

**I CONGRESO
REGIONAL
DE
CALIDAD
ASISTENCIAL**

**PROGRAMA
Y
LIBRO DE COMUNICACIONES**

MURCIA, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE DE 1997

**I CONGRESO
REGIONAL
DE
CALIDAD
ASISTENCIAL**

**PROGRAMA
Y
LIBRO DE COMUNICACIONES**

MURCIA, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE DE 1997

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. Ramón Luis Valcárcel Siso
Presidente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. José Joaquín Peñarrubia Agius
Delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Francisco Marqués Fernández
Consejero de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excma. Sra. Dña. Cristina Gutiérrez-Cortines Corral
Consejera de Cultura y Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Juan Monreal Martínez
Rector Magnífico de la Universidad de Murcia

Ilmo. Sr. D. Ángel Cámara Botía
Alcalde Presidente del Exmo. Ayuntamiento de Murcia

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Martín Quiñonero Sánchez

Vicepresidente
Andrés Martínez Cachá

Secretario
Rafael Gomis Cebrián

Vocales
José Pablo Fernández Gutiérrez
Oscar Castro Reina
Diego Gutiérrez Gambín
Francesc Medina Mirapeix
Jesús Cañavate Gea
Mariano Guerrero Fernández
Manuel A. Moreno Valero
Pedro Parra Hidalgo
María Luisa Usera Clavero
Adelia Mas Castillo
José Eduardo Calle Urra
María Paz Rodríguez Martínez

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Pedro J. Saturno Hernández

Secretario
Pedro Parra Hidalgo

Vocales
José M. Lucas Moreno
Enrique Ortín Ortín
José Luis Almarza Mesa
Satur Martínez Pérez
Juan José Gascón Cánovas
Javier Navarro Moya
Francisco J. Campayo Rojas
Joaquín Palomar Rodríguez
José Saura LLamas
Carlos Arenas Díaz

SEDES

- Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.
C/ Salzillo nº 7. Murcia.
- Casino de Murcia.
C/ Trapería, 22. Murcia.

SECRETARÍA TÉCNICA

Alquibla Congresos. C/ Selgas, 5.
30001 Murcia.
Tlf.: (968) 24 22 13 - Fax.: (968) 24 28 08.
e-mail: alquiblacongr@redestb.es
<http://www.netctc.com/alquibla/index.html>

APOYO ADMINISTRATIVO

Jesús Ortín Montero
M.^a Fé Gallego López
Isabel López Tórtola

JUDGE

PROGRAMA	13
PONENCIAS	
“Experiencias Regionales de Mejora de la Calidad Asistencial”	19
Fiabilidad de criterios para medir calidad en evaluaciones multicéntricas.	
Resultados de un ciclo completo de mejora para normas de atención al hipertenso	21
Informe de enfermería al alta. La calidad aplicada a la continuidad de cuidados	24
Evaluación y mejora en la prescripción de fármacos en atención primaria de salud	27
Un programa de garantía de calidad (ciclo de mejora) aplicado a la fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio. Proyecto ARIAM.	35
MESA DE COMUNICACIONES “A”	41
1.- Estudio de los indicadores y criterios de calidad de nutrición parenteral en la práctica clínica en el Hospital General. Bienio 1995-1996	43
2.- Evaluación de la calidad de la atención a los pacientes diabéticos e hipertensos en un centro de salud	45
3.- Adecuación de la hospitalización en un servicio de medicina interna	46
4.- Valoración de la satisfacción durante el proceso asistencial en fisioterapia	48
5.- Evaluación y mejora de los tiempos de espera para entrar en una consulta de atención primaria	50
6.- Evaluación de la calidad del circuito de atención quirúrgica para las lesiones de mama detectadas por cribado radiológico	51
7.- Administración inadecuada de broncodilatadores y corticoides inhalados en el medio hospitalario	53
8.- Adecuación de la hospitalización pediátrica en un hospital comarcal de la Región de Murcia	55
9.- Evaluación y mejora de la calidad preanalítica extrahospitalaria de las exploraciones analíticas del Hospital Morales Meseguer	56
10.- ¿Sería rentable analizar la calidad de los esputos de origen extrahospitalario?	58
MESA DE COMUNICACIONES “B”	59
1.- La atención especializada en una área de salud: opinión de los médicos de atención primaria	61
2.- ¿Cómo iniciar la mejora de la calidad en un centro de salud?	63
3.- Objetivo: uso racional de los antibióticos en pediatría. Resultados preliminares de la aplicación de un test rápido de detección del estreptococo A en las faringitis agudas	65
4.- Propuesta del uso del botiquín domiciliario en el control racional de los medicamentos. Una experiencia	66
5.- Influencia de los servicios de farmacia de atención primaria en la prescripción más eficiente	67
6.- Ciclo completo de mejora sobre el uso de antibióticos en I.R.A. en cuatro centros de salud	68
7.- La calidad en atención primaria de salud según sus diferentes protagonistas	69
8.- Actitudes hacia los contenidos de la A.P.S.: Estudio longitudinal	70
9.- El clima laboral en los profesionales de atención primaria	71
10.- Factores que influyen en la lista de espera quirúrgica del Hospital Los Arcos	72

18.-Dirección de las relaciones causales entre clima organizacional, satisfacción laboral y burnout en los equipos de APS	116
19.-Necesidad de horas de atención de enfermería para una calidad asistencial	117
20.-Implicaciones de enfermería en la calidad de la metodología de los hemocultivos pediátricos	118
21.-Pilotaje de un sistema de codificación en el entorno de la medicina intensiva	119

PROGRAMA

JUEVES 27

16,30.- Recepción y Entrega de Documentación

17,00.- Inauguración del Congreso

17,30.- Conferencia Inaugural. Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.
La Calidad Asistencial desde la perspectiva del usuario.

Lee Hargraves. Picker Institute. Boston. EE.UU.

19,00.- Mesa 1. Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.
La Coordinación y la Comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria: Un problema de calidad.

Moderador:

Rafael Matesanz Acedos. Director General de Atención Primaria y Especializada del Insalud. Madrid.

Ponentes:

- *Cirugía Menor en Atención Primaria.*
Juan F. Menarguez Puche. Equipo de Atención Primaria. Molina de Segura.
José Aguilar Jiménez. Servicio de Cirugía General. Hospital Morales Meseguer. Murcia.
- *Plan de Calidad del Area.*
Paloma Alonso Cuesta. Subdirectora General de Atención Especializada del Insalud. Madrid.
- *Comisiones Paritarias de Coordinación.*
Jesús Cañavate Gea. Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria del Insalud. Murcia
- *Calidad de las Derivaciones de A. Primaria a Especializada.*
Juan B. Vidal Bugallo. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Rafael Méndez. Lorca.
- *Coordinación de la Asistencia en las Otitis Infecciosas.*
Francisco Rodríguez García. Servicio de Microbiología.
Hospital Sta. M^a del Rosell. Cartagena.
- *Cirugía Mayor Ambulatoria*
Antonio del Vas Ceñal. Subdirector Médico. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

20,45.- Fin de sesiones

VIERNES 28

09,00.- Mesa 2. Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo. *Experiencias Regionales de Mejora de la Calidad Asistencial.*

Moderador:

Pedro J. Saturno Hernández. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Ponentes:

- *Fiabilidad de criterios para medir calidad en evaluaciones multicéntricas. Resultados de un ciclo completo de mejora para normas de atención al hipertenso*
M.ª Carmen Santiago García. Centro de Salud Cartagena - Oeste.
- *Informe de enfermería al alta. La calidad aplicada a la continuidad de cuidados*
Antonio Paredes Sidrach de Cardona. Area de Docencia y Calidad. Hospital Morales Meseguer. Murcia
- *Evaluación y mejora en la prescripción de fármacos en atención primaria de salud*
Armando Santo González. Equipo de Atención Primaria de Alquerías. Murcia.
- *Un programa de garantía de calidad (ciclo de mejora) aplicado a la fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio. Proyecto ARIAM.*
Francisco Felices Abad. Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital General Universitario. Murcia.

10,30.-Café y Exposición de Posters. Sede Casino de Murcia

11,00.-Mesa 3. Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo. *La Calidad en la Cartera de Servicios y los Contratos-Programas. Qué miden, para qué sirven y hacia dónde se dirigen.*

Moderador:

Pedro Parra Hidalgo. Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

Ponentes:

- Enrique I. Pérez Rivera. Director Gerente Fundación Hospital Verín. Galicia
- Ana Sainz Rojo. Unidad de Calidad de la Subdirección de Atención Especializada. Insalud. Madrid.
- Gaspar Tamborero Cao. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Insalud. Baleares.

VIERNES 28

09,00.- Mesa 2. *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*
Experiencias Regionales de Mejora de la Calidad Asistencial.

Moderador:

Pedro J. Saturno Hernández. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Ponentes:

- *Fiabilidad de criterios para medir calidad en evaluaciones multicéntricas. Resultados de un ciclo completo de mejora para normas de atención al hipertenso*
M.^a Carmen Santiago García. Centro de Salud Cartagena - Oeste.
- *Informe de enfermería al alta. La calidad aplicada a la continuidad de cuidados*
Antonio Paredes Sidrach de Cardona. Area de Docencia y Calidad. Hospital Morales Meseguer. Murcia
- *Evaluación y mejora en la prescripción de fármacos en atención primaria de salud*
Armando Santo González. Equipo de Atención Primaria de Alquerías. Murcia.
- *Un programa de garantía de calidad (ciclo de mejora) aplicado a la fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio. Proyecto ARIAM.*
Francisco Felices Abad. Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital General Universitario. Murcia.

10,30.-Café y Exposición de Posters. *Sede Casino de Murcia*

11,00.-Mesa 3. *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*
La Calidad en la Cartera de Servicios y los Contratos-Programas. Qué miden, para qué sirven y hacia dónde se dirigen.

Moderador:

Pedro Parra Hidalgo. Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

Ponentes:

- Enrique I. Pérez Rivera. Director Gerente Fundación Hospital Verín. Galicia
- Ana Sainz Rojo. Unidad de Calidad de la Subdirección de Atención Especializada. Insalud. Madrid.
- Gaspar Tamborero Cao. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Insalud. Baleares.

