de aumentar la calidad asistencial prestada a nuestros usuarios y nos indica la necesidad de realizar monitorizaciones sistemáticas.

## **P-22: EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE VALORACIÓN INICIAL DE NECESIDADES Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA**

**AUTORES:** Leal Llopis, J.; García Sánchez, C.; Paredes Sidrach de Cardona, A.; Barba Abellán, R.; Uroz Oeo, R.; Ibáñez Bautista, R.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación, Valoración, observaciones, enfermería.

**RESUMEN INTRODUCCIÓN:** La evaluación de la calidad asistencial es una actividad conducente a conocer a que nivel concreto esta el servicio o el aspecto del servicio cuya calidad medimos. El nivel de cumplimentación de los registros es un parámetro comúnmente utilizado en la evaluación de la calidad asistencial.

**OBJETIVO:** Evaluar la cumplimentación del registro de valoración inicial de necesidades y observaciones de enfermería.

**METODOLOGIA:**

Diseño: Descriptivo transversal retrospectivo

Ámbito: Unidad de hospitalización H4D del hospital Morales Meseguer.

Fuente de datos: Registro de valoración de necesidades y registro de observaciones de enfermería que deben estar incluidos en la historia clínica de los pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en la unidad de hospitalización a estudio

Criterios de exclusión: Pacientes que no tuvieran el registro y pacientes que en el momento de la evaluación no estuvieran en la unidad por realización de alguna prueba complementaria.

Instrumento de evaluación: Registro de evaluación del registro de valoración y de observaciones de enfermería elaborado por la dirección de enfermería del hospital Morales Meseguer.

Criterios del registro de valoración (CV): CV1: Identificación; CV2: Datos generales; CV3: Valoración de todas las necesidades; CV4: Registro claro y no ambiguo; CV5: No uso de abreviaturas; CV6: Firma legible o código personal de la enfermera.

Criterios del registro de observaciones (CO): CO1: Identificación; CO2: Orden cronológico; CO3: Fecha; CO4: Turno; CO5: Firma legible o código personal de la enfermera.

Metodología: Se realizo una evaluación de los criterios definidos el 15 de diciembre de 2002.



**RESULTADOS:** Se obtuvieron 36 casos, la totalidad de los pacientes ingresados en el momento de la evaluación. Respecto al registro de valoración inicial de necesidades los criterios con mayor número de incumplimientos son el CV2(38,9%), CV2 (44,4%), CV5 (61,1%) y CV6 (52,8%). En relación al registro de observaciones de enfermería presenta una cumplimentación por encima del 90% en todos los criterios definidos excepto el CO5 que presenta un incumplimiento del 50% de los casos.

**CONCLUSIONES:** La evaluación de protocolos nos proporciona posibles áreas de mejora con el objetivo de aumentar la calidad asistencial prestada a nuestros usuarios y nos indica la necesidad de realizar monitorizaciones sistemáticas.

### **P-23: EVALUACIÓN INICIAL SOBRE LA ADECUACIÓN DE VÍAS VENOSAS EN URGENCIAS**

**AUTORES:** Manzanera Saura, J.T; Muñoz Jimeno, L; Fernández Abellán, P; López Montesinos, M.J; Martos García, L; Sánchez de Alba, A.

**INTRODUCCION:** En urgencias la práctica de accesos venosos es un procedimiento muy frecuente que se realiza con fines terapéuticos y/o fines diagnósticos. La proporción de pacientes que llegan a urgencias y se les practica un acceso venoso es elevada, y observamos que muchas de éstas vías venosas no se utilizaron adecuadamente; todo ello conlleva un riesgo iatrogénico para el paciente, un gasto innecesario de material, y un aumento de las cargas de trabajo para Enfermería.

#### **OBJETIVOS:**

- 1º. Determinar la proporción de pacientes a los cuales se les realiza un acceso venoso un urgencias.
- 2º. Evaluar la adecuación de la utilización de los accesos venosos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (S.U.H).

**METODOLOGÍA:** Estudio concurrente y retrospectivo sobre la adecuación de vías venosas en un S.U.H. Se realizó una recogida de datos durante Enero de 2002, en una parrilla diseñada para el estudio; y se completaron datos consultando las historias clínicas de los pacientes. El ámbito de estudio fueron los pacientes a los que se realizó un acceso venoso en urgencias, durante Enero de 2002, y que no fuesen susceptibles de exclusión, según los criterios definidos por el grupo investigador. La dimensión valorada es la científico-técnica, y los datos fundamentalmente de proceso.

**RESULTADOS:** Durante Enero de 2002 se asistieron 8962 urgencias (Pabellón general) en nuestro centro (HUVA); en un 18,50% se les practico un acceso venoso (1538 que no tenían criterios de exclusión). De éstos 1538, en 458 (29,77%) no se les aplicó ningún tratamiento por vía I.V. y 161 no llevaron sueroterapia. Del total de registros, se consideraron innecesarios 275 (18%), dándose un proporción casi al 50% entre vías venosas heparinizada o con sueroterapia. Para considerar inadecuada la vía venosa se consideró el motivo de consulta; destino final del paciente, uso de la vía venosa y una alternativa razonable a la medicación administrada por vía I.V.

**CONCLUSIONES:** Existe un porcentaje elevado (19%) de vías venosas que se consideraron innecesarias, lo cual se puede considerar como una práctica asistencial de mala calidad. Este hecho también nos lleva a un mal uso de la misma, aplicando tratamiento medicamentoso excesivo.



Consideramos que el desarrollo de protocolos o guías clínicas para el uso adecuado de los accesos venosos en los S.U.H. pueden llevarnos a disminuir el número de vías venosas innecesarias; mejorando así nuestro servicio asistencial, disminuyendo la iatrogenia y optimizando recursos tanto materiales como humanos.

#### **P-24: PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL DE AGUDOS**

**AUTORES:** Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Lucas Gómez, J.M.; Blazquez Pedrero, M.; Sevillano González, N.

**OBJETIVOS:** 1/ Monitorizar la efectividad del protocolo de prevención de úlceras por presión. 2/ Utilizar técnicas comparativas entre las unidades de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se han estudiado un total de 898 pacientes con escala de Norton (modificada) superior a 7 puntos. La recogida de los datos se ha realizado a través de cortes transversales mensuales recogidos por los supervisores a través de un registro establecido. El estudio se ha realizado durante el año 2002 en las unidades de hospitalización general del Hosp.Univ.Virgen de la Arrixaca.

##### **RESULTADOS:**

- Edad media de los pacientes: 65,2 años
- Puntuación media en la escala de Norton: 14
- Porcentaje de pacientes de riesgo: 31,6
- Prevalencia de UPP (en pacientes de riesgo): 3,6%

Se han agrupado las diferentes unidades de enfermería en cuatro grupos para estudiar las cargas de trabajo que la prevención de las úlceras supone comparativamente entre ellas.

##### **CONCLUSIONES:**

- El porcentaje de pacientes de riesgo es bastante elevado en nuestro entorno, lo que nos obliga a un gran esfuerzo para ofrecer unos niveles de calidad aceptables.
- La prevalencia obtenida es baja en comparación con la literatura.

#### **P-25: LOCALIZACIÓN Y ORIGEN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL DE AGUDOS**

**AUTORES:** Fernández Abellán, P.; Cortés Angulo, J.; Manzanera Saura, J.T.; Hellín Monasterio, J.; Blazquez Pedrero, M.; Lucas Gómez, J.M.

##### **OBJETIVOS:**

1º. Determinar las localizaciones más frecuentes de aparición de UPP.

2º. Determinar su origen.

**METODOLOGÍA:** Se han estudiado un total de 62 pacientes con úlceras por presión y escala de Norton (modificada) superior a 7 puntos. La recogida de los datos se ha realizado a través de cortes transversales mensuales recogidos por los supervisores a través de un registro establecido. El estudio se ha realizado durante el año 2002 en las unidades de hospitalización general del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**RESULTADOS:** La media de úlceras por paciente es de 1,22, y la localización más frecuente es el sacro, con el 77,3% de los casos, le siguen los talones con el 17,3%. El 41,3% de las

úlceras son de grado I, siendo de grado II el 21,3, de grado III el 17,3 y grados IV y V el 16% y 4%. La edad media fue de 65 años, aunque para los pacientes con más una úlcera se obtenían resultados superiores. La puntuación Norton obtenida en estos pacientes es de 18,1, ascendiendo para los pacientes con más UPP.

En cuanto al origen de las UPP, el 43,2% se originan en la propia unidad, y el 10,9% proceden de la UCI u otras unidades. Más del 16% provienen del domicilio y alrededor de un 30% tiene un origen indeterminado.

#### **CONCLUSIONES:**

- La localización de sacro y talones es la más frecuente como corresponde a pacientes encamados.
- La edad es un factor de riesgo para el desarrollo de más de una UPP.
- La escala utilizada es útil para la predicción de aparición de UPP.

### **P-26: MEJORA DE LAS COBERTURAS DE CARTERA DE SERVICIOS. IMPACTO DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA**

**AUTORES:** Sequeira Pavón, M., Casas Aranda, I.; Martínez López, J.; Sánchez Pinilla, M.; Cos Rodríguez, J. Baeza López, JM.

**PALABRAS CLAVE:** Cobertura servicios, Atención Primaria, Garantía de Calidad.

**OBJETIVO:** aumentar la cobertura de cuatro servicios de la cartera: Prevención cardiovascular, Atención al climaterio, Prevención de cáncer de endometrio y Atención al anciano.

#### **METODOLOGÍA:**

- 1º. Problema detectado: Estudiamos la cartera de servicios de Atención Primaria (junio del 2.001) observando una baja cobertura de los servicios mencionados.
- 2º. Estrategia de mejora: se reunió el equipo tres veces para trabajar el problema, usamos un diagrama de causa-efecto como análisis de la oportunidad de mejora. Detectamos que los médicos estamos sobrecargados de trabajo y enfermería está infrautilizada.
- 3º. Los criterios utilizados han sido explícitos y normativos, que son los contenidos en la inclusión de la población en los diferentes servicios.
- 4º. Dimensión a evaluar: calidad científico-técnica.
- 5º. Tipo de datos: proceso: inclusión o no en los 4 servicios que miden exclusivamente cobertura.
- 6º. Unidades de estudio: grupo de población según edad y género a los que un profesional sanitario (médico o enfermería) incluyó en el servicio
- 7º. Identificación de casos: marco muestral: pacientes incluidos en los servicios en corte transversal a 30 de julio de 2001. Fuente de datos: registro informático de OMI-AP. La potencia del sistema informático hace innecesario un muestreo.
- 8º. Tipo de evaluación: interna, retrospectiva.
- 9º. Diseño de la intervención: Proponemos que enfermería asuma de manera activa estas tareas, disponiendo de espacios de citación amplios en sus agendas u utilizando algoritmos de decisión que sirvan de guía.

**CONCLUSIONES:** La asunción por enfermería y la sensibilización de los profesionales sanitarios hacen aumentar la cobertura de los servicios evaluados en una proporción media del 23%, considerando este incremento satisfactorio. Nos proponemos monitorizar la calidad, vigilando semestralmente la evolución de la cobertura de estos servicios.

### **P-27: OPTIMIZACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD**

**AUTORES:** Alfaro González, J.V.; García-Giralda Ruiz, L.; Buitrago Gálvez L.; Hernandez Alemán, P.; Nicolás Rueda, A.; Sánchez Planes, F.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, cirugía menor, registros de enfermería, atención primaria

**OBJETIVO:** mejorar la calidad asistencial en cirugía menor reflejando la evolución, tratamiento y complicaciones de los pacientes intervenidos.

**METODOLOGIA:** dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor se ha analizado el problema de registro de enfermería, mediante el método de análisis de causa-efecto de Isikawa, debido a que es un problema difícilmente cuantificable, consistente en reflejar por ramificaciones todas las posibles causas del incumplimiento en el registro de seguimiento de enfermería, de lo pacientes intervenidos.

**CONCLUSIONES:** después de la detección del problema y su análisis, determinamos la priorización de situaciones mejorables discutiendo las posibles soluciones y estableciendo las siguientes actuaciones: 1) elaboración de un registro más sencillo, conciso y concreto, de fácil acceso en la consulta a demanda, 2) inclusión de los profesionales de enfermería en el ciclo de mejora para que anoten y dejen constancia de su trabajo en la hoja de registro, 3) facilitar a los pacientes su seguimiento ofreciendo flexibilidad en las citas, 4) valorar establecer una consulta programada, médica y de enfermería, para hacer el seguimiento de los pacientes intervenidos en la sala de cirugía menor.

### **P-28: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL Y MATERNAL**

**AUTORES:** Manzanera Saura, J. T.; Cortés Angulo, J.; Fernández Abellán, P.; Blázquez Pedrero, M.; Lucas Gómez, J. M.; Hellín Monasterio, J.

**OBJETIVOS:**

1º. Evaluar el cumplimiento del protocolo de acogida a los pacientes de nuestro hospital.

2º. Determinar oportunidades de mejora en su implantación en nuestro hospital.

**METODOLOGÍA:** Se han realizado encuestas a 172 pacientes. El tamaño muestral se eligió por el método LQAS, proporcionalmente en todas las unidades de hospitalización en el pabellón general y maternal. Dicha encuesta consta de 7 preguntas que deben responder los pacientes, y 2 ítem que rellena el encuestador, seleccionándose las respuestas que puntuaran como de "excelencia". Se han utilizado 2 indicadores, uno de cobertura y otro de eficiencia. Este último es muy exigente para su cumplimiento.

**RESULTADOS:** Los resultados obtenidos son de una cobertura del 100% y de una eficiencia del 30%. Sin embargo, hay un 71,5% de encuestas con resultados muy cercanos al considerado de "excelencia". El análisis de cada una de las preguntas nos desvela que las mayores deficiencias se localizan en presentarse al paciente (48% no recordaba si el personal se había presentado); siendo en las unidades del pabellón maternal las que más déficit tienen, tanto en presentarse (14% global, corresponde de éste un 41,66% al H. Maternal), como la entrega del folleto informativo (12,2% global, corresponde de éste un 70% al H. Maternal).

Se ha iniciado un proceso de mejora, para concienciar al personal de la importancia de presentarse al paciente, sobre todo en el hospital maternal; para ello les aportamos al personal documentación escrita sobre el tema ( artículos, folletos,...), realizamos sesiones en sus unidades y por turnos, para facilitarles la asistencia y llegar a todo el personal, información de lo que hacen otros centros y resultados,...con el objetivo de mejorar los resultados para este año 2003.

#### **CONCLUSIONES:**

El grado de eficiencia es más bajo del estándar esperado.

El acto de presentarse por parte del profesional en el momento de dar la información al paciente que acaba de ingresar, mejoraría de forma ostensible los resultados y en consecuencia el criterio de eficiencia.

Debe hacerse comprender al profesional que el entregar el folleto informativo (Guía del usuario), no es un mero formalismo, sino una parte de la acogida al paciente que ingresa, y es positivo para la imagen del centro y sus profesionales.