12,30.- Mesas de Comunicaciones Orales

***** **Mesa de Comunicaciones "A".** *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*

Moderador:

Javier Navarro Moya. Equipo de Atención Primaria de Jumilla.

ORDEN DE EXPOSICION:

- 1.- *Estudio de los indicadores y criterios de calidad de nutrición parenteral en la práctica clínica en el Hospital General. Bienio 1995-1996*
C. Sánchez A.; M. González V.; M. Hernández; B. Gil; T. Blanco; J.L. Espinosa.
- 2.- *Evaluación de la calidad de la atención a los pacientes diabéticos e hipertensos en un centro de salud*
González Martín, C.T.; Cabrera de León, A.; Plasencia García, V.; Marco García, M.ª T.; Sierra López, A.
- 3.- *Adecuación de la hospitalización en un servicio de medicina interna*
Andreo J. A.; Barrio M.; Ramos M. R.; Torralba M.; Marín A.; Herrero F.
- 4.- *Valoración de la satisfacción durante el proceso asistencial en fisioterapia*
Medina F.; Salinas V.; Jimeno F. J.; Llamazares E.; Valera F.; Cano R.
- 5.- *Evaluación y mejora de los tiempos de espera para entrar en una consulta de atención primaria*
López-Picazo Ferrer, J.; Santo González, A.; Santos Ortuño, M.
- 6.- *Evaluación de la calidad del circuito de atención quirúrgica para las lesiones de mama detectadas por cribado radiológico*
Aguilar J.; Andrés B.; Morales G.; Muelas M.S.; Carrasco L.; Aguayo J.L.
- 7.- *Administración inadecuada de broncodilatadores y corticoides inhalados en el medio hospitalario*
López Martínez, P.; Alcaraz Martínez, J.; Sánchez Nieto, J.M.; Nicolás Abellán, A.; Hernández Roca, L.; Alemany Francés, L.
- 8.- *Adecuación de la hospitalización pediátrica en un hospital comarcal de la Región de Murcia*
Lucas Moreno J.M.; Chiner Bernabeu J.M.
- 9.- *Evaluación y mejora de la calidad preanalítica extrahospitalaria de las exploraciones analíticas del Hospital Morales Meseguer*
Díez Almajano J.A.; García Oltra E.; Ortolá Devesa J.B.; Rupérez Martínez C.
- 10.- *¿Sería rentable analizar la calidad de los esputos de origen extrahospitalario?*
Rodríguez García F.; Martínez Saura C.; Conesa Moreno A.; Martos Sánchez F.

***** **Mesa de Comunicaciones "B". Sede Casino de Murcia. Sala Congresillo.**

Moderador:

Francisco Javier Campayo Rojas. Hospital General Universitario. Murcia.

ORDEN DE EXPOSICION:

- 1.- *La atención especializada en una área de salud: opinión de los médicos de atención primaria*
Pedreño Saura, J.J.; Ballesteros Pérez, A; García González, A.; Lloret Solano, J; Martínez Pastor, A; Pirla Gómez E.
- 2.- *¿Cómo iniciar la mejora de la calidad en un centro de salud?*
Martínez Pastor, A.; Morales López, R.; Llangostera Batiste, J. M^a; Ramos Conchillo, M^a A.; Vidal-Abarca Gutiérrez, I.; Díaz Fernández, G.
- 3.- *Objetivo: uso racional de los antibióticos en pediatría. Resultados preliminares de la aplicación de un test rápido de detección del estreptococo A en las faringitis agudas*
Contessotto, C.; Cámara, M.; Avilés, M.^a J.; Huici, A.; Ojeda, J. M.^a; Cascales, I.
- 4.- *Propuesta del uso del botiquín domiciliario en el control racional de los medicamentos. Una experiencia*
Carbajo Martínez, S. E.; Sánchez Sánchez, A.
- 5.- *Influencia de los servicios de farmacia de atención primaria en la prescripción más eficiente*
Bernal Montañés, J.M.; López-Picazo Ferrer, J.J.; Pereñíguez Barranco, J.E.; Sanz Moreno, J.A.; Vázquez Polo, M.A.; García Alcaraz, M.J.
- 6.- *Ciclo completo de mejora sobre el uso de antibióticos en I.R.A. en cuatro centros de salud*
Gomariz García, J.J.; Santiago García, M.C.; Días Espiñeira, J.J., Cascales del Cerro, J.J.; Gris Peñas, A.
- 7.- *La calidad en atención primaria de salud según sus diferentes protagonistas*
Gómez Jara P.; Saturno Hernández P.J.
- 8.- *Actitudes hacia los contenidos de la A.P.S.: Estudio longitudinal*
Ballesteros, A.M^a; Saturno, P.J.; Urrea, A.; Llor, B.; López, A.; Sáez, C.
- 9.- *El clima laboral en los profesionales de atención primaria*
López Santiago, A.; Saturno Hernández, P.J.; Urrea A.; García Izquierdo, M.; Ballesteros Pérez, A.; Sáez Navarro, C.
- 10.- *Factores que influyen en la lista de espera quirúrgica del Hospital los Arcos.*
Ferrer, E.; González, P.; Egea, M.D.; Esteban, B.

***** **Mesa de Comunicaciones “C”**. Sede Casino de Murcia. Sala Rosa.

Moderador:

Carlos Arenas Díaz. Hospital Rafael Méndez. Lorca

ORDEN DE EXPOSICION:

- 1.- *Resultados de la aplicación de un ciclo de mejora de la calidad sobre la declaración de las enfermedades infectocontagiosas en el Hospital Los Arcos*
Contessotto, C.; Cámara, M.; López, J.F.; Valverde, J.
- 2.- *Evaluación de la calidad del informe de alta de urgencias*
Muñoz Ruiz-Seiquer, J.; López Zarco, M.E.; Redondo Reyes, R.; Rocamora Gutiérrez, C.; Paricio Núñez, P.; Almarza Mesa, J.L.
- 3.- *Conocer el grado de cumplimiento de nuestra actividad. ¿Influye en la calidad del control asistencial?*
Alcaraz Martínez, J.; Martínez Fernández, E.; Albadalejo Serrano, A.P.; Hernández Quiles, M.I.; Mora Barba, M.J.; Ros Martínez, M.
- 4.- *Mejora de la fiabilidad de la recogida y transcripción de los datos de pacientes en el área de hospitalización del Hospital Morales Meseguer*
Carrillo, A.; Fernández, M.P.; Moreno, J.M.; Marcos, F.; García, M.D.; Rueda, M.L.
- 5.- *Evaluación y mejora de la relación escrita especializada-primaria en una consulta de cirugía*
Morales Cuenca, G.; Aguilar Jiménez, J.; Aguayo Albasini, J.L.
- 6.- *Monitorización de la calidad de los registros enfermeros*
Clavel Cerón, R.
- 7.- *Evaluación de la calidad formal de los protocolos de fisioterapia de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia*
Torres A.; Medina F.; Saturno P.; Saura J.; Gómez A.; Bonilla R.
- 8.- *Factores que influyen en el uso de protocolos clínicos según los coordinadores de los EAP.*
Saura Llamas, J.; Saturno Hernández, P.J. y grupo invest. protocolos.
- 9.- *Evaluación de la calidad de las bases de datos CMBD de los hospitales públicos generales de Murcia 1996*
Calle Urra J.E.; Aliaga M.F.; Belda M.A.; Beltrán R.; Chiner J.M.; Egea M.A.
- 10.- *Valoración de la utilización aislada del informe de alta-hoja estadística clínica para la obtención de los datos del CMBD: 1996*
Calle Urra J.E.; López J.A.; Pérez M.J.; Ródenas J.; San Eustaquio F.

14,30.- Almuerzo de trabajo. *Restaurante Hispano.*

16,30.- Defensa de Posters. *Sede Casino de Murcia. Salón de Armas.*

17,00.- Mesa 4. *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*
Satisfacción del Paciente/Cliente. Qué estamos midiendo realmente.

Moderadora

Rosa Suñol Sala. Directora de la Fundación Avedis Donabedian. Barcelona.

Ponentes:

- Andrew G. H. Thompson. Graduate School in Social Sciences. Edimburgo. Reino Unido.
- José M^a Quintana López. Servicio de Epidemiología Clínica y Calidad. Hospital de Galdacano. Osakidetza.
- Mariano Hernán García. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

18,30.- Café y Exposición de Posters. *Sede Casino de Murcia*

19,00.- Mesa 5. *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*
Situación actual de la gestión de la calidad.

Moderador

Andrés Martínez Cachá. Director Provincial del Insalud. Murcia.

Ponentes:

- Martín Quiñonero Sánchez. Director General de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia.
- Tomás Tenza Pérez. Subdirector General de Organización del Insalud. Madrid.
- Mariano Guerrero Fernández. Director Gerente. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- M.^a José Partera González. Colegios Profesionales Sanitarios. Murcia.

20,30.- Entrega de Premios y Clausura del Congreso. *Sede Aula de Cultura de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.*

POYENGLAS

Experiencias Regionales de Mejora de la Calidad Asistencial

FIABILIDAD DE CRITERIOS PARA MEDIR CALIDAD EN EVALUACIONES MULTICENTRICAS. RESULTADOS DE UN CICLO COMPLETO DE MEJORA PARA NORMAS DE ATENCION AL HIPERTENSO.

Santiago García, M.^a C.; Gomariz García, J.J.; Díaz Espiñeira, J.J.

INTRODUCCION:

Las normas técnicas mínimas (NTM), según el INSALUD, son “aquellos elementos de la atención a personas que acuden a los servicios prestados desde el nivel primario de salud que se consideran básicos, relevantes e inexcusable cumplimiento para los profesionales que provee”. Valoran la atención a patologías y aspectos asistenciales incluidos en la denominada Cartera de Servicios.

Muchos países han intentado disponer de unos instrumentos de valoración que respondan al trabajo clínico de los profesionales planteándose desde el principio que estas herramientas deben ser instrumentos fiables y válidos , que permitan comparaciones entre centros y áreas sanitarias.

Para ello, durante el proceso de construcción de dichas herramientas se debe establecer una serie de fases que aseguren en otras cosas que la terminología y el formato de recogida de datos sean entendida por todos los evaluadores de la misma manera.

Este estudio analiza la fiabilidad de cuatro NTM, elegidas para ser utilizadas en un proyecto multicéntrico de evaluación y mejora de la atención al hipertenso y establece un ciclo completo de mejora. Sus resultados son una evaluación indirecta del proceso de construcción de las NTM, y quiere contribuir a hacer las NTM un instrumento más útil, más fiable y más válido para todos. El esquema de análisis que se propone es aplicable a cualesquiera otros criterios o indicadores que se pretendan utilizar por múltiples evaluadores en evaluaciones y comparaciones multicéntricas , sean de atención primaria o especializada.

SUJETOS Y METODOS:

El estudio de concordancia surgió como parte de un proyecto de mejora de la calidad en el programa de Hipertensión en cuatro centros de salud, enmarcado en las actividades de investigación del programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) de la Región de Murcia.

En una primera evaluación, se seleccionaron de forma consensuada entre los participantes del proyecto cuatro NTM establecidas por el INSALUD para valorar el servicio de atención a

hipertensos (relativas a diagnóstico, exploración física, estudio analítico y ECG) que se sometieron a un estudio de fiabilidad para asegurarse la validez de los resultados conjuntos y comparaciones intercentros y entre cupos, calculándose la concordancia e índice kappa, global y por parejas, según los resultados obtenidos en esta primera evaluación se procedió a la discusión grupal de porqué se puede interpretar de forma distinta una misma NTM (fase de análisis de los problemas de fiabilidad). A continuación se pusieron en marcha las medidas correctoras oportunas, surgidas de la discusión (fase de reelaboración de indicadores), calculándose de nuevo la concordancia e índice de Kappa (fase de reevaluación).

En este estudio han participado dieciséis médicos de cuatro centros de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia; tres centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Lorca (Murcia), y el cuarto perteneciente a la Gerencia de Cartagena. En el centro de salud de Cartagena, previamente a la evaluación, se reunió el equipo evaluador en la primera evaluación intentando llegar a un consenso sobre cómo evaluar las historias clínicas.

La muestra fue de veinte historias en la primera evaluación y de treinta en la reevaluación, que se evaluaron de forma individual e independiente por cada uno de los médicos participantes en el estudio.

Mediciones: Se calculó tanto en la primera como en la segunda evaluación, el índice de Kappa, concordancia general y concordancia específica (acuerdo en afirmar que no cumple el criterio) para las cuatro NTM.

RESULTADOS.-

En la primera evaluación, ninguna de las cuatro NTM resultó suficientemente fiable. Al analizar el acuerdo entre los observadores de forma global (el acuerdo de todos los observadores) para cada NTM, utilizando el índice de Kappa, el extremo superior del intervalo de confianza de 95%, en ningún caso llega a 0,4, valor que indicaría un acuerdo aceptable; los valores globales que se obtienen son de 0,13 para la NTM referente al diagnóstico, de 0,17 para la relativa a la exploración, de 0,11 para la NTM referente a la analítica y de 0,3 para la NTM que hace referencia al ECG. El kappa conjunto aunque significativamente ($P < 0.001$) diferente de cero fue < 0.2 para las cuatro. La concordancia fue $< 10\%$ y el acuerdo específico 0. En un centro de salud la fiabilidad fue buena ($K > 0.4$) en tres NTM. En los otros centros, solo resultó suficientemente fiable una de las NTM en uno de ellos. La NTM de diagnóstico no resultó fiable en ninguno.

En la reevaluación el acuerdo entre los observadores de forma global utilizando el índice de Kappa, el extremo superior del intervalo de confianza de 95%, en todos los casos supera 0.5. Los valores que se obtienen en esta segunda evaluación indicarían un acuerdo aceptable; los valores globales son de 0,54 para la NTM referente al diagnóstico, de 0,63 para la relativa a la exploración, de 0,74 para la NTM referente a la analítica y de 0,64 para la NTM que hace referencia al ECG.

Con respecto a la concordancia global aparecen en esta segunda evaluación valores relativamente altos: 56% para las NTM de diagnóstico y exploración y 43%, 53% para las NTM de analítica y ECG respectivamente.

CONCLUSIONES

Las NTM precisan de mayor refinamiento para ser fiables y válidas; siendo el procedimiento empleado una herramienta útil para ello. Se evidenció en la segunda evaluación una importante mejora de la fiabilidad de indicadores con respecto a la primera. El proceso de construcción de indicadores para valoraciones multicéntricas sólo puede darse por acabado cuando se evidencia empíricamente su fiabilidad en condiciones normales de uso.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.º Carmen Santiago García*
Centro de Salud Cartagena - Oeste
C/. Cabrera, s/n.
30202 CARTAGENA

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. LA CALIDAD APLICADA A LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Paredes Sidrach de Cardona, A.; Martínez Pérez, S.

INTRODUCCIÓN:

¿Creemos las enfermeras en la continuidad de cuidados? ¿Creemos en la posibilidad de realizar esos cuidados de una forma integrada e integral y, por consiguiente, en alcanzar los objetivos que nos hemos marcado respecto al mantenimiento de la salud de las personas a las que cuidamos?

Si confiamos en una respuesta afirmativa a estas interrogantes, creemos que también podremos responder de igual forma a la siguiente cuestión: ¿Tenemos la oportunidad, dentro de nuestro sistema de salud, de realizar unos cuidados continuados y de calidad acordes a las necesidades que nos presentan nuestros usuarios?

Estas interrogantes pueden darnos las claves para el desarrollo de un trabajo que hemos demandado durante mucho tiempo, y que por diferentes circunstancias está costando grandes esfuerzos para integrarlo dentro de las acciones básicas de las enfermeras.

Es importante exportar nuestras experiencias hacia el colectivo profesional, para que de esta forma, nuestras acciones sean analizadas por miembros ajenos a nuestro equipo, y nos permitan plantearnos nuevos retos en cuanto a la organización, estructura y contenido de nuestra actividad. Así mismo, puede servir para ayudar a otros profesionales y guiarles en iniciativas que favorezcan la prestación de cuidados acorde a las necesidades presentadas por los usuarios.

Este trabajo surgió planteando la realización de Informes de Enfermería como algo inherente a la actividad de las enfermeras desde la inauguración del hospital en 1994.

OBJETIVOS:

- 1.- Definir el papel de la enfermera en la transmisión a los servicios extra hospitalarios de información de los cuidados de enfermería.
- 2.- Valorar los informes de enfermería al alta como indicador de la calidad asistencial prestada.
- 3.- Analizar los sucesivos circuitos establecidos para la remisión de los informes de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO:**Material:**

Registro de Informe de Enfermería al alta. (Incluido en Historia Clínica),

Material informático

Bibliografía

Método:

Desde el inicio de la actividad asistencial del Hospital Morales Meseguer de Murcia, se incluyó dentro de la documentación de enfermería el Informe de Enfermería al Alta.

Dicho informe, que consta de un original y tres hojas autocopiables, es cumplimentado por la enfermera si el paciente, tras su alta, necesita de cuidados profesionalizados.

Inicialmente, se daba al paciente su original y una copia para que lo hiciese llegar a la enfermera que debía continuar con su cuidado. Tras un seguimiento para ver si llegaban dichas copias y la demora que presentaban, se estableció un circuito de transmisión que garantizara la recepción del informe por el equipo de atención primaria. Los informes realizados en las unidades, se repartían de la siguiente forma:

- * El original era entregado al paciente.
- * Una copia para la Historia clínica
- * Una copia para a unidad de Enfermería
- * Una última copia que era enviada a Dirección de Enfermería del Hospital. Desde allí, si los cuidados a seguir no eran urgentes, se enviaba por enlace a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria, la cual hacía llegar el informe a su centro de salud correspondiente. Si el informe tenía carácter urgente, era enviado directamente por Fax desde la Dirección de Enfermería del Hospital al Coordinador del Centro de Salud.

Este circuito, instaurado en diciembre de 1996 y evaluado en Agosto de 1997, ha dado como resultado que la demora para recibir los informes es de aproximadamente una semana, lo que nos ha llevado a establecer una nueva vía para remitir esos informes.

El laboratorio del Hospital Morales Meseguer da cobertura a todos los Centros de Salud de nuestra área de influencia, remitiéndose los resultados de la analítica por la tarde hacia los Centros de Salud. Este enlace diario y directo entre los Centros de Salud y el hospital de referencia, se aprovecha para el envío de los informes de Enfermería, lo que permite al Equipo de Atención Primaria tener el Informe emitido en la unidad de hospitalización al día siguiente al alta del paciente.

RESULTADOS:

En el periodo mencionado se han enviado 394 informes de enfermería al alta.

De ellos el 56,59% corresponde a pacientes varones, y el 43,41% a mujeres. El 63,95% son pacientes de más de 60 años de edad.

La demora media entre la realización del informe y su envío hacia el Centro de Salud, era de 2,20 días (teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no era posible realizar el envío y era necesario esperar al siguiente día hábil).

De los Informes de Enfermería enviados, 271 correspondían a centros de nuestra Área, lo que supone el 67,78% del total, quedando repartidos de la siguiente forma:

Área 1	Vistalegre	20
	Stª Mª de Gracia ...	19
	Murcia Centro	1
Área 6	231

Respecto a la totalidad de los informes elaborados, los datos por unidades de Hospitalización tenemos que:

Informes remitidos en Unidades de Hospitalización Quirúrgica	303
Informes remitidos en Unidades de Hospitalización Médica	91

Es decir, el 76,90% corresponden a pacientes con procesos quirúrgico, mientras que el 23,10% eran de pacientes ingresados en unidades de hospitalización médica.

Existe significación entre este dato y la existencia de informes de enfermería estandarizados en las unidades de hospitalización quirúrgica, ya que estos facilitan la labor de la enfermera y le permite entregar un informe con menos tiempo de preparación previa al alta, y en procesos más simples.