#### **P-29: EL USO DE PERFILES NO ESPECÍFICOS EN LAS PETICIONES DE EXPLORACIÓN ANALÍTICA PUEDE INCREMENTAR LAS INCIDENCIAS EN LAS MUESTRAS DE ORINA DE 24 HORAS**

**AUTORES:** García Rocamora M.D., Pérez-Martínez A., Pascual Costa R.M., Egea Caparrós J.M., Gómez Gómez A.E., Benedito Rodríguez J.E.

Hospital G.U. J.M. Morales Meseguer. Laboratorio de Análisis Clínicos. S.M.S. Murcia.

**RESUMEN:** Usar perfiles en el impreso de petición facilita el trabajo a la Unidad solicitante y al propio Laboratorio, pudiendo ser una herramienta para una adecuada utilización del Laboratorio. En nuestro Laboratorio tenemos más de 60 perfiles disponibles entre los tres modelos de petición (urgente, hospitalización-consultas y primaria). Uno de ellos es el utilizado en primaria para la revisión anual del diabético, que incluye la orina de 24 horas para la determinación de albúmina desde marzo de 2002.

Se analizan los registros diarios de incidencias de orina de 24 horas desde enero de 2000 a diciembre de 2002 (16101 muestras) y se calcula el porcentaje de incidencias. Se construye el gráfico de control estadístico de la calidad con las proporciones medias obtenidas semanal o mensualmente y los límites de control superior e inferior.

La proporción media de rechazos desde enero de 2000 a febrero de 2002 es del 15 %. La observación del gráfico permite conocer que el proceso en este periodo está controlado, excepto en julio y agosto de 2000 . Entre los meses de marzo-mayo de 2002 el promedio de muestras incorrectas es del 30%, identificando una situación fuera de control. Un conocimiento mejor del proceso indica como posible causa la incorporación de un nuevo modelo de petición para Primaria que incluye el perfil de revisión anual del diabético con la determinación de albúmina en orina de 24 horas. Comprobamos que más del 50% de las incidencias en orina de 24 horas son peticiones que solicitan dicho perfil, y después de informar a los centros peticionarios se decide excluir la albúmina en orina de 24 horas del perfil y que su solicitud se realice de forma aislada.

Después de la intervención, se miden las incidencias desde junio hasta diciembre de 2002, obteniendo una disminución significativa con promedio del 16%.

**CONCLUSIONES:**

- Los gráficos de control de la calidad detectan variaciones en indicadores y son una buena herramienta para observar situaciones con posibilidad de mejora.
- La inclusión de perfiles no específicos de orina en impresos de exploración analítica aumenta la proporción de incidencias.

**P-30: EVALUACIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN AREA DE SALUD**

**AUTORES:** Barragán Pérez, A.J.; García González, A.L.; Fontcuberta Martínez, J; Moreno Valero, M.A.; Martínez Montoya, J.A.; Pérez Aguilar, F.

**PALABRAS CLAVE:** Uso Racional del Medicamento, Prescripción Farmacéutica, Urgencias.

**OBJETIVOS:** Evaluar el cumplimiento del criterio "Las recomendaciones terapéuticas en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) se ajustarán a la relación de principios activos de medicamentos elaborada por la Comisión de Uso Racional del Medicamento (URM) del Area".

**METODOLOGÍA:** Emplazamiento: SUAP del Area de Salud de Cartagena.

**Método:** Se seleccionó, por el procedimiento LQAS (método de muestreo por lotes para el control de la calidad), un lote de 14 Historias Clínicas en cada uno de los SUAP (nivel de confianza del 95%, umbral del 55% y potencia del 80%) correspondientes a los pacientes atendidos en cada uno de los 5 SUAP existentes durante el periodo Octubre-2001 a Septiembre-2002 y se comparó con el estándar del 85% acordado. Para el tamaño determinado de los lotes, el número máximo de fallos admitido fue de 4. La extracción de la muestra se realizó por muestreo sistemático.

**RESULTADOS:** En ninguno de los 5 lotes correspondientes a cada uno de los SUAP el número de fallos superó los admitidos, por lo que se consideró alcanzado el estandar del 85% en todos ellos (78% de cumplimiento en el periodo Octubre-2000 a Septiembre-2001).

**CONCLUSIONES:** Los SUAP cumplen el criterio de prescripción farmacéutica indicado por la Comisión de URM del Area, con un alto porcentaje de adaptación de la prescripción a la relación de principios activos incluidos, habiendo incrementado la cifra obtenida en el ejercicio anterior.

El método LQAS es una técnica fácil para el seguimiento de los objetivos de las Unidades Clínico-Asistenciales.

**P-31: EVALUACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN REGLADA DEL E.C.G. EN EL 061 DE MURCIA**

**AUTORES:** Navarro Barba C; Inchaurreandieta Serrano J; Cortés Arracó J, Tornel Miñarro J; Ródenas Martínez N; Hernández Solera JA.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad; Diagnóstico; Tratamiento.

**OBJETIVOS:**

- Analizar el problema detectado y establecer unos criterios de cumplimentación.
- Revisar las historias clínicas en base a los objetivos de mejora establecidos, de todas las UME del 061 durante el mes de febrero de 2002.
- Establecer objetivos de mejora.
- Comunicar a las bases los resultados obtenidos para poder realizar un segundo análisis, aplicando ya dichos objetivos de mejora.
- Revisar las historias clínicas, de las bases mencionadas, del mes de Octubre 2002.
- Contrastar ambos resultados para comprobar la mejora en la calidad.

**METODOLOGIA:**

1º. Autoevaluación interna retrospectiva.

2º. Muestra: Universo (todas las Historias Clínicas del mes de octubre de 2002, todas las UMEs).

3º. Ciclo de mejora de calidad (EMCA)

4º. Indicadores de calidad: 5 criterios

**RESULTADOS:** Primera evaluación: Indicadores de Calidad: C1 (88%), C2 (71%), C3 (34%), C4 (9%) y C5 (36%).

Segunda evaluación: Indicadores de Calidad: C1 (98%), C2 (95%), C3 (59%), C4 (37%) y C5(93%).

**CONCLUSIONES:** Se observa una mejoría en la calidad de la cumplimentación del diagnóstico y tratamiento, en las historias clínicas evaluadas, en todos los criterios.

## **P-32: VIA CLÍNICA DEL CARCINOMA COLORRECTAL. UNA FORMA DE DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA EN LAS ACTUACIONES PROFESIONALES**

**AUTORES:** Pellicer Franco E. Soria Aledo V. Morales Cuenca G. Pérez C. Aznar MA. Aguayo Albasini JL.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica, cáncer colorrectal.

**OBJETIVO:** El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna digestiva más frecuente que se interviene en los Servicios de Cirugía General. Este proceso clínico está sujeto a una alta variabilidad en la práctica clínica derivado de las actuaciones de los profesionales encargados de su asistencia. Esta variabilidad se ha observado tanto en el período preoperatorio, durante el ingreso hospitalario y el seguimiento de estos pacientes. Todo ello conlleva errores en la preparación, la asistencia y el seguimiento de estos pacientes. Además, lleva asociado una alta estancia hospitalaria y con ello el aumento de los costes derivados de su asistencia. El objetivo de la presente comunicación es presentar la vía clínica del cáncer colorrectal elaborada en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

**RESULTADOS:** La vía clínica ha sido elaborada por un equipo multidisciplinario formado por cirujanos (3), digestólogos (1), anestelistas (1), radiólogos (1), patólogos (1) y enfermeros (4). el período de elaboración ha durado 4 meses con reuniones conjuntas semanales de 50 minutos de duración. Una vez reunido el equipo se decidieron los temas sobre los que habría que intervenir especialmente mediante una técnica de grupo nominal. Se repartieron los temas y se realizó una búsqueda de bibliografía basada en la evidencia científica para llegar posteriormente a un consenso entre los participantes. Se presenta la matriz temporal con una estancia postoperatoria estimada de 7 días. Se presenta también el protocolo de



pruebas diagnósticas y estudio de extensión tumoral, el protocolo de seguimiento del paciente operado y los estándares de calidad aceptados de la intervención quirúrgica y del estudio anatomopatológico.

**CONCLUSIONES:** Con la elaboración e implantación de esta vía clínica se pretende mejorar la asistencia de los pacientes intervenidos con diagnóstico de cáncer colorrectal y disminuir la variabilidad clínica en las prácticas profesionales. Con todo ello se debe conseguir la disminución de la estancia hospitalaria y de los costes asociados a este proceso.

### **P-33: VÍA CLÍNICA DE LA TIROIDECTOMÍA. UNA FORMA DE DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA EN LAS ACTUACIONES PROFESIONALES**

**AUTORES:** Candel Arenas MF, Soria Aledo V, Flores Pastor B, Miguel Perelló J, Carrasco González L, Aguayo Albasini JL.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica, tiroidectomía.

**OBJETIVO:** La tiroidectomía es un proceso frecuente en nuestro hospital, de curso clínico predecible y con una elevada variabilidad en cuanto al manejo postoperatorio el paciente. Encontramos dos situaciones específicas (control de la hipocalcemia postoperatoria tras la tiroidectomía total y el momento de retirar el drenaje) y otras generales (momento de inicio de tolerancia, tratamiento analgésico, inicio de deambulación y momento del alta hospitalaria) que provocaban una elevada variabilidad en la práctica clínica con resultado de altas estancias hospitalarias. El objetivo de la presente comunicación es presentar la vía clínica de la tiroidectomía elaborada en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

**RESULTADOS:** La vía clínica fue elaborada por cirujanos (3), endocrinólogos (1), anestesiólogos (1) y enfermeros (4) durante un período de 4 meses con reuniones conjuntas semanales. Se presenta la matriz temporal con una estancia postoperatoria estimada de 1 día para la hemitiroidectomía y 2 días para la tiroidectomía total. Se presenta también un protocolo de actuación sobre la hipocalcemia postoperatoria y los criterios de alta hospitalaria: dolor controlado, herida en buen estado, calcio iónico  $> 4$  mg/dl y no clínica de tetania.

**CONCLUSIONES:** Con la elaboración e implantación de una vía clínica se consigue disminuir la variabilidad clínica y mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes sometidos a una tiroidectomía.

### **P-34: VÍA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ASOCIADO. LA ADECUADA ELECCIÓN DEL PROCESO FACILITA SU IMPLANTACIÓN**

**AUTORES:** Soria Aledo, V.; Pellicer Franco, E.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, M<sup>ª</sup>F.; Leal Llopis, J.; Aguayo Albasini J.L.

**PALABRAS CLAVE:** vía clínica, colecistectomía laparoscópica.

**OBJETIVOS:** La colecistectomía laparoscópica es un proceso muy frecuente, de curso clínico predecible y con cierta variabilidad en cuanto al manejo postoperatorio de estos pacientes en nuestro Servicio. El objetivo de este póster es presentar la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica implantada en el Servicio de Cirugía general del Hospital



Morales Meseguer de Murcia, haciendo incidencia en la importancia de elegir un proceso frecuente y de curso clínico predecible para iniciar el diseño de vías clínicas en un Servicio de Cirugía.

**MATERIAL Y MÉTODO:** El grupo de trabajo estaba formado por 5 cirujanos, 1 anestesiista y 5 enfermeras (de quirófano, reanimación y planta). El tiempo de elaboración fue de 3 meses con reuniones conjuntas de 50 minutos un día a la semana. Una vez formado el grupo de trabajo, se elaboró un listado de temas en los que existía una elevada variabilidad. Se han actualizado con bibliografía extraída de bases de datos MBE y se elaboraron protocolos de asistencia en profilaxis antitrombótica, tratamiento antiemético postoperatorio y atención en el postoperatorio inmediato. Se han consensuado criterios de inclusión, exclusión, actitud y cuidados del paciente en el postoperatorio inmediato y alta hospitalaria.

**RESULTADOS:** Se presenta la matriz temporal de la vía clínica, así como los criterios de inclusión, exclusión y alta hospitalaria. La estancia estimada para el paciente sin complicaciones es de dos días incluyendo ingreso y alta hospitalaria. Se incluye un plan de cuidados de enfermería asociado a la vía clínica.

**CONCLUSIÓN:** La colecistectomía laparoscópica es un proceso idóneo para empezar en un Servicio de Cirugía el camino de las vías clínicas debido a la alta frecuencia y predecibilidad del proceso.

### **P-35: VÍA CLÍNICA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO: UN RETO PARA DISMINUIR LA GRAN VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**AUTORES:** Soria Aledo, V.; Flores Pastor, B.; Candel Arenas, MF.; Andrés García, B.; Coll Salinas, A.; Aguayo Albasini, JL.

**PALABRAS CLAVE:** Vía clínica, neumotórax espontáneo.

**OBJETIVOS:** El neumotórax espontáneo primario se trata de forma adecuada por la mayoría de hospitales y cirujanos de nuestro país. Sin embargo existe una gran variabilidad clínica en las actuaciones de los distintos profesionales debido a la falta de evidencia científica y estudios comparativos sobre muchos aspectos de su tratamiento: indicación de tratamiento conservador, indicación de ingreso hospitalario, calibre del drenaje pleural, lugar de inserción del mismo, controles radiológicos, momento de pinzamiento de drenaje pleural, momento de retirada del drenaje o alta hospitalaria. Nos propusimos elaborar una vía clínica que consiguiera poner de acuerdo al personal que atiende a dichos pacientes (radiólogos, cirujanos, anestesiistas y enfermeros). El objetivo de este póster es presentar la vía clínica del neumotórax espontáneo primario elaborada en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

**RESULTADOS:** Se presenta la vía clínica del neumotórax espontáneo primario que fue elaborada por cirujanos (5), anestesiistas (1), enfermeros (5) y radiólogos (1). La matriz temporal de la vía clínica tiene una estancia estimada de 4 días incluyendo el día de ingreso y alta, así como el listado de criterios de inclusión, exclusión, indicaciones de drenaje pleural, indicación de clampaje y retirada del drenaje pleural y criterios de alta. Se incluye también la indicación de tratamiento conservador para los neumotórax pequeños en pacientes clínicamente estables así como una matriz temporal específica con una estancia estimada de 2 días.

**CONCLUSIÓN:** El neumotórax espontáneo primario es un proceso frecuente y con una llamativa variabilidad en la práctica clínica; la vía clínica que presentamos puede ser un arma eficaz para combatirla.

**P-36: LA UNIDAD DE ANALGESIA EPIDURAL OBSTETRICA. REDISEÑO PARA LA EFICIENCIA: CUATRO AÑOS DE BUENOS RESULTADOS**

**AUTORES:** López Soriano F, Pozo Martínez P, Bernal Peñalver L, Cánovas Serrano A.

**Palabras clave:** Analgesia Epidural Obstetrica. Eficiencia.

**OBJETIVO:** Conocer la elección, los resultados y la satisfacción de la Unidad de Analgesia Epidural en el parto en el H. del Noroeste de Murcia. Estabilización del proceso. Posicionamiento de la Unidad en el contexto público regional.