CONCLUSIONES:

- 1.- Es importante generar circuitos que posibiliten la transmisión de información entre los profesionales de enfermería, pero lo es más reconocer el papel que tienen los profesionales que van a transmitir dicha información, y son los que van a generar que los cuidados de enfermería presenten un nivel de calidad óptimo durante el paso de la atención especializada a la primaria.
- 2.- Es necesario resaltar que la realización de informes de enfermería al alta, permite al profesional analizar y sintetizar los cuidados necesarios para un paciente, así como registrarlos de forma correcta, clara y concisa en un documento profesional, lo que siempre elevará el nivel de calidad de los cuidados de enfermería que preste al usuario.
- 3.- Es imprescindible evaluar periódicamente los circuitos de relación entre atención primaria y especializada, pues nos permitirá no solo alcanzar las metas propuestas, si no hacerlo de la mejor manera posible. Mediante la revisión de los circuitos que establecimos, hemos alcanzado desde el hospital el mismo propósito, enviar informes de enfermería, pero hemos mejorado el contenido de los informes, reducido al mínimo el número de informes que no llegaban a su destino, y disminuido el tiempo de demora entre el alta del paciente y la recepción del informe por su enfermera de atención primaria.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *A. Paredes Sidrach de Cardona*
Hospital Universitario Morales Meseguer
C/. Marqués de los Vélez, s/n.
30008 MURCIA

EVALUACION Y MEJORA EN LA PRESCRIPCION DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Santo González, A.; Saturno Hernández, P.J.

La prescripción de fármacos es una de las actividades más frecuentes del médico de Atención Primaria. Supone un complejo proceso de decisiones, comporta un riesgo y se observa una gran variabilidad. Estas razones hacen de la prescripción un proceso susceptible de ser evaluado y monitorizado.

Desde hace años la administración sanitaria analiza los fármacos prescritos sobre la base de criterios cuantitativos y 'cualitativos' manteniendo y difundiendo la idea de que se prescribe 'mucho y mal'.

Aceptando como un hecho que la prescripción de fármacos es un proceso que presenta oportunidades de mejora, planteamos realizar un ciclo de evaluativo siguiendo la metodología de Pálmer y Saturno analizando la prescripción de siete equipos de Atención Primaria (EAP) pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria núm. 1 de Murcia (GAP-1).

Se construyó un indicador denominado **Indicador de Calidad Global de la Prescripción (ICGP)**. El método empleado consistió en la consecución de un consenso entre profesionales tras la realización de tres reuniones por EAP en las que se realizaron discusiones en grupo. Se comentaron y criticaron los indicadores ya existentes en la literatura y se aportaron modificaciones. Ante la mayor factibilidad se optó por la construcción de un indicador de abordaje genérico valorando la prescripción desde el punto de vista del fármaco y no de la patología que genera dicha prescripción.

El Indicador de Calidad Global de la Prescripción (TABLA I) cataloga los fármacos en cuatro categorías en función de:

Sus características farmacológicas (Valor Intrínseco Farmacológico),

Su forma de presentación (monofármacos o polifármacos)

La vía utilizada para su administración

El gasto monetario generado por cada unidad de dosificación (pastilla, supositorio, mililitros correspondientes a una toma, gramo de sustancia tópica, etc.).

EVALUACION Y MEJORA EN LA PRESCRIPCION DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Santo González, A.; Saturno Hernández, P.J.

La prescripción de fármacos es una de las actividades más frecuentes del médico de Atención Primaria. Supone un complejo proceso de decisiones, comporta un riesgo y se observa una gran variabilidad. Estas razones hacen de la prescripción un proceso susceptible de ser evaluado y monitorizado.

Desde hace años la administración sanitaria analiza los fármacos prescritos sobre la base de criterios cuantitativos y 'cualitativos' manteniendo y difundiendo la idea de que se prescribe 'mucho y mal'.

Aceptando como un hecho que la prescripción de fármacos es un proceso que presenta oportunidades de mejora, planteamos realizar un ciclo de evaluativo siguiendo la metodología de Pálmer y Saturno analizando la prescripción de siete equipos de Atención Primaria (EAP) pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria núm. 1 de Murcia (GAP-1).

Se construyó un indicador denominado **Indicador de Calidad Global de la Prescripción (ICGP)**. El método empleado consistió en la consecución de un consenso entre profesionales tras la realización de tres reuniones por EAP en las que se realizaron discusiones en grupo. Se comentaron y criticaron los indicadores ya existentes en la literatura y se aportaron modificaciones. Ante la mayor factibilidad se optó por la construcción de un indicador de abordaje genérico valorando la prescripción desde el punto de vista del fármaco y no de la patología que genera dicha prescripción.

El Indicador de Calidad Global de la Prescripción (TABLA I) cataloga los fármacos en cuatro categorías en función de:

Sus características farmacológicas (Valor Intrínseco Farmacológico),

Su forma de presentación (monofármacos o polifármacos)

La vía utilizada para su administración

El gasto monetario generado por cada unidad de dosificación (pastilla, supositorio, mililitros correspondientes a una toma, gramo de sustancia tópica, etc.).

CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD:

PRIMER CRITERIO:

ENUNCIADO

Todo fármaco prescrito deberá ser catalogado como de uso óptimo según la definición del Indicador de Calidad Global de la Prescripción.

EXCEPCIONES

Se excluyen del análisis todos aquellos productos farmacéuticos que precisan ser visados por la Inspección de Farmacia del INSALUD al tratarse de sustancias de manejo hospitalario y, por tanto, una prescripción inducida por otro profesional, así como aquellas fármacos constituidos por moléculas de reciente comercialización y que se encuentran pendientes de valoración.

ACLARACIONES

Los aspectos del indicador se describen en la Tabla I.

SEGUNDO CRITERIO:

ENUNCIADO

Todo fármaco prescrito deberá ser catalogado como de Valor Intrínseco Elevado según la definición de Laporte.

EXCEPCIONES

Se excluyen del análisis todos aquellos productos farmacéuticos que precisan ser visados por la Inspección de Farmacia del INSALUD al tratarse de sustancias de manejo hospitalario y, por tanto, una prescripción inducida por otro profesional, así como aquellas fármacos constituidos por moléculas de reciente comercialización y que se encuentran pendientes de valoración.

ACLARACIONES

Los aspectos del indicador se describen en la Tabla II.

DIMENSIÓN ESTUDIADA:

Se ha estudiado la calidad científico-técnica de la selección y prescripción de fármacos.

TIPOS DE DATOS:

Los datos corresponden al resultado de la selección de un principio activo en el momento de la prescripción.

UNIDADES DE ESTUDIO: (comunes a los dos criterios)

Los receptores del servicio son los pacientes sometidos a tratamiento farmacológico.

Los proveedores del servicio son los médicos prescriptores

El periodo evaluado corresponde al momento en que se realiza la prescripción.

El marco temporal para la extracción de casos a evaluar corresponde al periodo comprendido entre Mayo de 1995 y Marzo de 1996 en la primera evaluación y Abril de 1996 y Marzo de 1997 en la reevaluación.

FUENTES DE DATOS:

La identificación de las unidades de estudio se ha realizado a partir de la base de datos de personal de la Gerencia de Atención Primaria número 1 de Murcia (GAP-1)

Los datos sobre cumplimiento del criterio se han obtenido a partir de la base de datos de Facturación de Farmacia que, mes a mes, es remitida por el Colegio de Farmacéuticos de Murcia a la GAP-1.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LOS CASOS:

Se ha analizado todo el universo de recetas prescritas en el periodo de estudio tanto en los siete Centros de Salud como en otros siete centros de características similares utilizados como control.

TIPO DE EVALUACIÓN:

Se trata de una evaluación externa de carácter retrospectivo.

RESULTADOS PRIMERA EVALUACIÓN:

Se ha analizado una serie temporal desde Mayo de 1995 hasta Marzo de 1996 obteniendo como resultados los datos reflejados en la Tabla III.

El porcentaje de cumplimiento del primer criterio osciló entre el máximo del 40,5 % en el mes de Mayo de 1995 y el mínimo del 35,2 % en el mes de Diciembre del mismo año, (Media = 37,9 %. DS=1,6)

El porcentaje de cumplimiento del segundo criterio osciló entre un máximo del 73,7 % en el mes de Julio de 1995 y el mínimo del 70,8 % en el mes de Marzo de 1996, (Media = 72,2%. DS=1,0)

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN:

Se planteo el diseño de un sistema de retroalimentación de la información referida a la prescripción de fármacos consistente en suministrar a los médicos su perfil de calidad en función del indicador propuesto junto con un listado de aquellos principios activos y nombres comerciales responsables en mayor medida de los incumplimientos observados así como alternativas de cambio que optimizaran la prescripción.

Este modelo de informe fue remitido con periodicidad bimensual desde Abril a Diciembre de 1996 realizando dos reuniones con los equipos para comentar posibles incidencias.

RESULTADOS REEVALUACIÓN:

Se ha analizado una serie temporal desde Abril de 1996 hasta Marzo de 1997 obteniendo como resultados los datos reflejados en la Tabla III.

El cumplimiento del primer criterio osciló entre un máximo del 42 % en el mes de Febrero de 1997 y un mínimo del 39,6 % en el mes de Enero del mismo año. (Media = 41.7 %, DS=0,7)

El cumplimiento del segundo criterio osciló entre un máximo del 75.5 % en el mes de Julio de 1996 y un mínimo del 73,4% en el mes de Enero de 1997. (Media = 74,4 %, DS=0,6)

En el primer criterio se ha obtenido una mejora absoluta de un 3,4 % y relativa del 6,1 % mientras que en el segundo criterio se ha producido una mejora absoluta de un 2,2 % y relativa del 7,9 %

siendo estas diferencias entre evaluaciones significativas al haber analizado toda la población de recetas.

Se ha comparado la evolución de la prescripción de estos centros con los considerados como control observando que las pendientes de las curvas de los centros intervenidos es igual a 0.20 mientras que la de los centros control es de 0.12.

Los resultados de la regresión múltiple realizada sobre el porcentaje de recetas emitidas, considerando como variables independientes el tiempo y la intervención identifican tan solo a la primera como variable incluida en la ecuación, con una R^2 igual a 0.50.

DISCUSIÓN:

Hemos elaborado un sistema de retroalimentación de la información referida a la calidad de la prescripción, diseñado por los propios médicos a los que va dirigido, con el objeto de tener una mayor información sobre una de las actividades más frecuentes de nuestra practica diaria.

Los resultados obtenidos en la primera evaluación nos muestran un bajo cumplimiento del primer criterio. Este dato no se ha podido comparar con otros estudios similares ya que lo publicado no contempla la prescripción desde el punto de vista de la eficiencia.

En la literatura se contempla como indicador de calidad el Valor Intrínseco Farmacológico referido a la efectividad de lo prescrito. La equivalencia con nuestro indicador seria la agrupación de los aspectos 'fármacos de uso óptimo' y 'fármacos de uso aceptable'. En nuestro caso esa agrupación supone un 72,2% de las prescripciones en la primera evaluación y un 74,4 % tras la intervención. Estos datos comparados con los obtenidos en otros trabajos indican peor calidad en nuestra prescripción.

La intervención ha sido positiva al conseguir aumentar el numero de cumplimientos en ambos criterios, acercándolos a los datos obtenidos en estudios similares, y por tanto, aumentando la efectividad y la eficiencia de la prescripción.

Durante el periodo de intervención se ha producido una mejora en la calidad de la prescripción de fármacos tanto en el grupo estudiado como en el grupo control. Aunque no se ha demostrado significación estadística con los tests empleados, la observación de las series temporales muestran una diferencia de nivel de calidad en la prescripción entre los dos grupos.

Durante la intervención se aprecia un aumento de la separación entre las curvas temporales observando una tendencia a mejorar en ambas aunque con tendencias diferentes (Gráfica I). Destaca el hecho de que ambas curvas discurren paralelas y unidas antes del comienzo de la intervención y es precisamente en ese momento cuando se separan.

Para poder dimensionar la importancia de esta mejora se ha estudiado el costo de la prescripción ineficiente durante los meses de Marzo de 1996 a Febrero de 1997 en la GAP-1.

Se ha calculado el gasto que generaron los fármacos considerados de uso aceptable y el que hubiera supuesto de haber prescrito los de uso óptimo.

Los resultados obtenidos indican un gasto en fármacos de uso aceptable de 9.984.814950 Ptas. En caso de ser sustituidos por fármacos de uso óptimo ese gasto hubiera supuesto la cantidad de 8.082.610.696 Ptas. Lo que supone un gasto ineficiente de 1.902.204.254 Ptas (19 %).

Los fármacos que suponen un mayor peso en la prescripción ineficiente son los que contienen como principios activos Omeprazol (20,2%), Ranitidina (9,1%) y Enalapril (4,8%).

En base a estos resultados se puede indicar que cada 1% de mejora alcanzado supone un ahorro de unos 19 millones de pesetas.

CONCLUSIONES

Se ha creado un sistema de retroalimentación de la información referida a la calidad de la prescripción, diseñado por los propios médicos a los que va dirigido, que aporta información de mayor utilidad para favorecer una prescripción de calidad que la remitida hasta el momento por la administración sanitaria.

La prescripción realizada presenta un importante margen de mejora, tanto en el aspecto de la eficiencia como en el de la efectividad

La intervención planteada a servido para mejorar la calidad de la prescripción, tanto en el aspecto de la efectividad como de la eficiencia.

Existen otros factores relacionados con la prescripción que deberían ser así mismo evaluados
Es preciso utilizar técnicas estadísticas mas apropiadas para el análisis de series temporales.

TABLA I

FÁRMACOS DE USO ÓPTIMO	<p>AQUELLOS FÁRMACOS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> * SU EFICACIA ESTÁ DEMOSTRADA CIENTÍFICAMENTE * SE PRESENTAN EN MONOFÁRMACOS O EN ASOCIACIONES ACEPTADAS POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA * LA VIA DE ADMINISTRACIÓN ES LA MÁS ADECUADA * SU COSTO ECONÓMICO ES EL MENOR DE SU GRUPO
FÁRMACOS DE USO ACEPTABLE	<p>AQUELLOS FÁRMACOS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> * SU EFICACIA ESTÁ CIENTÍFICAMENTE DEMOSTRADA * SE PRESENTAN EN MONOFÁRMACOS O EN ASOCIACIONES ACEPTADAS POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA * LA VIA DE ADMINISTRACIÓN ES LA MÁS ADECUADA * SU COSTO UNITARIO NO ES EL MENOR DE SU GRUPO
FÁRMACOS DE USO MEJORABLE	<p>AQUELLOS FÁRMACOS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> * EXISTEN DUDAS SOBRE SU EFICACIA Y/O * SU RELACIÓN RIESGO/BENEFICIO ES DESFAVORABLE FRENTE A OTRAS ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS EXISTENTES Y/O * SE PRESENTAN EN ASOCIACIONES NO ACEPTADAS Y/O * LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN NO ES LA MÁS ADECUADA
FÁRMACOS DE USO NO CONVENIENTE	<p>AQUELLOS FÁRMACOS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NO HAN DEMOSTRADO CIENTÍFICAMENTE SU EFICACIA

TABLA II
(Adaptado de Laporte)

VALOR INTRÍNSECO ELEVADO	<p>FÁRMACOS O ASOCIACIONES CUYA EFICACIA CLINICA HA SIDO DEMOSTRADA EN ENSAYOS CLINICOS CONTROLADOS O SU EFECTIVIDAD ESTA JUSTIFICADA POR SU EFECTO INMEDIATO Y OBVIO</p>
VALOR INTRÍNSECO NO ELEVADO	<p>FÁRMACOS O ASOCIACIONES CUYA EFICACIA CLINICA NO ESTA DEMOSTRADA O PRESENTAN UNA RELACION BENEFICIO/RIESGO DESFAVORABLE</p>

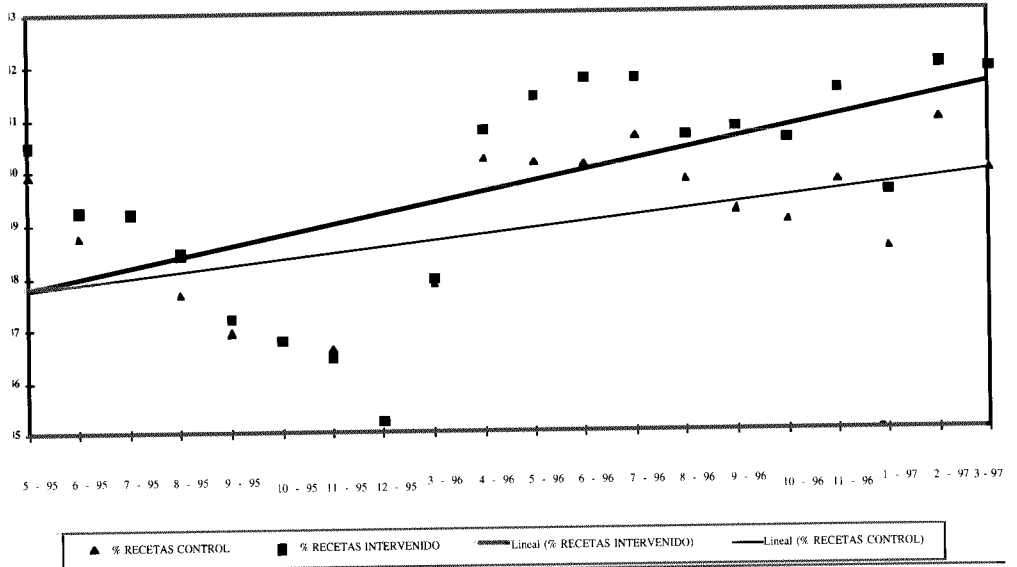
TABLA III

PRIMERA EVALUACION				
CUMPLIMIENTO	PRIMER CRITERIO		SEGUNDO CRITERIO	
	TOT RECETAS	% TOT RECETAS	TOT RECETAS	% TOT RECETAS
MAY 1995	40.518	40.5	72.121	72.1
JUNI 1995	45.643	39.2	85.600	73.6
JUL 1995	38.446	39.2	72.276	73.7
AGO 1995	38.745	38.4	73.611	73.0
SEP 1995	44.846	37.2	86.286	71.6
OCT 1995	45.656	36.8	88.739	71.5
NOV 1995	45.564	36.5	89.584	71.7
DIC 1995	39.133	35.2	79.422	71.5
MAR 1996	98.364	38.0	183.437	70.8
MEDIA / D.S.	37,9 / 1.6		72,2 / 1.0	

REEVALUACION				
CUMPLIMIENTO	PRIMER CRITERIO		SEGUNDO CRITERIO	
	TOT RECETAS	% TOT RECETAS	TOT RECETAS	% TOT RECETAS
ABR 1996	51.429	40.8	93.330	74.0
MAY 1996	56.847	41.4	102.433	74.6
JUN 1996	50.042	41.8	89.991	75.1
JUL 1996	50.748	41.7	91.814	75.5
AGO 1996	42.806	40.6	78.488	74.5
SEP 1996	53.273	40.8	96.934	74.3
OCT 1996	58.907	40.6	106.942	73.7
NOV 1996	55.139	41.5	98.832	74.4
ENE 1997	68.466	39.6	126.965	73.4
FEB 1997	63.179	42.0	111.206	73.9
MAR 1997	55.094	41.9	98.151	74.7
MEDIA / D.S.	41,7 / 0.7		74.4 / 0.6	

GRAFICA I

EVOLUCION DE LA PRESCRIPCION DE FARMACOS DE USO OPTIMO EXPRESADO EN PORCENTAJE DE RECETAS



UN PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD (CICLO DE MEJORA) APLICADO A LA FIBRINOLISIS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. PROYECTO ARIAM.

Felices, F.; Segura, J.; Gil, B.; Blanco, T.; Espinosa, J.L. y Grupo ARIAM.

OBJETIVOS:

Comenzar un programa de Garantía de Calidad por la actividad Ciclo de Mejora para analizar el retraso intrahospitalario (R.I.) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) en Prioridad I (trombolisis urgente o sin justificación para la demora), comparándolo con un “patrón oro” definido en la bibliografía: máximo 35 minutos de tiempo de R.I. total, en base a que varios ensayos clínicos multicéntricos (GISSI, ISIS-2, ISIS-3, etc), han aportado evidencias concluyentes sobre el efecto reductor de la morbi-mortalidad del tratamiento fibrinolítico en el IAM, que guarda relación con el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el inicio de esta medicación para la reperfusión coronaria (TRIALIST, MITI, GUSTO). Se aplican a la fase de monitorización los gráficos de desarrollo y control como herramientas más genuinas del control estadístico de la calidad.