**METODOLOGÍA:** Describir la accesibilidad, la información, la elección y la satisfacción con el proceso y los resultados de las parturientas adscritas a nuestra Área de Salud.

Diseño del circuito desde que la embarazada acude a su Centro de Salud, es captada por su matrona que la dirige a cualquiera de las sesiones clínico-informativas quincenales que establece la Unidad. Documento de antecedentes clínicos, consentimiento informado y elección. Protocolización de la Analgesia intraparto, papel de la matrona hospitalaria, seguimiento y satisfacción de las paciente.

**RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Oferta al 100% de las pacientes. Excelente acogida de las sesiones informativas en las que pueden participar colectivamente o en privado en la elección de esta alternativa analgésica.

Muy alto porcentaje de partos con Epidural, que supera las cifras de cualquier hospital público de nuestra región, aún por encima de las propuestas para el Contrato de Gestión 2003 . Muy alta satisfacción de nuestras pacientes con el proceso y los resultados del servicio ofertado.

**P-37: DE ORGANIZAR RECURSOS A GESTIONAR PACIENTES. LA UNIDAD DE MAMA**

**AUTORES:** Claver Valderas, MA; García Sánchez, MJ; Illana Moreno, J.; Piñero Madrona, A.; Bixquert Montagud, V.; Guerrero Fernández, M.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de mama, gestión por proceso, unidades clínicas.

**OBJETIVOS:** Puesta en marcha de una estrategia de actuación para el diagnóstico y tratamiento precoz de la patología mamaria sospechosa de malignidad detectada a través del programa de screening de cáncer de mama. Su objetivo se fundamenta en ofrecer la respuesta más rápida posible dentro de una atención integral y en tratar de eliminar al máximo la carga de ansiedad asociada a esta enfermedad al acortar las demoras, ofreciendo una información clínica y metodológica, adecuada, veraz, oportuna y continuada. Evaluación del período comprendido entre el 20 de septiembre de 2002 y el 23 de enero de 2003.

**METODOLOGÍA:**

1.- Puesta en Marcha de la Unidad Funcional: Con integración de los servicios de: Cirugía General, Radiología, Medicina Nuclear y Anatomía Patológica. Se cuenta con la actuación posterior de Oncología Médica y Radioterápica y Cirugía Plástica, en función del diagnóstico definitivo y evolución de los pacientes.

## 2.- Diseño del circuito de actuación:

- Jueves: selección de mamografías sospechosas de malignidad.(AECC)
- Viernes: Cita para Historia Clínica, valoración de mamografía y solicitud de estudios complementarios
- Lunes y Martes: realización de pruebas (MIBI, ecodópler de mama y PAAF). Valoración preanestésica y cualquier otra exploración complementaria que se considere.
- Miércoles:-Programación Quirúrgica (sesión de tarde o de mañana), colocándose arpon y/o trazador para linfografía, durante esa mañana o la tarde previa respectivamente. Estudio histopatológico intraoperatorio de la lesión y/o ganglio centinela.

## RESULTADOS:

- ACTIVIDAD: 24 pacientes remitidas desde AECC.
- TIEMPO DE ESPERA DE LA PRIMERA CONSULTA: 1 día.
- TIEMPO DE ESPERA AL TRATAMIENTO: 4.13 días.
- ESTANCIA MEDIA: 2,79 días.
- CIRUGÍA CONSERVADORA: 62%.
- RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: 25%.

## CONCLUSIONES:

- 1º. Mejor pronóstico por mayor rapidez en diagnóstico y tratamiento.
- 2º. Mayor información a las pacientes tanto clínica como metodológica.
- 3º. Cirugía menos agresiva y de menor riesgo quirúrgico.
- 4º. Mayor eficiencia en la gestión por disminución de actos quirúrgicos y de la E.M.
- 5º. Mayor satisfacción e implicación de los profesionales.
- 6.- Mayor satisfacción de las pacientes.

## P-38: SISTEMA DE GESTIÓN DE REACTIVOS Y PEDIDOS EN UN SERVICIO DE LABORATORIO

**AUTORES:** A. Pérez-Martínez, R.M. Pascual Costa, J.M. Egea Caparrós, M.D. García Rocamora, A.E. Gómez Gómez, J. E. Benedito Rodríguez.

Hospital G.U. J.M. Morales Meseguer. Laboratorio de Análisis Clínicos. S.M.S. Murcia

**PALABRAS CLAVE:** Reactivos y material de laboratorio, gestión de pedidos, informatización.

**OBJETIVOS:** La gestión de los materiales y reactivos utilizados en un laboratorio de análisis clínicos representa una tarea ardua, dado el elevado número de productos que se abarcan. Por ello, pretendemos mejorar la gestión de este apartado del laboratorio, en cuanto a disponer de una base de datos que englobe todos los artículos, perfectamente ordenados y catalogados, con información pormenorizada de cada uno, que nos permita elaborar directamente los pedidos de aquellos materiales necesarios, llevando un control exhaustivo del estado de los pedidos realizados en cada momento en cuanto a fecha de petición, de recepción, retraso en los envíos,... clasificado todo ello en función de las distintas necesidades de las secciones del laboratorio, de forma que cada una de ellas pueda controlar sus propias demandas. Además, nos permitirá gestionar adecuadamente el stock de material disponible en el laboratorio, al presentar una actualización instantánea del consumo de reactivos realizado, evitando que tengamos un stock de inmovilizado excesivo.

**METODOLOGÍA:** Para ello utilizamos una aplicación informática que hemos desarrollado, utilizando el programa MS Access, basado en bases de datos relacionales, donde se recogen toda la información necesaria para que, mediante una serie de pantallas adecuadas (formularios), podamos realizar todas las funciones desarrolladas en la aplicación, que nos permiten controlar el stock de materiales, realizar e imprimir nuevos pedidos de material, registrar la recepción de dicho material y el consumo, controlar los retrasos en recepción, mantener actualizada la base de datos de materiales utilizados,...

**CONCLUSIONES:** Con esta aplicación informática pretendemos conseguir una gestión más eficaz de todos los materiales y reactivos necesarios para el funcionamiento de un laboratorio clínico, evitando los fallos de stock o pedidos que ocasionan retrasos en la realización de técnicas analíticas, con el consiguiente perjuicio a los pacientes a los que se solicitan dichas determinaciones. Así mismo, dado que es posible llevar un control global y un control local por parte de cada sección, se puede mejorar el seguimiento por parte de cada sección de sus propias necesidades (en cuanto a materiales y reactivos), permitiendo un seguimiento continuo de las existencias en cada momento.

### **P-39: IMPLANTACION DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**AUTORES:** Sánchez Teruel F., Castillo Gómez C., Martínez Soriano G.M., Ortega Villanueva M.P, Azorín López M.C.y García Rodríguez A.

**PALABRAS CLAVE:** Recepción, medicamentos, informatización.

**INTRODUCCIÓN:** Los servicios de Farmacia Hospitalaria han visto incrementadas las tareas de adquisición de medicamentos, siendo relevante para la seguridad de las actuaciones (evitar errores), como para la correcta gestión de los recursos la protocolización y enfoque hacia la evaluación y mejora continua de los procesos de recepción.

**OBJETIVOS:** Implantación y mantenimiento de un sistema de calidad en el área.

Mejora de actividades desarrolladas mediante la realización de auditorías y acciones correctoras y preventivas.

Alcanzar los niveles de calidad y productividad establecidos mediante indicadores de seguimiento.

**MATERIAL Y METODO:** Se crea un grupo de mejora para analizar las distintas fases del proceso e identificación de problemas:

1º. Elaboración de un protocolo de actuación:

- Comprobación cualitativa-cuantitativa de todo medicamento con el albaran de entrega.
- Comprobación cadena de frío.
- Existencia de información documentada del lote y caducidad del producto.
- Procesar la entrada a tiempo real, para evitar errores.

2º. Implantación nueva sistemática de trabajo, comprobando el pedido recepcionado en el aplicativo informático.

3º. Implantar hoja de "detección de problemas", dividida en:a) Adquisición/Recepción con 8 Items.b) Actuación

**DESARROLLO:** Se realiza un estudio retrospectivo de una muestra de 2.186 entradas de medicamentos (universo) en el periodo comprendido entre 13-3-2001 a 31-12-2001.Se generan 27 hojas de detección de problemas, siendo correctas el resto de las entradas.Las incidencias más prevalentes fueron en total 24:

|   |   |
|---|---|
| -Medicamento no solicitado                | 8 |
| -Duplicidad pedido                        | 5 |
| -Pedido otro hospital                     | 3 |
| -Rotura medicamento                       | 3 |
| -Cambio código nacional                   | 1 |
| -No seguir los pasos del protocolo        | 1 |
| -Tipo envase clínico/normal no solicitado | 1 |

Se contemplan tres entradas con problemas relacionados con los albaranes (Albaran /no corresponde /no presencia del mismo). Criterio no incluido en la hoja de detección de problemas.

**CONCLUSIONES:** La protocolización/informatización del proceso, da seguridad y eficacia. La hoja de detección de problemas se define como una medida eficaz en la recepción de medicamentos, decidiendo incluir un criterio más de valoración:Albaran adecuado/presencia o no.

Se detecta la posibilidad de mejora en la gestión con proveedores.

#### **P-40: REVISIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA**

**AUTORES:** Tomás Lizcano A. Salmerón Aroca, JA. Rodríguez Molina FJ. Arias Estero J. Caravaca Alcaraz B. Lucas Saorín, S.

**PALABRAS CLAVE:** Atención primaria, informe de enfermería al alta, continuidad de cuidados

**OBJETIVOS:** Revisar y adaptar a los requerimientos y necesidades de la enfermería de atención primaria del área el informe de enfermería al alta hospitalario. Proporcionar al paciente una continuidad de cuidados a domicilio.

**METODOLOGÍA:** Nuestro hospital tiene como modelo el basado en la Escuela de Necesidades , centrando el papel de la enfermería en la relación suplencia/ayuda del modelo de cuidados de V. Henderson.

Se elaboró una plantilla informatizada. Se registran los datos demográficos del paciente, fechas de ingreso y alta, motivo, diagnóstico médico y perfil del paciente. Valoramos la situación del paciente respecto a las necesidades de: Respiración/oxigenación, Nutrición/metabolismo, Eliminación, Descanso/sueño, Actividad/ejercicio, Nivel de Autonomía, Rol/relaciones, Seguridad, comunicación, Autoestima/autopercepción, Integridad de piel y mucosas. Se registra los sondajes y vías venosas (tipo y último cambio). Se seleccionaron para su inclusión en el informe las etiquetas diagnósticas NANDA más frecuentes en nuestro ámbito, así como recomendaciones de enfermería al alta. El informe se dirige a la enfermería del centro de salud correspondiente.

**RESULTADOS:** El informe es valorado positivamente por parte de enfermería por su fácil manejo, rapidez en la cumplimentación y claridad. Se elabora para el 100% de las altas en las Unidades de Medicina Interna y Geriátrica y se ha comenzado a introducir en la Unidad Quirúrgica.

**CONCLUSIONES:** Hemos cumplido nuestro objetivo de elaborar un único informe de enfermería al alta adaptado a las diferentes unidades de hospitalización, consensuado con el equipo de enfermería de atención primaria que proporciona continuidad de cuidados al paciente tras su marcha del hospital.

#### **P-41: CONFIGURACIÓN DE REGISTRO GRÁFICO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA**

**AUTORES:** Rodríguez Molina A. García Ruiz A. García Lucas M. Iniesta Martínez D. Carrillo Martínez RJ. Martínez Hidalgo M.

**PALABRAS CLAVE:** Equipo multidisciplinar. Balance hidroelectrolítico.

**OBJETIVOS:** Obtener un registro gráfico de referencia para el equipo multidisciplinar. Conseguir un tamaño óptimo para el registro de constantes del paciente. Unificar la simbología existente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Hoja de cálculo.
- Gráficas de otros hospitales.
- Protocolo de balance hidroelectrolítico de nuestra unidad.

**RESULTADOS:** Se creó un registro de enfermería que satisfacía las necesidades existentes en nuestra planta quirúrgica y que junto con los formatos "valoración" y "observaciones" de enfermería, configurara la historia de enfermería propiamente dicha.

Dicho registro recoge todos aquellos aspectos del paciente susceptibles de medición y/o clasificación, así como sirve a la vez de instrumento de seguimiento para los cuidados enfermeros ofrecidos a nuestros pacientes:

- 1º. Identificación del paciente(espacio para nuestra etiqueta adhesiva correspondiente)
- 2º. Control de constantes.
- 3º. Registro de entradas y salidas (balance hidroelectrolítico).
- 4º. Registro de tipo de dieta.
- 5º. Control de canulaciones
- 6º. Control de glucemias.
- 7º. Cuidado de heridas y tipo.
- 8º. Cuidados relativos a higiene, postura y movimiento (en los que participa activamente la fisioterapeuta de la unidad).

**CONCLUSIONES:** Se ha conseguido un registro gráfico adaptado a las necesidades de nuestra unidad quirúrgica, que garantiza una mejor calidad en los cuidados enfermeros.

#### **P-42: PROGRAMA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA**

**AUTORES:** Tomás Lizcano, A. Caravaca Alcaraz, B. Rodríguez Molina FJ. Arias Estero, J.; Candel Rubio, C. Marín-Blazquez Ríos, C.

**PALABRAS CLAVE:** Personal de nueva incorporación, Guía de bienvenida.

**OBJETIVOS:**

- Facilitar al personal de enfermería de nueva incorporación la integración en el equipo de trabajo del hospital.
- Contribuir a un mejor aprovechamiento del periodo de formación a los alumnos de enfermería y F.P. en prácticas.

**METODOLOGÍA:** Se ha diseñado un programa de acogida tanto para el personal de nueva incorporación como para los estudiantes de enfermería y FP en prácticas. El programa de

acogida se puso en marcha en Junio de 2002 con motivo de las sustituciones por vacaciones y a partir de Septiembre de 2002 para alumnos en prácticas. Se plantean 3 actuaciones:

- 1º. Cita por categorías profesionales en el salón de actos de hospital en la que se presentan los miembros del Departamento de Enfermería. En el caso de estudiantes en prácticas se citan con los tutores asignados.
- 2º. Entrega de la Guía de bienvenida al personal de nueva incorporación. Este manual fue diseñado con objeto de facilitar al trabajador toda la información que pudiese ser de utilidad. Se incluyen 5 apartados de información:
  1. Factores geográficos de la comarca
  2. Organización interna: turnos, trámites de incorporación, funcionamiento y organización de actividades en la unidad de enfermería. Este apartado fue elaborado por cada supervisor. Incluye situación del servicio, recursos humanos, turnos de trabajo, organización por tareas, días de pedido, etc.
  3. Área de cobertura del hospital.
  4. Características del centro: recursos estructurales, cartera de servicios, organigrama del hospital y del departamento de enfermería, recursos humanos y estructura de la plantilla.
  5. Información de interés general. Plano del hospital.