MATERIAL Y METODOS:

Pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) atendidos en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI) del Hospital General Universitario de Murcia que fueron clasificados a su ingreso como Prioridad I (trombolisis urgente o sin justificación para la demora). En los que cumplen criterios de inclusión se mide el retraso intrahospitalario (R.I.) hasta la trombolisis dimensionándolo en tiempos parciales y en tiempo total (desde la llegada al centro hasta la administración del fibrinolítico). Se excluyen aquellos casos que recibieron el fármaco en el ámbito prehospitalario, en otro centro o los que proceden de planta de hospitalización convencional ya que en ellos no puede medirse el indicador que analizamos. La definición del indicador R.I. y el dimensionado de este retraso en tiempos T1, T2, T3, T4 y tiempo total (TT), así como los criterios para la asignación de los pacientes a Prioridad I, II y III, son los siguientes:

Tiempos de retraso intrahospitalario (en minutos).

T1:Tiempo desde la llegada del paciente al hospital hasta la realización del electrocardiograma (ECG). Mide la efectividad del área de Urgencias.

T2:Tiempo desde el ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI) hasta la realización de la fibrinólisis. Mide la efectividad de la propia UCI.

T3:Tiempo desde la llegada al hospital hasta el ingreso en la UCI. Determina el tiempo de “circulación” intrahospitalaria.

T4:Tiempo desde la realización del ECG hasta la realización de la fibrinólisis. Determina la capacidad de “decisión”.

TIEMPO TOTAL (TT): Mide el retraso entre la llegada del paciente al hospital y la realización de la fibrinólisis. Muy descriptivamente un autor lo ha denominado como tiempo “puerta-aguja”.

Características del dolor torácico. Indicación de fibrinólisis (priorización).

Dolor torácico, sugestivo de ser cardíaco isquémico, de más de 10-15 minutos de duración, que no cede con nitroglicerina sublingual y que se acompaña de alteraciones en el electrocardiograma (ECG).

Prioridad I. Fibrinólisis claramente indicada (y por tanto urgente) en aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios (todos):

Dolor típico

Edad hasta 75 años

Menos de 6 horas de evolución del dolor

Elevación del segmento ST > 2 mm en, al menos, 2 derivaciones

Situación hemodinámica estable (TA sistólica > 100 mmHg y TA diastólica < 100 mmHg).

Frecuencia cardíaca > de 50 l/m y < de 110 l/m, sin bloqueo auriculoventricular (BAV), bradi o taquiarritmia.

Ninguna contraindicación absoluta ni relativa para el uso de fibrinólisis

Prioridad II. Fibrinólisis diferida por necesidad de evaluar el riesgo/beneficio en aquellos pacientes que (uno o más criterios):

Dolor atípico

Edad igual o mayor de 76 años.

Entre 6-12 horas de evolución del dolor

ECG atípico (ST < 2 mm, bloqueo completo de rama (BCR), cambios en la onda T)

Situación hemodinámica inestable: TA sistólica < 100 mmHg. TA diastólica > 100 mmHg

Frecuencia cardíaca < 50 l/m ó > 110 l/m. Bloqueo A-V, bradi o taquiarritmia.

Alguna contraindicación relativa para el uso de fibrinolíticos.

Prioridad III. La fibrinólisis no debe realizarse por (uno o más criterios):

Cede el dolor con nitroglicerina i.v.

Entre 12-24 horas de evolución

ECG con descenso del segmento ST. Normalización del ST con nitroglicerina

Contraindicación absoluta para fibrinólisis

Empleo de otra técnica de revascularización.

Aleatorización en estudio

Se recogen y analizan los resultados (1,5 años) y ante el excesivo R.I. en Prioridad I, se realiza el tipo de intervención que se presenta y que utiliza como método de análisis el diagrama causa-efecto, las encuestas y los gráficos de Pareto para los tiempos de demora en los que se precisaba actuar (T2, T3 y T4). A dicha intervención se la denomina “el paso rápido” desde Urgencias a la UCI del paciente con IAM. Se presentan los resultados de la reevaluación tras la intervención (6 meses), que muestra tiempos de R.I. acordes con el nivel de calidad definido.

Con el proceso estable, cumpliendo las especificaciones o requisitos de calidad y para evaluar el nivel de calidad alcanzado, pasamos a la fase de monitorización (cola del Ciclo de Mejora) empleando el control estadístico de la calidad, concretamente dos de sus herramientas más genuinas: los gráficos de desarrollo (GD) y los gráficos de control (GC). La construcción de la plantilla de los gráficos se realiza calculando el valor promedio del indicador R.I. (como mediana y en minutos) en un tamaño de muestra de 20 casos. Se interpretan los resultados del gráfico de desarrollo analizando las tendencias y del gráfico de control según el patrón de valores extremos y el de secuencias atípicas o patrones de zonas. Con la plantilla del gráfico de control se realiza un seguimiento de otros 20 pacientes.

RESULTADOS Y DISCUSION:

Basales o pre-intervención. N=64 (casos de IAM asignados a Prioridad I y que fueron trombolisados). Retraso total intrahospitalario: mediana para el tiempo total: 60 minutos (percentil 25: 41,5 minutos; percentil 75: 88,5 minutos). T1= 8 minutos (5/15'). T2= 15 minutos (10/30'). T3= 40 minutos (26/76'). T4= 52 minutos (32/69').

Post-intervención. N= 39. Retraso total intrahospitalario en idéntica prioridad: mediana para el tiempo total: 30 minutos (percentil 25: 25 minutos; percentil 75: 35 minutos). T1= 8 minutos (5/12'). T2= 10 minutos (10/15'). T3= 16 minutos (15/21,5'). T4= 21,5 minutos (20/25,5').

Para la construcción de la plantilla del GD y GC consideramos que el valor del indicador - tiempo de retraso intrahospitalario en minutos- es un número absoluto. El número de mediciones (nº de pacientes) ha sido de 20. En el seguimiento (sólo con GC) también se analizan 20 casos.

Gráfico de Desarrollo. Línea o valor promedio (mediana): 30 minutos. Número mínimo esperable de “rachas” a un mismo lado de la mediana para esta muestra: 4. “Rachas” encontradas: 7 y 6.

Gráfico de Control. MR o rango móvil medio: 9,55. LCS o límite de control superior: 54,3 minutos. LCI o límite de control inferior: 5,7 minutos. Zona C: valor superior: 38,1; valor inferior: 21,9. Zona B: valor superior: 46,2; valor inferior: 13,8. Zona A: valor superior: 54,3; valor inferior: 5,7.

Para el GD el valor encontrado de “rachas” es superior al mínimo esperable para el número de mediciones utilizadas. Por tanto la tendencia analizada indica estabilidad del proceso. En el GC, con las mediciones para construir la plantilla, no aparece un patrón de valores extremos o fuera de los límites de control ni tampoco patrones de secuencias atípicas o patrones de zonas y por lo tanto la variabilidad encontrada es debida al azar, o lo que es lo mismo, el proceso es estable.

Con el GC que utilizamos para el seguimiento sí aparecen dos patrones de valores extremos que se explican por intervenciones y actuaciones clínicas muy puntuales y justificadas: la primera fue una indicación de otro método de reperfusión coronaria (ACTP primaria) que resultó fallido e hizo necesario el uso posterior de un fibrinolítico, y la segunda fue una razonable duda en el siempre difícil diagnóstico diferencial de una disección aórtica con afectación pericárdica. Aunque estos dos casos con R.I. muy prolongado no pertenecen al marco muestral de nuestros pacientes (mediana = 30 minutos), el análisis relatado de los hechos, nos lleva a la conclusión de que esa variabilidad especial está justificada y por tanto no se necesita actuar sobre las causas que la provocaron para darles solución.

CONCLUSIONES:

- 1.- En el marco de un programa de Garantía de Calidad nuestro estudio se presenta como una oportunidad de mejora frente al problema del retraso intrahospitalario en la administración de fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio (Prioridad I). El retraso intrahospitalario de nuestro hospital era “inaceptable” e incompatible con el “patrón oro” que representa el nivel de calidad definido en la bibliografía.
- 2.- El beneficio principal de la Intervención realizada fue resolver “el problema” retraso intrahospitalario en el centro. Creemos que este u otro método de intervención debe ser aplicado en aquellos hospitales con una problemática similar a la nuestra (tiempo total de R.I. mayor de 35 minutos).
- 3.- Dada la repercusión que sobre la morbi-mortalidad tiene el uso precoz de fibrinolíticos en el IAM, conocer el retraso intrahospitalario y no actuar delimita peligrosamente la frontera de la calidad asistencial, para invadir el terreno de la ética e incluso la moral.
- 4.- Como beneficios asociados de la intervención realizada destacamos los siguientes:
 - Incremento de fibrinólisis en Prioridad I (98-100%).
 - Exportabilidad del procedimiento a otros hospitales de la Región, que han alcanzado el nivel de calidad señalado para el retraso intrahospitalario.
- 5.- Completar el Ciclo de Mejora mediante la monitorización con los gráficos de desarrollo y control nos proporciona: a) saber que el proceso es estable actualmente; es decir, su variabilidad es la esperable por azar b) conocer esa variabilidad de forma continua y c) poder intervenir puntualmente si aparece variabilidad especial.

- 6.- Los gráficos de desarrollo y control son instrumentos muy útiles y de fácil comprensión. En nuestro estudio se revelan, frente a la monitorización convencional, como un método mucho más práctico y dinámico para detectar situaciones problemáticas o “significativamente fuera de control”. Aplicarlos y difundir esa experiencia, puede contribuir a mejorar su conocimiento y a lograr una mayor utilización en los servicios de salud.
- 7.- Nuestro estudio abre nuevas oportunidades de mejora para futuras investigaciones:
- A) Optimizar el tratamiento fibrinolítico en el ámbito de los hospitales comarcales.
 - B) Abordar el R.I. en pacientes con IAM en Prioridad II
 - C) Acometer sobre bases reales (los tiempos medidos), el muy importante problema del retraso extrahospitalario, señalando que, como éste está influido de forma compleja por múltiples factores que el médico hospitalario no puede controlar (reconocimiento del paciente, organización de la asistencia primaria, edad, etnicidad, etc), sería necesario darle solución, el contar con una implicación institucional a mayor nivel.
 - D) Conocer la incidencia de utilización de fibrinólisis en la Región de Murcia.

MESA DE

COMUNICACIONES DE

ESTUDIO DE LOS INDICADORES Y CRITERIOS DE CALIDAD DE NUTRICION PARENTERAL EN LA PRACTICA CLINICA EN EL HOSPITAL GENERAL, BIENIO 1995-1996

C. Sánchez A.; M. González V.; M. Hernández; B. Gil; T. Blanco; J.L. Espinosa.

OBJETIVOS: Analizar los indicadores y criterios de calidad de la Nutrición parenteral definidos en la bibliografía internacional y ver si son adaptables a nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS: Trabajo prospectivo realizado sobre 107 pacientes que necesitaron TPN en un Hospital General y asistidos por la Unidad de Nutrición durante el bienio 1995-1996. Las características de los pacientes se recogen en la Figura 1. Durante este tiempo se recogieron los datos diariamente en la historia del paciente mediante una hoja de protocolo. Como medida de calidad aceptamos los estándares de calidad de Owen (Owen et al: Am J. Hosp Pharm 1989 46 Dec: 2469-76)

Figura 1

Año 1995-1996	INDICACIONES DE TPN			
107 pacientes	Pancreatitis	18	Mucositis	14
64 varones, 43 mujeres	Obstrucción intestinal	20	Neoplasias	24
Edad media 64.7 años (+/- 14 (14-87))	Postoperatorio Ca vesical	9	Sepsis graves	6
	Miscelánea	16		

RESULTADOS: Se realizaron 1464 bolsas de NPT, de las cuales sólo 923 (63.04%) correspondieron a los tres tipos estandarizados en nuestro Hospital. Medimos tiempo de ayuno previo a la nutrición, tiempo de inicio, interrupciones transitorias y causa, devolución de bolsas de TPN y causas, errores de preparación y administración, duración media y estudios microbiológicos.

Figura 2

1464 bolsas de TPN			
Tiempo de ayuno	< 5 días 59 pacientes (55.14%)	Duración de TPN:	< 7 días: 29 pacientes (27.1%)
	5-10 días: 32 pac (29.9%)		7-14 días: 47 pacientes (43.92%)
	+ 10 días: 16 pac (14.95%)		+ 14 días: 31 pacientes (28.97%)
Inicio nutrición	< 24 horas 100 casos (93.45%)		
	24-48 horas 4 casos (3.7%)		
	+ 48 horas 3 casos (2.8%)		
Interrupción de nutrición: 32 ocasiones (219% de los días)		Devolución de bolsas NPT: 18 bolsas (1.23%)	
Complicación del catéter: 6 ocasiones (18.75%)		Cambio clínico del paciente: 5 (0.34%)	
Alteraciones metabólicas: 10 ocasiones (31.25%)		Error administración: 3 (0.20%)	
Intervención quirúrgica: 13 ocasiones (40.4%)		Exitus: 10 (0.68%)	
Errores de administración: 3 ocasiones (9.3%)			
Estudios microbiológicos:			
Campana de flujo laminar (1 vez mes):	100% negativos		
Bolsas de 24 horas (2 veces mes):	100% negativos		
156 Catéteres de TPN:	55 analizados (35.25%)		
55 Catéteres analizados:	8 positivos (14.54%)		

Comparados con los estándares aceptados, existe una discordancia entre algunos de los parámetros que se recogen en la figura 3:

Figura 3

	Estándar	Cumplimiento		Estándar	Cumplimiento
Etiología indicación	100%	100.00%	Composición de NPT: 3 tipos	90%	63.04%
Tiempo de ayuno < 5 días	100%	55.14%	Inicio de TPN < 24 horas	100%	93.45%
Interrupción de TPN < 2%	100%	97.81%	Nº de bolsas devueltas < 2%	100%	98.77%
Errores de administración: 0	100%	99.99%	Duración de la TPN < 7 días	80%	27.10%
Cultivo Catéteres i.v	97%	35.25%	Parámetros metabólicos	—	—

CONCLUSIONES:

- 1.- La gran diferencia con el Estándar aceptado de composición de TPN se explica en nuestro medio por el hecho de ser sólo la Unidad de Nutrición la que prescribe la TPN en nuestro Hospital, por lo que no lo consideramos un parámetro de mala calidad.
- 2.- No estamos de acuerdo en que un parámetro de calidad sea la duración de la TPN: si es menor de 7 días en el 80 % de los casos, posiblemente no esté indicado en muchos de ellos.
- 3.- Este primer contacto con el ciclo de garantía de calidad nos obliga a la búsqueda de indicadores y criterios apropiados a nuestro medio: en el momento actual hemos iniciado una nueva etapa en la monitorización (definiendo nuestros propios indicadores y criterios) como paso previo al ciclo de mejora.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Carmen Sánchez Alvarez*
 Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario.
 Avda. Intendente Jorge Palacios
 30004 MURCIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN UN CENTRO DE SALUD.

González Martín, C.T.; Cabrera de León, A.; Plasencia García, V.; Marco García, M.^a T.; Sierra López, A.

El objetivo del presente trabajo fue conocer el nivel de calidad de la atención prestada a los pacientes diabéticos e hipertensos en un centro de salud y proponer las medidas correctoras necesarias para incrementar dicho nivel.

Para ello, se elaboraron 29 criterios, 17 eran criterios de proceso y 12 de resultado y de estos últimos, 8 de resultados intermedios y 4 de resultados finales. La primera evaluación se realizó entre el 1 de Febrero de 1.995 y el 29 de Febrero de 1.996. Tras el análisis de los resultados se reunió al equipo y se instauraron medidas correctoras, posteriormente se realizó una reevaluación (del 1 de Mayo de 1.996 al 31 de Mayo de 1.997).

De los 365 diabéticos incluidos en programa, 230 eran también hipertensos (63,01%). De ellos, el 36,52% eran hombres, con una media de edad de 62,28 años, y el 63,48% eran mujeres, con una media de edad de 64,45 años. El mayor porcentaje de diabéticos se sitúa en el grupo de edad de > 65 años (44,35%). Con respecto al tipo de diabetes, el 76,52% tenían diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID).

En la primera evaluación se alcanzó el estándar en 9 de los 25 criterios evaluados (36%). De estos 9 criterios, 7 corresponden a criterios de proceso (TA, peso, talla, solicitud de la glucemia, glucosuria, proteinuria y plan terapéutico). Los otros 2 corresponden a criterios de resultados intermedios (cifras de glucemia y glucosuria).

En la reevaluación se alcanzó el estándar en 15 de los 29 criterios evaluados (51,72%). Además de los 7 criterios procesales que ya alcanzaban el estándar en la primera evaluación, hubo 4 más que lo alcanzaron en la reevaluación (auscultación cardio-pulmonar, ECG, solicitud del colesterol total y de los triglicéridos). Con respecto a los criterios de resultados finales, 2 de ellos alcanzaron el estándar (ausencia de proteinuria y ausencia de complicaciones cardio-vasculares).

Además existían 6 criterios procesales (pulsos periféricos, ROT, sensibilidad, fondo de ojo, solicitud de Hb A1C y HDL-colesterol) y 5 criterios de resultados intermedios (cifras de HbA1C, colesterol, triglicéridos y TA en valores de control aceptable) que, a pesar de seguir sin alcanzar el estándar, presentaban una mejora en la reevaluación. Desde un punto de vista cuantitativo, el grado de cumplimiento de los criterios no fue elevado. Con la aplicación de medidas correctoras se pasó del 36% al 52% de criterios en los que se llegaba al estándar.

Es posible que la mejora se deba, en parte, al efecto de sentirse observado, pero la mejora en la calidad de la asistencia prestada fue evidente. Existe un amplio margen para mejorar el nivel de calidad, ya que éste es muy bajo y probablemente sea necesario buscar fórmulas que incentiven a los profesionales sanitarios para cumplir los objetivos previstos y aumentar la calidad de la asistencia prestada.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Carmen Teresa González Martín*
 Centro de Salud La Vera. C/ Tavío, s/n. LA VERA
 Puerto de la Cruz. SANTA CRUZ DE TENERIFE
 Tlf. 922. 37 13 75

ADECUACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Andreo J. A.; Barrio M.; Ramos M. R.; Torralba M.; Marín A.; Herrero F.

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de adecuación de ingresos y estancias en el Servicio de Medicina Interna (SMI) de nuestro hospital, identificar los criterios más frecuentes de adecuación, las causas de inadecuación y otros posibles factores influyentes susceptibles de mejora.