Además de la guía se le entregan a los trabajadores, información de actividades de ocio y turismo en Cieza.

- 3) Visita guiada al hospital y a la Unidad asignada. Bienvenida de los miembros del equipo.

**RESULTADOS:** El programa de acogida tanto para personal que trabaja por primera vez como para alumnos en prácticas se ha valorado de forma positiva ya que facilita en gran medida la incorporación a la unidad de enfermería. Durante el 2003, a través de una encuesta de satisfacción pretendemos mejorar nuestro programa.

**CONCLUSIONES:** Es muy importante facilitar toda la información que pueda demandar y que le sea útil al trabajador que no conoce el hospital. Ello contribuye a acortar el tiempo de adaptación al nuevo puesto de trabajo. En el caso de estudiantes de enfermería disminuye la ansiedad que pueda generar el primer contacto con un hospital.

### **P-43: LA IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DEL ESTADO ESPAÑOL**

**AUTORES:** Pallarés Ruiz, TI; Cornejo Polanco, JA.

**PALABRAS CLAVE:** Protocolos, Identificación, Neonato, Muestras biológicas.

**OBJETIVOS:**

- Conocer la existencia de un protocolo unificado de identificación del RN en las Instituciones Sanitarias.
- Evaluar los diferentes métodos recopilados con arreglo a los criterios: Técnica, Coste, Manejo, Fiabilidad.

**METODOLOGÍA:**

- Búsqueda documental de protocolos existentes y métodos empleados en la recogida de muestras biológicas.
- Consultas en la Secretaría del Registro Civil en Lorca en cuanto a legislación vigente y en la Comisaría de la Policía Nacional en Lorca en lo que se refiere al uso de las muestras



recogidas como prueba en una posible investigación para determinar la identidad del RN.

- Comunicación directa con diversos centros sanitarios para recavarles información y documentación del método empleado.

**RESULTADOS:**

- Tras examinar la información recibida, vemos que no existe un protocolo unificado. Se utilizan varios métodos de identificación, que sólo tienen en común el uso de pulseras codificadas para la madre y RN y la Certificación de nacimiento con un formato estándar del Ministerio de Justicia.
- La recogida de muestras se hace de forma variada:
  - Huella plantar del RN y digital de la madre.
  - Muestra de sangre de la madre y RN.
  - Huella digital del dedo índice y medio del RN e índice de la madre.

**CONCLUSIONES:**

- Según las distintas Adm. Sanitarias existen distintos métodos para la recogida de pruebas de identidad.
- Al observar los métodos surgen dudas de tipo legal, profesional y funcional.
- Propuesta de mejora: Proponer un único Protocolo de Identif. del RN.

**P-44: TRANSACCION ELECTRONICA CON PROVEEDORES. SISTEMA EDI**

**AUTORES:** Aparicio García, C., Guerrero Fernández, M., Ferrándiz Gomis, R., Travel García, MC, Visedo López, JA.

**PALABRAS CLAVE:** Trazabilidad, Planificación, EDI, tecnología, costes.

**OBJETIVOS:**

- Marco: Plan de actualización tecnológica en el área de suministros.
- Objetivos:
  - Actualización tecnológica.
  - Mejora en los procesos administrativos.
  - Disminución de las cargas administrativas ligadas a los supervisores de enfermería en sus relaciones con el área de suministros.
  - Reducción de stocks.
  - Reducción de las incidencias ligadas a la rotura de stocks.

Líneas de actuación:

- Hacia el exterior. Relación con proveedores. Implantación de un sistema automatizado para el envío de pedidos de forma electrónica y sin el uso de soporte papel.
- Hacia el interior. Relación con unidades de enfermería. Agilizar la disponibilidad de materiales en previsión de la demanda en el menor plazo de tiempo posible.

**RESULTADOS:**

- Disminución de cargas administrativas: archivo, separación, clasificación y firma de pedidos.
- Reducidos los costes de transmisión: uso de correo electrónico y EDI.
- Agilidad en la comunicación con proveedores.
- Primera fase para la trazabilidad de productos.
- Primera fase para la integración de sistemas: Hospital y Proveedores.

- Disminución de los tiempos necesarios para cubrir las roturas de stocks.

#### **CONCLUSIONES:**

- Necesidad de extender el uso de EDI al mayor número posible de proveedores y en su defecto el correo electrónico, a raíz de las mejoras detectadas en los primeros meses de funcionamiento de este sistema.
- Disponibilidad de recursos humanos para la realización de tareas con valora añadido (depuración de artículos, elaboración de catálogos, etc).

### **P-45: APLICACIÓN DE METODOLOGÍA DE LA CALIDAD, CLAVE PARA SEGUIR AVANZANDO Y MEJORANDO LA ASISTENCIA**

**AUTORES:** Casas Ros, MM. Panisello Royo, JM., Olvera Manzano, M., Borràs Martí, E., Casals Pasqual, A.

**PALABRAS CLAVE:** calidad asistencial, unidad de lípidos, 'unidad de enfermería.

**INTRODUCCIÓN:** Partiendo de la detección de una baja cumplimentación de las medidas higiénico dietéticas recomendadas a los pacientes afectos de dislipemia, nos planteamos la posibilidad de existencia de carencias en el abordaje de la misma.

**OBJETIVOS:** Revisar los circuitos existentes y plantear la creación de una consulta de enfermería específica, adscrita a la unidad de lípidos.

**METODOLOGIA:** Aplicando metodología cualitativa se procede al diseño de los objetivos, circuitos y materiales específicos para dicha unidad.

**RESULTADOS:** Se presentará el diseño de la unidad, que incluye:

- 1º. Circuitos de la consulta de enfermería como parte activa de un equipo multidisciplinar.
2. Material específico de la unidad (hojas de recogida de datos compartidas entre médico y enfermera, libros informativos, etc.)

**CONCLUSIONES:** la utilización de la metodología de la calidad nos ha permitido detectar un punto de mejora para la asistencia a los pacientes dislipémicos. Dicha revisión ha conllevado la creación de una unidad de enfermería interdisciplinar que mejora la calidad asistencial de los pacientes tratados en la unidad de lípidos.

### **P-46: EFICIENCIA RELATIVA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA II DE SALUD**

**AUTORES:** García Córdoba, JA. López I Hernández F. Palacios Sánchez MA. Ruiz Marín M.

**PALABRAS CLAVE:** Eficiencia, DEA (Data Envelopment Analysis).

**OBJETIVOS:** El objetivo del trabajo es la determinación de indicadores de eficiencia relativa para los Centros de Atención Primaria del Área II de Salud de la Región de Murcia. La metodología empleada es el análisis envolvente de datos (DEA) acompañado de un riguroso análisis estadístico de factores y variables. Pretende el estudio suplir las carencias y falta de rigor de otros realizados en este ámbito y utilizando técnicas similares. Así, se otorga gran importancia a los factores de entorno y a variables aproximadoras de la calidad, acotando los rangos de variación de indicadores de resultados y analizando la sensibilidad de los modelos obtenidos.

**FINANCIACIÓN:** El análisis en curso constituye un proyecto de investigación financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia con número de proyecto 08/01.

#### **P-47: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A INMIGRANTES SUDAMERICANOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO**

**AUTORES:** Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.

Satisfacción del paciente, calidad asistencial, encuesta hospitalaria, urgencias.

**OBJETIVOS:** Conocer el grado de satisfacción y la opinión sobre la atención recibida de los pacientes inmigrantes sudamericanos que acuden a la Puerta de Urgencias del Hospital General Universitario (HGU), mediante una encuesta que sirva para la identificación de problemas susceptibles de mejora y, con ello, poder priorizar, planificar e implementar actividades de mejora de la calidad.

**METODOLOGÍA:** Nuestra fuente de datos fue una encuesta de satisfacción, autoadministrada. Las 44 preguntas del cuestionario están integradas en 5 dimensiones (Organización, Información, Trato, Competencia profesional, e Infraestructura/Entorno físico). El muestreo fue de tipo no probabilístico consecutivo. El tamaño de la muestra fue de 76 sudamericanos. Para la presentación de los resultados, por una parte, hemos analizado y considerado cada pregunta de forma aislada como si fuera un criterio de calidad cuyo incumplimiento denota la presencia de insatisfacción o de problema de calidad. Por otra parte hemos construido escalas o índices que resumen varias preguntas o dimensiones de la calidad e incluso los resultados de la encuesta en su conjunto.

**RESULTADOS:** En el HGU más de la mitad (58.24 %) de los problemas de calidad que han percibido los inmigrantes sudamericanos están relacionados con las dimensiones de Información (29.12 %) y Trato (29.12 %). Sin agrupar por dimensiones encontramos que los tres indicadores con más problemas de calidad corresponden a los explorados con las preguntas 10 (el personal que les atendía no se identificaba), 5 (el personal no intentó evitar que vieran cosas desagradables) y 15 (no se les explicó como evolucionaba su estado de salud). La tasa de problemas de calidad por dimensiones (frecuencia de problemas ajustada a la tasa de respuestas de cada pregunta) ha sido: Organización 36 %; Información 29 %; Trato 27 %; Competencia profesional 15 % e Infraestructura 12 %. El nivel de satisfacción global (calculado como nivel promedio en una puntuación de 0 a 10) ha sido de 8.62 (DE 1.08) IC al 95% de 8.37 a 8.87. La valoración general de la calidad de la atención recibida (puntuación de 1 a 5) ha sido de 4.36 (DE 0.59) con un Intervalo de Confianza al 95% de 4.05 a 4.27. Conclusiones: Estos datos han permitido priorizar y poner en marcha una serie de oportunidades de mejora de la calidad asistencial.

**FUENTE DE FINANCIACIÓN:** Proyecto (01/03) financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad.

### **P-48: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A INMIGRANTES MAGREBIES ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO**

**AUTORES:** Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.

**PALABRAS CLAVE:** Satisfacción del paciente, calidad asistencial, encuesta hospitalaria, urgencias.

**OBJETIVOS:** Conocer el grado de satisfacción y la opinión sobre la atención recibida de los pacientes inmigrantes magrebies que acuden a la Puerta de Urgencias del Hospital General Universitario (HGU), mediante una encuesta que sirva para la identificación de problemas susceptibles de mejora y, con ello, poder priorizar, planificar e implementar actividades de mejora de la calidad.

**METODOLOGÍA:** Nuestra fuente de datos fue una encuesta de satisfacción, autoadministrada. Las 44 preguntas del cuestionario están integradas en 5 dimensiones (Organización, Información, Trato, Competencia profesional, e Infraestructura/Entorno físico). El muestreo fue de tipo no probabilístico consecutivo. El tamaño de la muestra fue de 98 magrebies. Para la presentación de los resultados, por una parte, hemos analizado y considerado cada pregunta de forma aislada como si fuera un criterio de calidad cuyo incumplimiento denota la presencia de insatisfacción o de problema de calidad. Por otra parte hemos construido escalas o índices que resumen varias preguntas o dimensiones de la calidad e incluso los resultados de la encuesta en su conjunto.

**RESULTADOS:** En el HGU mas de las mitad (62.15 %) de los problemas de calidad que han percibido los inmigrantes magrebies están relacionados con las dimensiones de Información (31.53 %) y Trato (30.62 %). Sin agrupar por dimensiones encontramos que los tres indicadores con mas problemas de calidad corresponden a los explorados con las preguntas 10 (el personal que les atendía no se identificaba), 9 (no sabían si quienes les atendían eran médicos, enfermeras, etc.) y 26 (el personal sanitario no les ayudo a estar más tranquilos). La tasa de problemas de calidad por dimensiones (frecuencia de problemas ajustada a la tasa de respuestas de cada pregunta) ha sido: Organización 40 %; Información 41 %; Trato 36 %; Competencia profesional 19 % e Infraestructura 12 %. El nivel de satisfacción global (calculado como nivel promedio en una puntuación de 0 a 10) ha sido de 8.49 (DE 1.17) IC al 95% de 8.26 a 8.73. La valoración general de la calidad de la atención recibida (puntuación de 1 a 5) ha sido de 4.16 (DE 0.50) con un Intervalo de Confianza al 95% de 4.05 a 4.27.

**CONCLUSIONES:** Estos datos han permitido priorizar y poner en marcha una serie de oportunidades de mejora de la calidad asistencial.

Fuente de financiación: Proyecto (01/03) financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad.

### **P-49: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A INMIGRANTES MAGREBIES ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER**

**AUTORES:** Ruzafa Martínez, M.; Madrigal de Torres, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.

**PALABRAS CLAVE:** Satisfacción del paciente, calidad asistencial, encuesta hospitalaria, urgencias.

**OBJETIVOS:** Conocer el grado de satisfacción y la opinión sobre la atención recibida de los pacientes inmigrantes magrebies que acuden a la Puerta de Urgencias del Hospital Morales Meseguer (HMM), mediante una encuesta que sirva para la identificación de problemas susceptibles de mejora y, con ello, poder priorizar, planificar e implementar actividades de mejora de la calidad.

**METODOLOGÍA:** Nuestra fuente de datos fue una encuesta de satisfacción, autoadministrada. Las 44 preguntas del cuestionario están integradas en 5 dimensiones (Organización, Información, Trato, Competencia profesional, e Infraestructura/Entorno físico). El muestreo fue de tipo no probabilístico consecutivo. El tamaño de la muestra fue de 98 magrebies. Para la presentación de los resultados, por una parte, hemos analizado y considerado cada pregunta de forma aislada como si fuera un criterio de calidad cuyo incumplimiento denota la presencia de insatisfacción o de problema de calidad. Por otra parte hemos construido escalas o índices que resumen varias preguntas o dimensiones de la calidad e incluso los resultados de la encuesta en su conjunto.

**RESULTADOS:** En el HMM mas de las mitad (58.50 %) de los problemas de calidad que han percibido los inmigrantes magrebies están relacionados con las dimensiones de Información (34.40 %) y Trato (24.10 %). Sin agrupar por dimensiones encontramos que los tres indicadores con mas problemas de calidad corresponden a los explorados con las preguntas 10 (el personal que les atendía no se identificaba), 15 (no se les explico como evolucionaba su estado de salud ) y 16 (su opinión no fue tomada en cuenta lo suficiente). La tasa de problemas de calidad por dimensiones (frecuencia de problemas ajustada a la tasa de respuestas de cada pregunta) ha sido: Organización 42 %; Información 45 %; Trato 29 %; Competencia profesional 23 % e Infraestructura 19 %. El nivel de satisfacción global (calculado como nivel promedio en una puntuación de 0 a 10) ha sido de 8.45 (DE 2.30) IC al 95% de 7.87 a 9.02. La valoración general de la calidad de la atención recibida (puntuación de 1 a 5) ha sido de 4.48 (DE 0.79) con un Intervalo de Confianza al 95% de 4.26 a 4.61.

**CONCLUSIONES:** Estos datos han permitido priorizar y poner en marcha una serie de oportunidades de mejora de la calidad asistencial.

Fuente de financiación: Proyecto (01/03) financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad.

## **P-50: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A INMIGRANTES SUDAMERICANOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER**

**AUTORES:** Madrigal de Torres, M.; Ruzafa Martínez, M.; Simón Peñafiel, V.; Salim Salameh, M.; Martínez López, J.

**PALABRAS CLAVE:** Satisfacción del paciente, calidad asistencial, encuesta hospitalaria, urgencias.

**OBJETIVOS:** Conocer el grado de satisfacción y la opinión sobre la atención recibida de los pacientes inmigrantes sudamericanos que acuden a la Puerta de Urgencias del Hospital Morales Meseguer (HMM), mediante una encuesta que sirva para la identificación de problemas susceptibles de mejora y, con ello, poder priorizar, planificar e implementar actividades de mejora de la calidad.

**METODOLOGÍA:** Nuestra fuente de datos fue una encuesta de satisfacción, autoadministrada. Las 44 preguntas del cuestionario están integradas en 5 dimensiones (Organización, Información, Trato, Competencia profesional, e Infraestructura/Entorno físico). El muestreo fue de tipo no probabilístico consecutivo. El tamaño de la muestra fue de 76 sudamericanos. Para la presentación de los resultados, por una parte, hemos analizado y considerado cada pregunta de forma aislada como si fuera un criterio de calidad cuyo incumplimiento denota la presencia de insatisfacción o de problema de calidad. Por otra parte hemos construido escalas o índices que resumen varias preguntas o dimensiones de la calidad e incluso los resultados de la encuesta en su conjunto.

**RESULTADOS:** En el HMM mas de las mitad (58.24 %) de los problemas de calidad que han percibido los inmigrantes sudamericanos están relacionados con las dimensiones de Información (29.12 %) y Trato (29.12 %). Sin agrupar por dimensiones encontramos que los tres indicadores con mas problemas de calidad corresponden a los explorados con las preguntas 10 (el personal que les atendía no se identificaba), 5 (el personal no intento evitar que vieran cosas desagradables) y 15 (no se les explico como evolucionaba su estado de salud). La tasa de problemas de calidad por dimensiones (frecuencia de problemas ajustada a la tasa de respuestas de cada pregunta) ha sido: Organización 40 %; Información 24 %; Trato 16 %; Competencia profesional 10 % e Infraestructura 17 %. El nivel de satisfacción global (calculado como nivel promedio en una puntuación de 0 a 10) ha sido de 8.22 (DE 1.86) IC al 95% de 7.75 a 8.69. La valoración general de la calidad de la atención recibida (puntuación de 1 a 5) ha sido de 4.46 (DE 0.74) con un Intervalo de Confianza al 95% de 4.27 a 4.65.

**CONCLUSIONES:** Estos datos han permitido priorizar y poner en marcha una serie de oportunidades de mejora de la calidad asistencial.

Fuente de financiación: Proyecto (01/03) financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad.

## **P-51: PROPUESTA DE MEJORA TRAS REALIZACIÓN ENCUESTA / OPINIÓN DE USUARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

**AUTORES:** Sanchis Más P, Bernal Olivares C, Lozano Pastor V.E. ; Serrano Selva E. Servicio de Urgencias . Hospital Virgen del Castillo de Yecla (Murcia).

**PALABRAS CLAVE:** Servicio de Urgencias. Personal de Enfermería. Calidad de la atención. Satisfacción del usuario. Encuesta.

**INTRODUCCIÓN:** Las encuestas son una herramienta importantísima para conocer la opinión de las personas, lo que se pretende es mejorar la calidad de los servicios que prestamos, y para ello es imprescindible que la información sea conocida por todos los implicados.

**OBJETIVOS:** Conocer la opinión de los usuarios de un Servicio de Urgencias en la percepción de la calidad de la atención recibida por parte del personal de Enfermería.

Método:

- Se diseña una encuesta de opinión : 6 ítems con un formato de respuesta binaria (SI ; NO) , en 2 ítems aparece una tercera gradación ( A VECES ).
- Población a estudiar: toda persona que llegue a la puerta de urgencias en el periodo marcado.
- Criterio de exclusión : pacientes con deterioro psíquico y / o deterioro de la comunicación , y patologías banales.

- Periodo del estudio: del 25 de Noviembre al 1 de Diciembre del 2002 y del 9 al 15 de Diciembre del 2002.

**RESULTADOS:** Se repartieron un total de 160 encuestas personales y anónimas, y se recogieron 100, lo que supone un 62,5 % de respuesta:

**Puntos fuertes:**

- Está satisfecho del trato recibido ..... 96%
  - Respetó la enfermera su intimidad ..... 89%
  - Le informó la enfermera de las técnicas que realizó ..... 85%
  - La enfermera mantuvo informado a sus familiares ..... 75%

**Puntos débiles:**

- ¿Supo quién era la enfermera? ..... 74%
- Escucha activa ..... 63%

**CONCLUSIONES:** :Propuesta de mejora.

- 1º. Potenciar el trato del enfermo (no hablar delante del enfermo con otros profesionales de temas no relacionados con él).
- 2º. Mejorar la identificación del personal de enfermería (apareciendo impresa la categoría en los uniformes).

## **P-52: PERFIL DEL USUARIO RECLAMANTE EN DOS CENTROS DE SALUD URBANOS: MOTIVOS Y OBJETO DE RECLAMACIÓN**

**AUTORES:** de la Cerda Vaquero, L; Risueño García, F.; Peña Martín, M.; Santiago García, MC.; Luquin Martínez, R.; Manzano Cano, J.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, reclamaciones, usuarios.

**OBJETIVO:** Analizar el perfil del usuario que reclama así como los motivos y objetos de las quejas.

**METODOLOGIA:**

- Estudio observacional trasversal. Emplazamiento.
- Dos centros de salud urbanos del Servicio Murciano de Salud de Cartagena.

Cobertura: 48.590 habitantes, (19.069 corresponden a Cartagena Oeste y 21.318 a Cartagena Este). El periodo de estudio comprende las reclamaciones presentadas entre el 1 de Enero de 2000 y 31 de diciembre de 2002. Muestra.-Se estudiaron todas las reclamaciones presentadas en el período de estudio(101). Mediciones.- Edad y género del demandante, fecha de presentación, Centro(Cartagena Oeste y Cartagena Este), objeto de la reclamación (profesional, servicios, instalaciones), motivos de la reclamación (accesibilidad, entorno físico, trato, organización, tiempo de espera, competencia del profesional, continuidad de los cuidados La definición de estas mediciones se ajustan a la "encuesta para la evaluación de la satisfacción con el servicio asistencial en Atención Primaria, en las comunidades de Murcia y Navarra".

**RESULTADOS:** Se analizan 101 hojas de reclamaciones. La edad media del reclamante fue de 42,8 años (40,16; 45,47 años).El 50,5% corresponde a hombres. El Centro con mayor número de reclamaciones es Cartagena Este con un 60,4% (C.Oeste 0,69 %0 y C. Este 0,95%0). La estación del año en la cual se reclama más es invierno (31,7%). El motivo más frecuente con un 34%, fueron los aspectos organizativos, seguidos de cerca por trato y tiempo de espera, constituyendo entre los tres el 90% de las reclamaciones. Sobre a quien se diri-



ge la reclamación (objeto) un 59,4% son para el profesional (de estos el 55%, son para el médico, 20% personal de apoyo un 10% para enfermería, 6% pediatría y el 4,6% otros) seguido del 38,6 a los servicios y el 2% a las instalaciones.

**CONCLUSIONES:** La evaluación de las reclamaciones según la perspectiva del usuario constituye un instrumento útil para detectar problemas en la calidad. El perfil de nuestro usuario es el de una persona de edad media que se queja fundamentalmente de la organización.

### **P-53: ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR USUARIOS EN 2 ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE CARTAGENA**

**AUTORES:** Risueño Garcia, F.; Santiago Garcia, MC.; De la Cerda Vaquero, L.; Peña Martin, M.; Lozano Urraca, ML; García Gonzalez, AL.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, reclamaciones, usuarios

**OBJETIVO:** Valorar las reclamaciones presentadas durante 3 años, en dos Centros de Salud del Area Sanitaria de Cartagena.

**METODOLOGIA:** Estudio descriptivo trasversal. Análisis Estadístico mediante Chi-cuadrado.

**Emplazamiento.-** Dos centros de salud del Área 2 de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud de Cartagena. Cobertura: 48.590 habitantes. El periodo de estudio comprende las reclamaciones presentadas entre el 1 de Enero de 2000 y 31 de diciembre de 2002. **Muestra.-** Se estudiaron el universo de las reclamaciones (101). Fueron excluidas las anuladas por el propio usuario (en total 4).

**Mediciones.-** Las variables a estudio fueron:

a) Cuantitativas: edad

b) Cualitativas: sexo; centro receptor, objeto de la reclamación (profesional, servicios, instalaciones), motivos de la reclamación (accesibilidad, entorno físico, trato, organización, tiempo de espera, competencia profesional, continuidad de los cuidados) y estación del año.

**RESULTADOS:** El número de reclamaciones por año en relación con la población acreditada, tasas por mil habitantes fue: año 2000 0,74‰; año 2001 1,06‰ y en el año 2002 0,81‰. De 101 reclamaciones 51 fueron emitidas por hombres, no observándose diferencias significativas en cuanto al sexo ( $p > 0,05$ ), aunque en el año 2002 reclamaron más las mujeres ( $p < 0,05$ ). Tampoco se observan diferencias respecto a los motivos de la reclamación ni al objeto de reclamación en el periodo de 3 años. En las reclamaciones al médico se observa una disminución estadísticamente significativa a lo largo de 3 años ( $p < 0,05$ ). No hay diferencias en el motivo de reclamación por parte de ambos sexos.

**CONCLUSIONES:** El estudio de las reclamaciones es útil para medir la calidad de la asistencia, pero se puede implicar más al usuario con las hojas de sugerencias.

Se observa una disminución en la reclamación al facultativo en el período de estudio. El año de mayor tasas de reclamación fue el 2001. Se analizaran en el futuro los motivos de estas diferencias.

## **P-54: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9002 EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA**

**AUTORES:** Miranda López, C.; Crevillen Palazón, MJ.; Jiménez Molina, JL.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** La dirección de la Fundación Hospital de Cieza se marcó como objetivo la implantación de una sistemática de trabajo basada en la norma ISO 9002 en la mayoría de sus actividades, incluida la del servicio de lavandería, como base para una mejora de la calidad asistencial y poder profundizar posteriormente en el concepto de calidad total.

**METODOLOGÍA:** Los pasos a seguir fueron los siguientes:

- 1º. Asesoramiento externo.- La dirección del hospital contrata los servicios de una empresa consultora de calidad para que proporcione el asesoramiento y la formación necesaria a los responsables de las distintas áreas hospitalarias en las que se va a implantar este sistema para que pueda entender y adaptar la sistemática de esta norma a nuestro medio.
- 2º. Tareas a sistematizar.- Se plantea la necesidad de analizar las tareas que se realizan en el servicio de lavandería y documentarlas mediante procedimientos e instrucciones técnicas.
- 3º. Redacción de procedimientos.- Para el servicio de lavandería se redactó un procedimiento específico y, completamente relacionado con este, se redactó también el procedimiento específico de lencería y vestuario.
- 4º. Auditoría interna.- La consultora de calidad realiza una auditoría previa a la de la empresa certificadora para poder detectar posibles fallos en la implantación del sistema y corregirlos.
- 5º. Auditoría previa.- La empresa certificadora realiza una auditoría previa en la cual se detectarán alguno de los incumplimientos de los procedimientos. Se acuerda un plazo para hacer un análisis de las causas y corregir estas no conformidades.
- 6º. Auditoría definitiva.- Transcurrido este plazo, la empresa certificadora realizará la auditoría definitiva y, en el caso de que vuelva a haber no conformidades, se deberá proponer las acciones correctoras en el plazo de un mes, como paso previo a la obtención de la certificación.

**RESULTADOS:** En cada una de las auditorías realizadas no se detectó "NO CONFORMIDAD" alguna (según la terminología de esta norma).

**CONCLUSIÓN:**

- 1º. Establecer esta sistemática en el servicio de lavandería nos parece un buen punto de partida para realizar una mejora continua de la calidad, utilizando las herramientas que proporciona el sistema: No Conformidades, Análisis de las causas, Acciones correctoras y/o preventivas, como auditorías internas y revisiones del sistema por la dirección del centro.
- 2º. Con la implantación de la norma se ha conseguido una disminución los costes: disminución de roturas y pérdidas de ropa.
- 3º. La implantación del sistema no sólo es un punto de partida para la mejora de la calidad sino que proporciona mejoras en la prestación que el servicio de lavandería ofrece a sus usuarios.

## P-55: BIOSEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. UN OBJETIVO ESTRATÉGICO

**AUTORES:** Jiménez Molina, JL.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Almonacid Kroeger, B.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de la política de calidad de la Fundación Hospital de Cieza, se encuentra el objetivo de garantizar el ambiente más adecuado para el normal desarrollo de la actividad quirúrgica, minimizando el riesgo de infección quirúrgica.

**OBJETIVOS:** El presente estudio analiza la estanqueidad y la calidad ambiental en el área quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** En el presente trabajo se analizan los siguientes parámetros:

- Contaje de partículas.
- Medición del caudal total (m<sup>3</sup>/hora).
- Número de renovaciones por hora.
- Temperatura y humedad relativa.
- Presión diferencial respecto a pasillo o zonas adyacentes.
- Velocidad media del caudal de aire (m/seg.)

En función de los resultados obtenidos, los quirófanos ó áreas analizadas se clasifican en grupos A, B, C y D (de mejores a peores resultados obtenidos).

**RESULTADOS:** En todos los parámetros analizados, los quirófanos del hospital se encuentran dentro de los rangos establecidos para área quirúrgica.

Destaca positivamente el nº de partículas de 0,5 micrometros por m<sup>3</sup>, que es de 6.336 partículas, estando considerados como aceptables cifras de hasta 3 millones de partículas de este tipo por metro cúbico.

**CONCLUSIONES:** Las distintas mediciones realizadas en los quirófanos del hospital de Cieza garantizan la bioseguridad de dicho área, arrojando valores muy inferiores a los establecidos.

Todos los protocolos anteriormente descritos están pendientes de acreditación según la norma ISO 9002.

## P-56: EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE FORMALDEHIDO EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

**AUTORES:** Jiménez Molina, JL.; Tomás Lizcano, A.; Miranda López, C.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** La prevención de riesgos laborales y el aseguramiento de las mejores condiciones ambientales para el desarrollo del trabajo diario, han sido objetivo prioritario para el equipo directivo de la Fundación Hospital de Cieza.

Con este propósito, la Dirección del hospital de Cieza, ha iniciado un estudio de las condiciones medio-ambientales de los servicios o unidades con mayor rango potencial.

**OBJETIVOS:** Evaluar el riesgo derivado de la exposición a agentes químicos en el área de esterilización.

**METODOLOGÍA:** Para llevar a cabo este estudio se han desarrollado las siguientes actividades:

- Identificación de las exposiciones puntuales.
- Determinación de los factores de exposición.
- Evaluación de las exposiciones.
- Estudio básico.
- Estudio detallado.

Para las mediciones se utilizaron los siguientes equipos: Monitores pasivos de captación (3M.3500 organic vapor monitor), tubos colométricos (Dräger).

**RESULTADOS:** Una vez realizados todas las determinaciones descritas en el apartado anterior, se comprobó que la exposición ambiental está por debajo de los valores límites aceptados.

En base a los datos obtenidos, podemos afirmar que no existe riesgo higiénico por la exposición a formaldehído.

**CONCLUSIONES:** La determinación de forma preventiva de los valores de exposición a agentes químicos (formaldehído) en las zonas de trabajo más expuestas, garantiza que los trabajadores de la Fundación Hospital de Cieza no están sujetos a riesgos para su salud por el desarrollo de sus esfuerzos.

### P-57: GARANTÍA DE LA CALIDAD AMBIENTAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

**AUTORES:** Jiménez Molina, J.L.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** El mantenimiento preventivo del área quirúrgica es objetivo prioritario de la Dirección del Hospital de Cieza. Para llevar a cabo dicho objetivo se ha establecido, entre otros, un procedimiento mediante el que se realizan muestras sistemáticas del crecimiento de colonias en los quirófanos y en el área de esterilización.

**OBJETIVOS:** Garantizar la calidad ambiental del área quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** En todos los quirófanos y en el área de esterilización se realizan muestreos estáticos, volumétricos por impacto en medio sólido.

Se emplea la bomba volumétrica MERCK MAS 100 y OXID M.A.Q.S. II, que son colocados a 0,5 metros de las rejillas de impulsión del aire acondicionado.

Se realiza cada muestreo durante 160 minutos, tomándose un volumen de 1 metro cúbico por muestra. El caudal analizado es de 100 litros/minuto.

Los puntos de muestreo son 2 en cada quirófano y 1 en el área de esterilización. Se realizan 6 muestras en cada quirófano y otras 6 en esterilización.

**RESULTADOS:** En virtud de los resultados obtenidos, se observa que en todas las placas utilizadas los niveles entran dentro de la consideración de "Excelente" para los quirófanos y "Excelente" para esterilización, habiéndose obtenido en alguna de las determinaciones del área de esterilización nivel de "bueno".

**CONCLUSIONES:** En base a los datos objetivos sistemáticamente recogidos en el área limpia de quirófano y esterilización, podemos garantizar que las condiciones medioambientales son óptimas para el normal desarrollo de la actividad asistencial. Globalmente se engloba el área quirúrgica como Tipo I en bioseguridad.

### **P-58: ADAPTACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LEGIONE-LLA NEUMÓFILA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA**

**AUTORES:** Jiménez Molina, J.L.; Cayuela Verdú, M.; Almonacid Kroeger, B.; Miranda López, C.; Tomás Lizcano, A.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** Con el objetivo del aseguramiento de la calidad medioambiental y, en particular, la minimización del riesgo de contaminación por legionella neumófila en el hospital de Cieza, la dirección realizó la adaptación de la normativa vigente en esa materia a las características específicas del centro.

**OBJETIVOS:** Evitar contaminación por legionella neumófila.

**Metodología:** Se redactó un protocolo adecuando las medidas propuestas en el R.D. 909/01, a las características propias del hospital de Cieza.

Para asegurar la eficacia de las medidas propuestas en el R.D. 909/01, se adoptaron un total de 15 protocolos adicionales, de los cuales los más significativos son:

- Procedimiento de limpieza y desinfección de depósitos y álgibes (CLPE-002)
- Procedimiento de limpieza y desinfección de torres de refrigeración (CLPE-001)
- Procedimiento de limpieza y desinfección de agua caliente sanitaria (CLPE-003)
- Procedimiento de limpieza y desinfección de red de agua fría por hipercloración (CLPE-005)
- Procedimiento de limpieza, desinfección y criterios de sustitución de puntos terminales de red: grifos, difusores de ducha, aspersores, bie's,... (CLPE-009)

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** A partir de los requisitos mínimos marcados en el R.D. 909/01, hemos considerado oportuno implantar procedimientos adicionales que garanticen el seguimiento y control de todas las instalaciones de riesgo referente a la legionella neumófila.

Todos los procedimientos adoptados han sido normalizados y se encuentran en fase de acreditación según la norma ISO 9002 implantada en el hospital.

### **P-59: PRIMER "SOFTWARE" PARA GESTION INTEGRAL DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001:2000: APLICACION EN UN CENTRO DE TRANSFUSIÓN**

**AUTORES:** Rivera Pozo, J.; Candela García, M<sup>a</sup> J.; Gómez, L.A.; Cánovas Matas, M<sup>a</sup>C.; Delgado Periotén\*, J.L.; Ledesma Rodríguez\*, L.; Centro Regional de Hemodonación, Unidad de Hematología y Oncología Clínica, Facultad de Medicina, Murcia; \*TecnoQuality Consulting SL, Madrid.

**PALABRAS CLAVE:** software sistemas de calidad ISO 9001:2000, Centros de Transfusión.

**RESUMEN:** Disponer de sistema de gestión calidad (SGC) acorde a los requerimientos vigentes de la Sociedad Internacional de Estandarización es un objetivo estratégico en organizaciones de todo tipo. Los Centros de Transfusión (CTs) no son ajenos a esta realidad, y aún mas considerando que la inminente Directiva Europea de Transfusión impondrá la existencia de un SGC acorde a los principios de las buenas prácticas, como requisito ineludible para acreditar y conceder licencias a los CTs. Entre los factores que limitan la implantación y mantenimiento de un SGC en organizaciones complejas como los CTs, destaca la falta de herramientas informáticas que faciliten la gestión de su documentación.

En los últimos tres años, el Centro Regional de Hemodonación (CRH) ha mantenido un SGC acorde a la norma ISO 9002:1994, sustentado en la gestión informatizada de su documentación con una aplicación informática de diseño y desarrollo interno denominada BDI 9000. Dado que esta norma expira a final del 2003, hemos iniciado nuestra adaptación a la vigente norma ISO 9001:2000 manteniendo el principio de "cero papeles", siempre que es posible. Por ello, en colaboración con la organización externa TecnoQuality Consulting SL, se ha desarrollado una nueva versión del software BDI 9000 (v. 2.0) que responde al esquema y los requerimientos de un SGC acorde a la norma ISO 9001:2000.

Esta BDI 9000 v. 2.0 tiene una estructura modular y parametrizable, que le confiere una gran flexibilidad y posibilidad de adaptación a distintas organizaciones. En la configuración para el SGC del CRH, su estructura contempla la gestión de integral de: política y planificación de calidad; procesos del CRH (estratégicos, operativos y de apoyo); procedimientos, instrucciones o guías; indicadores de calidad y auditorías internas; mantenimiento y calibración de equipos, formación del personal; registro y seguimiento de incidencias y de acciones correctoras o preventivas, estudio de los requisitos y grado de satisfacción de nuestros clientes.

El acceso a la información contenida en BDI 9000 v. 2.0 está controlado por medio de privilegios personalizados que, una vez definidos por la Dirección, son establecidos de forma sencilla por el administrador del programa. Esto previene la difusión o modificación no autorizada de los documentos del SGC, o el uso accidental de documentación obsoleta. En el primer periodo de su utilización BDI 9000 v. 2.0 aparece como una herramienta versátil y de manejo simple, que elimina burocracia facilitando la implantación y gestión de un SGC ISO 9001:2000, y que potencia el flujo interno de comunicación entre todos los niveles de nuestra organización.

**CONFLICTO DE INTERÉS:** BDI 9000 es un software con registro de propiedad intelectual, cuya comercialización ha sido cedida a TecnoQuality Consulting SL.

## **P-60: MEJORA EN EL CLIMA LABORAL A TRAVÉS DE LA CONCIENCIACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

**AUTORES:** Tomás Lizcano, A.; Jiménez Molina, JL.; Miranda López, C.

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los problemas más frecuentes en la gestión de personal de los centros sanitarios es el absentismo laboral. Además del coste económico que supone, también repercute negativamente en la calidad de la asistencia, ya que, generalmente, los sustitutos suelen tener menos experiencia.

En el presente estudio analizamos la incidencia del % de absentismo en los distintos grupos de edad y según las categorías profesionales.

A partir de los datos al inicio del año, se inició una política de personal tendente a lograr una mayor implicación de los profesionales. A continuación exponemos los datos obtenidos.

**OBJETIVOS:** Medir el impacto en la tasa de absentismo del personal sanitario no facultativo en la Fundación Hospital de Cieza a partir de la constitución de un grupo de trabajo y la implantación de incentivos.

**METODOLOGÍA:** Medición del % de absentismo según los grupos de edad, para cada una de las categorías profesionales.

| CATEGORIA           | Mujeres | Hombres |
|---------------------|---------|---------|
| Facultativos        | 63'46 % | 36'54 % |
| DUE-Fisioterapeutas | 81'82%  | 18'18 % |
| Aux. Enfermería     | 61'75 % | 38'25 % |
| TER-TEL             | 83'33 % | 16'67 % |
| F. Administrativa   | 55'26 % | 44'74 % |
| Otros               | 76'61 % | 23'39 % |

Se analizan sólo las contingencias comunes, excluyendo las bajas maternales y los accidentes laborales.

En marzo del 2002 se constituyó un grupo de trabajo entre los profesionales del hospital y la dirección. Los pasos seguidos a continuación fueron: \* Identificación y selección de variables que inciden en la tasa del absentismo. \* Información mensual del porcentaje de absentismo por grupos profesionales, causas, edades y sexo. \* Análisis y evaluación con criterios de cobertura sin pérdida de calidad asistencial. \* Seguimiento de incidencias en el grupo de trabajo. \* Evolución de costes por absentismo. \* Cuantificación económica de incentivos.

#### RESULTADOS:

La tasa global de absentismo en enero del 2002 fue del 12'84%.

La distribución por edades del total de días de baja laboral por contingencia laboral fue < 29 años 23'3%, 30-39 a. 36'2%, 40-49 a. 3'9%, > 50 a. 29'15%. En cuanto a la distribución por grupos profesionales, los resultados fueron: Facultativos 2'19%, DUE - Fisioterapeutas 10'96%, Aux. Enfermería 26'02%, TER-TEL 46'33%, F. Administrativa 7'24%, Otros 7'24%.

La distribución por sexos y categoría profesional fue:

A partir de la introducción de medidas correctoras en la política de personal, se produjo una disminución significativa de la tasa global de absentismo, siendo a 31 de diciembre de 2002 del 2'17% (-10'67%).

**CONCLUSIONES:** La implicación de los profesionales del centro ha conseguido una mejora del clima laboral y la repercusión, como medida indirecta, en la disminución del absentismo.

La toma de conciencia de los profesionales del centro respecto a la repercusión del absentismo, tanto a nivel laboral como económico (costes indirectos y directos) ha posibilitado la disminución de más de 10 puntos (%) de la tasa de absentismo del centro.

#### P-61: ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES LABORALES OCURRIDOS EN EL HOSPITAL DE CIEZA DURANTE EL PERIODO: ENERO-NOVIEMBRE 2001

**AUTORES:** Jiménez Molina, J.L.; Tomás Lizcano, A.; Miranda López, C.; Albarracín Marín-Blázquez, M.

**INTRODUCCIÓN:** La Dirección del Hospital de Cieza ha decidido como línea prioritaria de actuación la prevención de los accidentes laborales.

Una de las primeras acciones emprendidas fue el diagnóstico de riesgo de cada uno de los puestos de trabajo. Posteriormente se analizaron los accidentes ocurridos, que es el objeto del presente trabajo.



**METODOLOGÍA:** Análisis de cada uno de los accidentes laborales acaecidos en el hospital, durante el periodo 1 de enero de 2001 al 28 de noviembre del 2001.

Se indicó la gravedad de los mismos y la duración, comparándolos con la media del sector para ambos parámetros.

**RESULTADOS:** El número total de accidentes ocurridos fue de 13. De ellos, la causa más frecuente fue sobreesfuerzos (53,8%), siendo la localización más habitual el cuello (30,8%). Los diagnósticos más frecuentes son torceduras y esguinces (30,8%), seguido de lumbagias (38,5%).

De forma llamativa, destacan los viernes (31%) como el día de la semana más proclive a sufrir los accidentes laborales.

En comparación con los datos del sector, se observa que la incidencia total de accidentes en el hospital de Cieza es del 37,4%, frente al 71,6% del sector. En cuanto al índice de frecuencia, el hospital tiene un 11,6% frente a un 41,91% de grupo y el índice de gravedad es de un 0,13% frente a un 0,44% del sector.

**CONCLUSIONES:** Una adecuada política de prevención de riesgos laborales pasa por el diagnóstico de partida de los mismos.

El estudio ha evidenciado las causas más frecuentes de los accidentes laborales en nuestro hospital.

Una de las consecuencias de los resultados obtenidos ha sido el diseño de actividades formativas encaminadas a la correcta movilización de los pacientes y todas las acciones que impliquen cargas o esfuerzos físicos. Con estas y otras medidas emprendidas, confiamos en mejorar los índices de siniestralidad laboral, a pesar de encontrarnos mejor que el sector de referencia.

## **P-62: ADECUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA ANTE LA DEMANDA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PUERTAS DE URGENCIA COMO PARÁMETRO DE CALIDAD. UNA EVIDENCIA CIENTÍFICA**

**AUTORES:** López Montesinos, M.J.; Javaloy Balsalobre, R.; Sánchez Ortín P.L.; Sánchez García, M.J.

**PALABRAS CLAVE:** Recursos humanos. Enfermería. Evidencia Científica. Calidad Asistencial

**OBJETIVOS:** Mostrar como evidencia científica, la disponibilidad de recursos humanos de enfermería y su adecuación a la demanda asistencial de cuidados de enfermería en las puertas de urgencias, como condicionante de calidad, desde la dimensión de accesibilidad a esa calidad, tanto por parte de quien oferta el servicio sanitario, como por parte de quien lo recibe. Hipótesis de partida: Fundamentándonos en la última definición de la Enfermería Basada en la Evidencia que, partiendo de un modelo positivista de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, se hace visible aspectos condicionantes de la salud que, aparecen invisibles para el pensamiento hegemónico, presentando su base conceptual en: 1)Experiencia profesional, 2)preferencias de los usuarios, 3)recursos disponibles. La calidad científico-técnica de un profesional poco puede luchar contra el desequilibrio producido ante la "cantidad" de profesionales disponibles para la prestación de cuidados, utilizando como parámetros de medición, las horas de jornada laboral que tiene al año el profesional de enfermería y, como consecuencia, las horas que puede dar al día de esa jornada anual,

con relación al nº de atenciones que presta, en cuanto a cuidados de enfermería se refiere, en las puertas de urgencias, sin valorar el nivel de dependencia de enfermería de esos pacientes atendidos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo de una muestra de 7 días consecutivos, como indicador cotidiano, del número de urgencias atendido, y valorando el número de personal de enfermería disponible en ese espacio de tiempo, por día y turno de trabajo. Temporalidad del estudio: Concurrente. Ámbito de estudio: Dos puertas de urgencia de un centro público y un centro privado. Fechas: Una semana del 13 al 19 de enero de 2003.

**RESULTADOS:** Exponemos los resultados generales, al margen de los que hemos valorado por turno y día durante los 7 días estudiados. Hospital público.- Media de urgencias recibidas y atendidas/día, 214 (media por turno,72), con alteraciones significativas en cuanto a nº de pacientes atendidos, en determinadas horas del día y día de semana. Media de urgencias por turno, 90/mañanas,113/tardes,50/noches.Nº de recursos humanos de enfermería: entre 12 y 13 diarios, repartidos entre las 24 horas del día, dependiendo del día de la semana. Jornada laboral de un profesional/año: 1640 horas/año = 4'49 horas/día como promedio de horas de enfermería/día. Considerando el nº de personal, nº de urgencia y horas de atención de enfermería/día, cada enfermera puede prestar, ante esta muestra, 0'25 minutos de atención de enfermería/paciente/día y sin considerar el estado del paciente, ya que no es lo que pretende demostrar este estudio, solo mostrar la relación cantidad-calidad solicitada, en cuanto a cuidados de enfermería se demanda o solicita. Centro privado.- Media de urgencias/24 horas: 133(por turno,44'50), con alteraciones significativas según horas del día y días de la semana. Nº de recursos humanos/enfermería: 5 /día en presencia física repartidos entre las 24 horas del día. Jornada laboral/anual: 1640 horas/año = 4'49 horas/día como promedio de horas de atención de enfermería/día. Considerando nº de personal, nº de urgencias y nº de horas que puede dar/día un enfermero, sería 0'16 minutos lo que puede dar por paciente/día cada enfermero.

**CONCLUSIONES:** No adecuación de nº de recursos humanos ni distribución horaria de estos, con relación a la presión asistencial en las dos puertas de urgencias objeto de estudio, y demanda de cuidados de enfermería producidos. Significativos desequilibrios en determinadas horas y días, como los fines de semana en los que se eleva considerablemente el nº de urgencias y disminuye el nº de personal de enfermería. Los recursos humanos disponibles condicionan el acceso a la calidad para el paciente/cliente, a la vez que impide al profesional acceder a la prestación de esa calidad, ante la no adecuación de cantidad de recursos humanos y cantidad de cuidados a administrar. Esto condiciona la práctica enfermera y sus resultados, ante un hecho que muestra una realidad tan científica como la causa que motiva esa realidad.

### **P-63: EL BENCHMARKING, HERRAMIENTA PARA MEDIR LA CALIDAD. A PROPOSITO DEL TOP 20**

**AUTORES:** Guerrero Fernández, M; Ferrándiz Gomis, R.; Visedo López, J.A.; Acosta Villegas, F.; Bixquet Montagud, V.;

**PALABRAS CLAVES:** excelencia, calidad, índices, comparación.

**METODOLOGÍA:** El programa Hospitales TOP 20 es una iniciativa de Iasist, empresa consultora, dirigido a los hospitales que de forma voluntaria y gratuita deciden participar en

un proceso de valoración objetiva de su labora en base a comparar diferentes ratios relativos a su actividad, calidad y gestión de recursos.

En la tercera edición han participado 143 hospitales, agrupados en diferentes grupos, encontrándose el Hospital de la Arrixaca en el grupo de Grandes Hospitales Docentes en número de 18, quedando clasificado en el número 3 de su grupo.

Indicadores tomados en consideración para comparar los resultados de los hospitales en la búsqueda de la excelencia:

- Índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR).
- Índice de complicaciones ajustada por riesgo (ICAR).
- Estancia Media ajustada por casuística y severidad (EMACS).
- Tasa de sustitución por Cirugía Ambulatoria (CMA).
- Coeficiente de ambulatorización.
- Coste por unidad de producción ajustada.

**RESULTADOS** (año 2002):

- Posición global en el grupo: 3º de 18.
- Posición en el ránking de cada indicador:
  - Mortalidad (0,99): 8º.
  - Complicaciones (0,78): 1º.
  - Estancia Media (9,07): 10º.
  - Ambulatorización (0,72): 5º.
  - Coste (2.682 \_): 11º.

**CONCLUSIONES:** Seguir avanzando en la consolidación de un hospital con cultura de excelencia asistencial y confort hostelero, utilizando ésta u otra herramienta comparativa de hospitales. Seguir las líneas marcadas en nuestro Plan estratégico (impulso de la CMA, eficiencia en la utilización de los recursos, mejores índices de complejidad y potenciación de los sistemas de información).

## **P-64: SIMULACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UCI CON FENÓMENOS DE ESPERA**

**AUTORES:** Sánchez García, JF. Bernal García, JJ; Martínez María Dolores, SM.

**PALABRAS CLAVE:** Simulación, Fenómenos de espera, Colas, Sanidad Pública, Excel.

**RESUMEN:** Se analizan los datos disponibles de entradas y salidas que ocurren durante dos años en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital. En la simulación del funcionamiento de dicha unidad se utilizarán los modelos de colas y las tiradas de simulación en base a las frecuencias observadas a lo largo del período de estudio, prestando especial atención a las diferencias que surgen entre uno y otro razonamiento. Mediante la programación de la hoja de cálculo y haciendo uso de las técnicas de simulación se determinará cuál debería ser la capacidad de la unidad para evitar la formación de líneas de espera.

Para poder realizar la simulación de los sistemas de colas se necesitará recurrir a la utilización de valores pseudoaleatorios, así como distribuciones probabilísticas propias de la teoría de colas y otras no identificadas estadísticamente, utilizando las funciones incorporadas por la hoja de cálculo y procediendo a la programación de aquellas funciones que no incorpora la misma.

## **P-65: PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA EN EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA**

**AUTORES:** Aguilar Mediavilla, J., Guerrero Fernández, M, Ferrándiz Gomis, R, Visedo López, J.A., Clavel Valderas, M.A., García Sánchez, M.J.

**PALABRAS CLAVE:** comunicación, expectativas, pacientes, estrategia, acercamiento.

### **METODOLOGÍA:**

- La comunicación interna, dirigida a profesionales y la comunicación externa, dirigida a pacientes y familiares, como la herramienta más conocida del marketing.
- Elaboramos dentro del Plan Estratégico y de su línea general de calidad, un PLAN DE COMUNICACIÓN.
- Comunicación Interna (la que conecta y relacional el centro hospitalario con la comunidad con la que convive, sirve para difundir servicios, dar a conocer su objetivo y misión, divulgar su progreso en el cuidado de la salud, transmitir conocimientos en materia de prevención a los ciudadanos).

### **INSTRUMENTOS:**

- Revista de empresa; 40 ediciones, 3000 ejemplares por edición, destinada a profesionales, sindicatos, medios de comunicación, organismos públicos, portadas temas de actualidad, contraportada (servicios), hospital informa, fotos, cursos, conferencias, nombramientos, etc.
- Guías de servicios asistenciales y no asistenciales (ORL, Laringectomizado, farmacia, ...)
- Comunicación externa (aquella que proporciona una mayor y mejor información entre aquellos que trabajan en la institución tratando de que actúen como catalizador y armonizador del trabajo en equipo).

**CONTENIDO:** Plan Estratégico, Recursos, oferta de servicios, actividad asistencial, calidad, Plan Director Obras, Formación, Investigación, Docencia.

- Imagen corporativa contenida en tarjetas visita, notas interiores, oficios, historias clínicas, carpetas, logos exteriores, lencería, etc.
- Medios de comunicación (diarios locales, nacionales, especializados, Internet...)
- Asociaciones deportivas y culturales (Asociación ciclista, asociación de fútbol, etc.)
- Telemarketing: Encuestas de satisfacción telefónica a pacientes que han pasado por Consultas Externas, Urgencias, Altas hospitalarias; Virgen de la Arrixaca, como imagen institucional.

### **OBJETIVOS:**

- De la comunicación interna: la motivación del empleado y la identificación del empleado con su empresa.
- De la comunicación externa: reflejar en la sociedad la imagen que la institución desea dar de sí misma, enviar a la sociedad los mensajes que en cada momento le sea más convenientes e idóneos transmitir y establecer unas relaciones personales e institucionales con los profesionales y medios que le sirvan en situaciones de crisis.

### **RESULTADOS:**

- 1º. Desde Junio de 1998 hasta Abril de 1999 existen 448 artículos en general que hacen referencia al Hospital de la Arrixaca, y teniendo en cuenta que la cifra de información general sobre la sanidad en Murcia es de 629, vemos que al menos 2 de cada 3 noticias sanitarias son de La Arrixaca.

2º. Del total antes mencionado, 448 informaciones, 279 son artículos, en 34 casos, durante los 10 meses, ha sido página 3 (la más importante) y además con llamada o referencia en portada. Y 1 de cada 9 páginas 3, de la Arrixaca.

Consolidación del Plan de comunicación Interno y Externo en el Hospital como un instrumento al servicio de la calidad asistencial.

## **P-66: PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA**

**AUTORES:** Muñoz, F.; Gómez, F y Madrid, G.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital "Morales Meseguer"

**PALABRAS CLAVE:** Comunicación, Radiología

**RESUMEN:** Los Planes de Comunicación Interna se han venido implantando y desarrollando durante los últimos años en amplios sectores del mundo empresarial. Sin embargo, las organizaciones sanitarias vienen mostrando enormes carencias en este aspecto.

Convivir y trabajar juntos no significa, necesariamente, tener un buen nivel de comunicación. La buena comunicación es, en cualquier caso, uno de los mejores atributos que puede llegar a tener una organización.

Los Servicios Centrales son el paradigma de la gestión integral y, por tanto, especialmente sensibles a las carencias en comunicación interna.

Nuestro Servicio de Radiología, se ha configurado a lo largo de los últimos 3 años, como un grupo profesional complejo, con 61 profesionales de diferentes estamentos. Quizás como consecuencia del rápido incremento y renovación en la plantilla y por otras razones de difícil identificación, la comunicación interna ha venido perdiendo calidad e intensidad.

Durante el mes de agosto del pasado año, planteamos como objetivo primordial el diseño, implantación y desarrollo de un PCI para el Servicio de Radiología, entendido, como un conjunto de acciones y actuaciones que contribuyen a cohesionar un proyecto común.

El PCI se compone de 4 fases:

En la 1ª fase se realizó un estudio para conocer la situación real en comunicación interna, sus carencias y puntos críticos.

En la 2ª fase se formularon objetivos y estrategias, se diseñaron circuitos y soportes, se institucionalizó órgano de responsabilidad, se estableció calendario de acciones y, finalmente, se acordaron métodos de seguimiento y evaluación.

En la 3ª fase se establecieron y enumeraron los criterios de evaluación del PCI.

En la 4ª fase se procedió a la presentación oficial del PCI, tanto a la Comisión de Dirección como a todo el personal del Servicio de Radiología, así como a su puesta en marcha inmediata.

Aunque nuestro PCI solo lleva funcionando 2 meses, los beneficios en comunicación, han empezado a percibirse. A lo largo del año 2.003 iremos obteniendo información y, a final de año, dispondremos de resultados totales.

## **P-67: REALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE FOLLETO INFORMATIVO SOBRE LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

**AUTORES:** Montejano Lozoya, R.; Valenzuela Anguita, M.; Azorín Rodríguez, JMª.; Hernández Hernández, MªJ.

**PALABRAS CLAVE:** Folleto informativo. Calidad asistencial. Enfermería. Servicios sanitarios.

**OBJETIVO:** Proporcionar información sobre el uso correcto de los servicios sanitarios de la Comarca del Altiplano, mejorando la calidad asistencial de los mismos.

**FUENTE DE DATOS:** Obtenidos a través de:

- Los censos de los distintos Ayuntamientos de la comarca.
- Servicio de Admisión de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo.
- Centros sanitarios de la comarca.

**METODO:**

- Contacto telefónico.
- Reuniones del equipo de Enfermería, usando la técnica de Brainstorming.

**RESULTADOS:**

- Tras el análisis de los datos obtenidos, detectamos una falta de información en los usuarios de los servicios sanitarios en general .
- Observamos un gran numero de extranjeros que acuden a nuestro servicio de urgencias del Hospital sin orden facultativa, coincidiendo con el aumento de inmigrantes que existen en nuestra Comarca, según los datos obtenidos en los censos de los Ayuntamientos.
- Los datos reflejan un abuso del acceso a nuestra unidad de todas aquellas personas que viven en Yecla, localidad donde se sitúa nuestro Hospital,.
- Contribuyendo todo ello a la masificación y colapso en determinadas horas de las urgencias hospitalarias, yendo esto en detrimento de la calidad de la asistencia.
- Tras el consenso del personal de Enfermería decidimos diseñar un póster y un folleto informativo para contribuir a mejorar la información de los usuarios en todos los Centros Sanitarios de la Comarca.

**CONCLUSIONES:**

- Consideramos importante que todos los usuarios conozcan los recursos sanitarios de su área para su correcta utilización y para conseguir una mejora de la calidad asistencial de los mismos.
- Debemos incidir y divulgar información en aquellos sectores donde más déficit de la misma existe, es decir la población inmigrante y los usuarios que viven más cerca del Hospital, y para ello, proponemos la utilización de otros medios de comunicación (prensa, radio, tv....) para la concienciación de la población.

## **P-68: CÓMO HACER COMPATIBLE NUESTRA LABOR ASISTENCIAL CON UNA DOCENCIA DE CALIDAD**

**AUTORES:** Gonzalez Rodríguez, M<sup>a</sup>J.; Matea Sánchez, A.; Lopez Cantó, S.; Bermudez de Orte, M<sup>a</sup>A.; Jimenez González, AP.; Palazón Ruiz, P.

Enfermería área quirúrgica del Hospital Morales Meseguer de Murcia.

**PALABRAS CLAVE:** Docencia alumnos de enfermería.

**RESUMEN:** Hacer compatible ambas tareas es una cuestión difícil, ya que, por una parte, tendemos a prestar más atención y a dirigir nuestros esfuerzos a la actividad asistencial y por otra, carecemos del tiempo suficiente para actividades docentes. Paradójicamente , nos inquieta la presencia de los alumnos, porque nos sentimos responsables de su formación pero no sabemos si la atención que les prestamos es adecuada y suficiente.

Necesitábamos una solución a ésta problema y, analizadas sus causas, buscamos puntos fuertes y débiles para poner en marcha un ciclo de mejora siguiendo el programa EMCA. Desarrollamos un método planificado de enseñanza diaria a lo largo de las 3 semanas que dura cada ciclo, clasificadas escalonadamente de menor a mayor dificultad. De ésta manera el alumno conoce el objetivo y tareas mínimas de cada día, adquiriendo con ello actitudes y habilidades básicas para su formación.

Elaboramos criterios de evaluación y controlamos su cumplimiento en dos momentos de su periodo formativo, a través del mismo cuestionario, para hacer un seguimiento de la evolución de su aprendizaje.

Este método de evaluación interactivo, que es innovador con respecto a otros sistemas convencionales, eleva el nivel de motivación tanto del tutor, como del alumno, que así lo refleja en la encuesta de satisfacción que al final de su periodo de prácticas le entregamos.

A lo largo de los tres últimos años hemos conseguido con la aplicación de éste sencillo método, un alto índice de satisfacción en las 3 partes implicadas: Tutor, Alumno y Universidad.

### **P-69: LA BIOSEGURIDAD COMO HERRAMIENTA LA CALIDAD**

**AUTORES:** Tomás Borja, A., Visedo López, J.A., Guerrero Fernández, M., Ferrándiz Gomis, R., Acosta Villegas, F., Guillén, M.

**PALABRAS CLAVE:** bioseguridad, reglamentación, parámetros, controles analíticos, procedimientos.

**METODOLOGÍA:** Por necesidad de controlar las condiciones técnico-reglamentarias de los diferentes circuitos de agua y aire del hospital para prevenir la aparición y propagación de enfermedades nosocomiales se ha llevado a cabo:

- Un inventario inicial de las instalaciones del hospital objeto de la reglamentación.
- Una memoria descriptiva de dichas instalaciones y una evaluación de puntos críticos.
- Una monitorización de parámetros físicos, químicos y biológicos de los puntos críticos.
- El establecimiento de procedimientos de actuación para:
  - Control y mantenimiento de las condiciones de bioseguridad del hospital.
  - Actuaciones de contingencia frente a no conformidades de resultados analíticos.

Líneas de actuación:

Puesta en marcha de los diferentes procedimientos establecidos para las instalaciones del hospital:

- Circuitos de agua caliente sanitaria.
- Circuitos de agua fría de consumo humano.
- Torres de enfriamiento.
- Piscina de rehabilitación.
- Circuitos de agua ultrapura para laboratorios y diálisis.
- Circuitos de aguas de procesos de climatización y vapor.
- Circuitos de conductos de aire acondicionado.
- Unidades de tratamiento del aire acondicionado.

Financiación: A través de, concurso abierto de servicios, propuesto por los servicios técnicos del Hospital.



**OBJETIVOS:**

- Cumplir con la normativa vigente y asegurar el mayor grado de calidad de las condiciones del agua y aire en el hospital para prevenir enfermedades nosocomiales.
- Dar a conocer a los usuarios y profesionales del hospital los procedimientos y sistemas establecidos para el control de la calidad del agua y aire en el hospital.

**RESULTADOS:**

- 1º. Mejora del control de las condiciones ambientales, tanto en circuitos de agua y aire, así como mejora de las condiciones de bioseguridad integral del hospital.
- 2º. Mayor nivel de implicación de todos los profesionales en la labor de la puesta en marcha de los procedimientos para cumplir las condiciones técnico-reglamentarias.

### **P-70: CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN LOS HOSPITALES PUBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA. AÑO 2001**

**AUTORES:** Calle Urrea J.F., Gutiérrez Martín M.I., Gomis Cebrián R. Parra Hidalgo P., San Eustaquio Tudanca F.

**PALABRAS CLAVE:** Cirugía mayor ambulatoria, índice de sustitución.

**INTRODUCCIÓN:** La CMA es una alternativa a la hospitalización tradicional que tiene como objetivos reducir los costes por proceso y las listas de espera, con aumentos de la eficiencia y en la calidad de los cuidados.

**METODOLOGÍA:** Bases de datos de cirugía ambulatoria y CMBD de los hospitales públicos de la Región de Murcia. Listado de GRD's de CMA Región de Murcia.

**Indicadores:** Número total de episodios de CMA, porcentaje respecto al total de episodios quirúrgicos, índice de sustitución (IS). Distribución por edades, sexos, servicios y GRD's. Estancias evitadas y porcentaje de ingresos no planeados (INP).

**RESULTADOS:** Se realizaron 7811 intervenciones de CMA (21,63% del total de episodios quirúrgicos). IS del 44,16%. Edad media 53,68 (23,27) años, 46,77% mujeres, peso medio 0,76. Más del 50% se realizaron en Oftalmología, siguiendo Traumatología, Cirugía General y Urología. Casi el 50% se acumulaban en 3 GRD's, el 39 (procedimientos sobre cristalino), con más del 40%, el 40 (procedimientos extraoculares >17 años) y el 342 (circuncisión >17 años). INP 4,21%. Número de estancias evitadas 17.448.

**CONCLUSIONES:** 43 GRD's de CMA (14,88% de los GRD's quirúrgicos), pero con una gran trascendencia para la gestión (48,98% del total de episodios quirúrgicos en 2001). El 44,16% fueron ambulatorios (0% en uno de los centros), presentando por tanto un amplio margen de mejora.

Los casos ambulatorios tienen una edad media superior ( $p < 0.001$ ) y un menor porcentaje de mujeres ( $p < 0.001$ ) que los realizados con ingreso. No se observaron diferencias en el peso medio.

Escasa actividad de CMA en Obstetricia y Ginecología, con un bajo IS (3,52%). Cuando los GRD's se intervienen en servicios de referencia regional, se obtienen IS inferiores. El GRD 262 (biopsia de mama y excisión local, proceso no maligno) presenta un IS mayor en Cirugía General que en Obstetricia y Ginecología.

Los problemas de calidad de la información dificultan el estudio de estos procesos. Destaca un hospital que no informaba la CMA, mala recogida del tipo de ingreso y casi nula codificación de complicaciones. Los diferentes listados de CMA utilizados por las CC.AA. dificultan las comparaciones.

**P-71: IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA). REGION DE MURCIA 2001**

**AUTORES:** Calle Urra J.E., Gutiérrez Martín M.L., Parra Hidalgo P., Gomis Cebrián R

**PALABRAS CLAVE:** Cirugía mayor ambulatoria, oportunidad de mejora.

**INTRODUCCIÓN:** 43 GRD's de CMA. 48,98% del total de episodios quirúrgicos. Índice de sustitución (IS) del 44,16%. Existe un amplio margen de mejora, que es necesario caracterizar para poder priorizar.

**METODOLOGÍA:** Bases de datos de CMBD. Listado de GRD's de CMA.

**Indicadores:** número total de episodios y porcentaje con respecto al total de episodios quirúrgicos. Distribución por edades, sexos, servicios y GRD's. Estancia media y número de estancias evitables. GRD's con mayor impacto de estancias evitables.

**RESULTADOS:** 9876 episodios con ingreso potencialmente ambulatorios (27,35% del total de episodios quirúrgicos). 33.477 estancias evitables ( 17,12% del total de quirúrgicas). Edad media 44,36 ( 19,91) años, 61,99% mujeres. Peso medio 0,77. Más del 30% de episodios evitables en Obstetricia y Ginecología, siguiendo en importancia Cirugía General, con un porcentaje similar y Traumatología con algo más del 12%. 7 GRD's acumulaban un 51,96% del total de estancias evitables. Por orden de importancia, el 359 (útero y anejos, cáncer in situ), 381 (aborto con legrado, aspiración o histerotomía), 494 (colecistectomía laparoscópica), 208 (Extracción endoscópica cálculos biliares), 162 (hernia inguinal y femoral >17 años), 158 (ano y enterostomía) y 160 (hernia excepto inguinal y femoral >17 años).

**CONCLUSIONES:** Mayores oportunidades de mejora en hospitales del Grupo 1 y servicios de Obstetricia y Ginecología (importante por el repunte de la natalidad ) y Cirugía General. Mayor impacto de estancias evitables en GRD's 359 y 381, con IS inferiores al 4% en Murcia pero mayor al 20% en otras CC.AA.. Los GRD's 208, 162 y 160 presentaban IS, en los hospitales analizados, entre 0 y más del 60%. En el GRD 158 oscilaban entre 0 y más del 45%. El GRD 494 con sustitución menor al 1% en hospitales regionales, siendo del 90% en un hospital de otra Región.

Para fomentar esta actividad se plantean cambios en financiación y políticas de incentivos, instauración de nuevos procedimientos, revisión de protocolos, y establecimiento de estrategias de benchmarking.

Los problemas de calidad de la información dificultan el estudio de estos procesos. Destacan la mala recogida del tipo de ingreso y de las complicaciones. Los diferentes listados utilizados por las CC.AA. dificultan la comparación.

**P-72: PROCEDIMIENTO PARA LA ADSCRIPCIÓN INICIAL DE TARJETAS SANITARIAS INDIVIDUALES A LOS NUEVOS CUPOS DE DE MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA**

**AUTORES:** Barragán Pérez, A.J.; Fontcubert A Martínez, J.; Suarez Eguiliuz, C; Moreno Valero, M.A.; García González, A. L.; Alarcón González, J.A.

**PALABRAS CLAVE:** Tarjeta Sanitaria Individual, Atención Primaria.

**OBJETIVOS:** Elaborar un modelo equitativo de redistribución de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) entre los facultativos (Médicos de Familia o Pediatras) de un Equipo de Atención Primaria (EAP) tras el aumento de dotación en cualquiera de los dos estamentos.

Prerequisito condicionante: el actual sistema retributivo, en el que un concepto importante (en torno al 20% del salario bruto) está ligado a la capitación que supone la adscripción del número e intervalos de edad de las TSI.

#### DESCRIPCIÓN:

- 1º. Información de la situación actual de los cupos por tramos de edad en la zona de salud o localidades afectadas por la nueva adscripción del recurso.
- 2º. Redistribución de las TSI correspondientes a los tramos de edad que tienen efectos en el sistema retributivo entre todos los cupos de TSI de los profesionales implicados, incluido el/los que ocasiona/n el incremento:
  - para Medicina de Familia: 7 a 13 años, 14 a 64 años y > 65 años
  - para Pediatría: 0 a 2 años, 3 a 6 años y 7 a 13 años
- 3º. Con la finalidad de no ocasionar la separación de diferentes miembros de la unidad familiar adscritos al mismo facultativo, se seleccionan las TSI afectadas que comparten el mismo número de asignación familiar (número de seguridad social) para adscribirlos todos al nuevo cupo o, por el contrario, dejarlos en el anterior.

#### CONCLUSIONES:

- El sistema retributivo limita la posibilidad de ponderar las adscripciones de TSI a los cupos valorando otros aspectos importantes: número de localidades a atender por los profesionales implicados, dispersión geográfica, etc.
- En tanto pudiera solucionarse lo anterior, la reasignación de TSI entre los cupos debe hacerse atendiendo a criterios de equidad y manteniendo la unidad familiar en la adscripción.
- Respetando el derecho a la libre elección, se debe continuar utilizando los más respetuosos y transparentes métodos persuasivos para evitar la "fuga" de los individuos afectados por el cambio de adscripción.

### P-73: CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿HAY, O SÓLO QUEREMOS QUE LO PAREZCA? REFLEXIONES ACERCA DE LOS CRITERIOS QUE EMPLEAMOS

**AUTORES:** López-Picazo Ferrer, JJ; Agulló Roca, F; Villaescusa Pedemonte, M; Cerezo Corbalán, JM; Marín Montoya, F.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, atención Primaria.

**OBJETIVO:** Para conocer la calidad de los servicios que ofertamos es necesario comprobar el cumplimiento de sus criterios de calidad. Las mediciones efectuadas para ello pueden ofrecernos distintas impresiones según el método que empleemos. Pretendemos conocer la influencia que diferentes métodos de medición pudieran tener sobre la estimación final de la calidad de estos servicios.

**METODOLOGÍA:** Estimamos la calidad del servicio de atención a diabéticos en una Gerencia de Atención Primaria mediante evaluación retrospectiva, de iniciativa externa y obtención cruzada de datos. Para ello utilizamos una muestra aleatoria de historias clínicas de diabéticos (HC).

Como criterios de calidad empleamos las 10 Normas Técnicas (NTM) del servicio de atención a diabéticos de INSALUD. Éstas exigen el cumplimiento de 31 ítems, agrupados desde 1 a 7 ítems/NTM. Para estimar su cumplimiento empleamos 3 métodos diferentes:

(1).- Ponderado: Según instrucciones oficiales, el cumplimiento de cada NTM se obtiene ponderando el cumplimiento de los ítems que la conforman.

(2).- Globalizado: Consideramos cumplida la NTM sólo si se cumplen todos sus ítems.

(3).- Independiente: Analizamos por separado el cumplimiento de los 31 ítems.

Finalmente, comparamos los resultados mediante análisis numérico (z -2 colas-, regresión) y gráfico (radar).

**RESULTADOS:** Evaluamos 618 HC, apareciendo diferencias significativas en la estimación del cumplimiento de todas las NTM que cuentan con más de un ítem (% IC95% ponderado/globalizado): 1-Diagnóstico: 91,100,92/91,100,92; 2-Antecedentes: 69,741,49/44,801,61; 3-Historia diabetes: 78,721,33/62,701,57; 4-Complicaciones: 29,991,49/20,201,30; 5-Exploración: 49,971,62/21,501,33; 6-Analítica: 51,481,62/30,001,49; 7-Funduscopia: 31,921,51/31,921,51; 8-ECG: 62,141,57/62,141,57; 9-Controles: 57,071,61/11,601,04; 10-EpS: 70,131,49/44,201,61. Esta diferencia depende del número de ítems que posee cada NTM ( $r=0,824$ ,  $p<0,01$ ).

Los gráficos de radar permiten comparar la evaluación independiente de ítems con los otros métodos.

**CONCLUSIONES:** El método de estimación del cumplimiento de los criterios determina el nivel de calidad global del servicio obtenido. Usar criterios ponderados favorece la aparición de "espejismos de calidad" (sobreestimaciones), mayores cuanto mayor es el número de ítems que se ponderan simultáneamente. El análisis detallado de ítems permite acotar dónde se producen los defectos y actuar en consecuencia, pero exige comprobar excesivos aspectos y debería reservarse para analizar secundariamente causas de no-calidad. Es preferible el uso de pocos criterios, válidos, fiables, y univalentes.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

**EMCA**  
Gestión de la Calidad Asistencial



**MSD**  
GRUPO MSD



COLEGIO DE  
MÉDICOS



Colegio Oficial  
de Diplomados  
en Enfermería

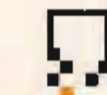


**FCC** CONSTRUCCIÓN, S.A.

**SIEMENS**



AUDITORIO  
Y CENTRO DE CONGRESOS  
REGION DE MURCIA



IT Deusto



**NOVARTIS**

**usgs**

Unidad de Servicio  
a la Gestión Sanitaria  
A SU LADO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL



**FUNDACIÓN  
CAJAMURCIA**



**SOCIEDAD MURCIANA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**