Material y Métodos: En nuestro hospital, el SMI con 180 camas totales, está integrado por 3 secciones de Medicina Interna General (MIG) con 96 camas y otras 6 de Especialidades Médicas (EM) con 84 camas. En 1996 ingresaron 6882 pacientes (80% a través del Servicio de Urgencias que es independiente del SMI). Se realiza un primer estudio transversal, analizando a todos los pacientes ingresados en el SMI en la fecha del estudio (día 6-10-97). En todos se ha valorado su ingreso y el último día de estancia, con la aplicación del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Los parámetros recogidos fueron: edad, sexo, unidad asistencial (MIG o EM), duración de estancia (días desde el ingreso), diagnóstico que motiva el ingreso, criterios de adecuación de ingreso, causas de inadecuación, criterios de adecuación de estancia y causas de inadecuación. Se comparan los grupos según sea el ingreso (adecuado o inadecuado), según la estancia (adecuada o inadecuada) y según unidad asistencial (MIG y EM), respecto al resto de parámetros en cada caso. Se realiza estadística descriptiva, pruebas de la t de Student para datos cuantitativos y Chi-cuadrado para datos cualitativos, con nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS:

En la fecha del estudio estaban ingresados en el Servicio 135 pacientes (75% de ocupación), en MIG 66 (48%) y en EM 69 (51%), siendo ingresos urgentes 124 (91%) y el resto programados. En el conjunto de la muestra, la edad media fue de 63,2 (+ 17) años (rango 10-100), con predominio de varones (62%) y la duración de estancia media 6,8 (+ 6,9) días (rango 1-43). De los 135 ingresos estudiados, eran adecuados 113 (83,7%) e inadecuados 22 (16,2%). En los ingresos adecuados (con 1,7 criterios/ingreso), los criterios más frecuentes fueron: necesidad de medicación intravenosa (en 78% y como único criterio en 25%), alteración grave de electrolitos y/o gases (24%) y disminución brusca de conciencia (16%) y los diagnósticos más frecuentes fueron: ACV (12%), EPOC (11%) y ángor inestable (9%). En los ingresos inadecuados, los diagnósticos más frecuentes fueron: dolor torácico con sospecha de ángor (22%), síndrome constitucional (13%) y anemia crónica (9%) y la causa predominante fue la dificultad de estudio externo sin demora excesiva (91%). De las 135 estancias estudiadas, eran adecuadas 63 (46,6%) e inadecuadas 72 (53,3%). Los principales criterios de estancia adecuada fueron: necesidad de terapéutica intravenosa (77%), monitorización de enfermería (9%) y fiebre sin relación con motivo de ingreso (6%) y las causas más frecuentes de estancia inadecuada: tener pendientes pruebas de difícil realización externa sin demora (56%), precisar ajuste en dosis de fármacos y control evolutivo (52%) y el ingreso inadecuado (20%). En la com

paración de grupos según ingreso adecuado o inadecuado, solo se aprecia diferencia significativa respecto a la adecuación de estancia (adecuada en 55% de ingresos adecuados y solo en 4% de ingresos inadecuados - $p = 0,00002$ -). Entre los grupos según estancia adecuada o inadecuada, se aprecian diferencias respecto al sexo con mayor índice de adecuación en varones (56%) que en mujeres (33%) ($p = 0,015$), y también en la adecuación de ingreso (adecuado en 99% de estancias adecuadas y solo en 70% de estancias inadecuadas - $p = 0,00002$ -) y no se aprecian diferencias en el resto de parámetros (edad, unidad asistencial y duración de estancia). Entre los grupos de MIG y EM se aprecian diferencias en la edad (71+ 12 años en MIG y 55+ 19 en EM - $p < 0,001$ -) y en las causas de estancia inadecuada (en MIG predominan las pruebas pendientes ($p = 0,0115$) y en EM el ajuste de dosis de fármacos ($p = 0,0105$).

CONCLUSIONES:

- 1.- En el SMI de nuestro hospital se aprecia un índice de adecuación de ingreso de 83,7 % y un índice de adecuación de estancia de 46,6 %.
- 2.- Los criterios más frecuentes de adecuación de ingreso fueron necesidad de medicación intravenosa, alteración grave de electrolitos o gases y pérdida brusca de conciencia y los más frecuentes de adecuación de estancia, necesidad de terapéutica intravenosa, monitorización de enfermería y presencia de fiebre reciente.
- 3.- La causa más frecuente de ingreso inadecuado fue la dificultad para realizar estudio externo sin demora excesiva y las más frecuentes de estancia inadecuada, el tener pruebas pendientes de difícil realización externa sin demora y la necesidad de ajustar dosis de fármacos.
- 4.- La proporción de varones con estancias adecuadas es significativamente mayor que la de mujeres.
- 5.- Entre los grupos de MIG y EM no existen diferencias en los índices de adecuación de ingreso y estancia, pero sí en las causas predominantes de estancia inadecuada y en la edad media que es menor en EM.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: José Antonio Andreo Martínez
Hospital Morales Meseguer.
Sección de Medicina Interna
Avda. Marqués de los Vélez, s/n
30008 MURCIA

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL EN FISIOTERAPIA.

Medina F.; Salinas V.; Jimeno F. J.; Llamazares E.; Valera F.; Cano R.

OBJETIVO:

Determinar si la satisfacción del usuario de Fisioterapia varía a lo largo del período de tratamiento.

METODOLOGÍA:

La población diana son los usuarios mayores de 16 años de cada una de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria en la Región de Murcia.

Se realiza un primer cuestionario de satisfacción a 43 usuarios que han realizado un máximo de 4 visitas a la unidad. El cuestionario incluye 20 ítems puntuables de 1 a 5 (de < a > satisfacción), y es cumplimentado mediante entrevista directa por un encuestador no sanitario.

A los 25 días se realiza una segunda entrevista vía telefónica con el mismo cuestionario a una muestra de los usuarios que cumplimentaron el primer cuestionario y que habían realizado 15 o más visitas a la Unidad.

RESULTADOS:

Mediante el análisis factorial de los resultados del primer cuestionario se han obtenido cuatro dimensiones de la satisfacción que explican el 64,7% de la variabilidad de ésta. Las dimensiones, ordenadas de acuerdo con el grado de satisfacción puntuado son: el trato y la profesionalidad (4,6 con DT= 0,89), la comunicación con el profesional (4,37 con DT= 1,98), la información que facilita el fisioterapeuta (3,54 con DT= 1,47) y la confortabilidad (3,52 con DT= 1,23) y la accesibilidad (2,44 con DT= 1,35).

La muestra seleccionada para el segundo cuestionario ha sido de 32. El 56,25% son mujeres y el 34,37 % de la población se encuentra entre 50 y 65 años.

La dimensión que más ha variado ha sido el trato y la profesionalidad (3,52) seguida de la información (2,77) y la confortabilidad (2,8). El resto de dimensiones apenas sufren modificaciones.

El mayor porcentaje de usuarios que modifica su satisfacción se detecta en la dimensión de información (51,56%) y confortabilidad (57,81%) y el menor en el trato y la profesionalidad (23,32%).

No existen diferencias significativas entre el sexo o la edad de los usuarios y la variación en su satisfacción. Entre los usuarios que si la modifican, tampoco existe relación de aquellas características con el incremento o disminución en el grado de satisfacción, a excepción de que en el trato y profesionalidad y confortabilidad, las mujeres presentan mayor satisfacción que los hombres ($p < 0,05$ y $p < 0,1$ respectivamente).

En el primer cuestionario el 95,3% de los usuarios estaban insatisfechos con que el fisioterapeuta les atendía junto a otros usuarios, y destacar que en el segundo el 40,6% incrementa aún más su grado de insatisfacción.

CONCLUSIONES:

- La elevada satisfacción inicial que el usuario tiene del fisioterapeuta respecto al trato y profesionalidad y el grado de información que le facilita decrece a lo largo del curso del tratamiento, mientras que en otras dimensiones se mantiene.
- La fuente de mayor insatisfacción en el paciente es que el fisioterapeuta le atiende junto a otros usuarios al mismo tiempo, incrementándose esta insatisfacción con el desarrollo del tratamiento.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Francesc Medina i Mirapeix*
Departamento de Fisioterapia. Fac. de Medicina
Campus de Espinardo - Tlf. 36 41 99
ESPINARDO (Murcia)

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA ENTRAR A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

López-Picazo Ferrer, J.; Santo González, A.; Santos Ortuño, M.

OBJETIVO:

Mejorar el tiempo que debe esperar un paciente para ser atendido (entendido éste como el transcurrido entre la hora de la cita y la hora real de entrada) en un consulta de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se utilizan, en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, tres indicadores proporcionados por el estudio semestral sobre tiempos de espera organizado por INSALUD, en consultas con el programa de cita previa funcionante. Estos son: (1) % Pacientes que esperan hasta 15 minutos para ser atendidos (TE15), (2) % Pacientes que esperan más de 30 minutos para ser atendidos (TE30), y (3) Tiempo medio de espera. Se analizan, a partir de los datos del 2º semestre de 1995, las causas determinantes de los resultados obtenidos; se aplican medidas correctoras y se reevalúa hasta la actualidad.

RESULTADOS:

En el 2º semestre de 1995, TE15 era del 70,6% y TE30 del 8,9%. En el análisis de causas implicadas destacan: insuficiente duración de las consultas, citación de 5 ó más pacientes por cada bloque de cuarto de hora, horario de citación escaso (obligando a acudir sin cita), imposibilidad de solicitar cita con varios días de antelación, presión asistencial y frecuentación elevadas e insuficiente número de facultativos en plantilla. Se propone en los contrato-programa de 1996 y 1997 entre la Gerencia y los distintos centros una reforma estructural y de proceso en el programa de cita previa, figurando como requisitos de acreditación del centro (y monitorizándose cuatrimestralmente su cumplimiento): duración de consultas superior a 210 minutos, citación de no más de 3 pacientes por bloque de 15 minutos, posibilidad de citación durante la totalidad del horario de apertura del centro y con hasta 1 semana de antelación. En el 2º semestre de 1997, TE15 ofreció un valor de 79,5% y TE30 de 5,9%. Estos resultados superan los obtenidos de media por INSALUD en 1997 (TE15 de 77,5% y TE30 de 7,5%) y por nosotros en 1995. El tiempo medio de espera es además significativamente inferior en 1997 (10,5 min) que en 1995 (14,30 min, $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES:

Reformas estructurales sencillas han contribuido a mejorar los niveles de calidad. Así, la adopción de las medidas propuestas ha mejorado los tiempos de espera en nuestro ámbito.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Julio López-Picazo Ferrer*
Gerencia de Atención Primaria de Murcia
C/ Escultor Sánchez Lozano, 2. 2.º - Tif. 39 48 01
30005 MURCIA

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DE ACTUACION QUIRURGICA PARA LAS LESIONES DE MAMA DETECTADAS POR CRIBADO RADIOLOGICO.

Aguilar J.; Andrés B.; Morales G.; Muelas M.S.; Carrasco L.; Aguayo J.L.

OBJETIVO:

Evaluar el circuito de atención a las pacientes con lesión no palpable sospechosa de carcinoma de mama, detectadas por la campaña de cribado radiológico de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia/Asociación Española Contra el Cáncer y remitidas al Servicio de Cirugía del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Material y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de medida de calidad científico-técnica y accesibilidad del programa de cribado. Sujetos: Pacientes con lesión no palpable sospechosa de carcinoma de mama, detectadas por la campaña de cribado radiológico remitidas al Servicio de Cirugía entre 1996 y 1997, cuyo diagnóstico final ha sido de cáncer de mama. De un universo de 70 pacientes, se analizaron 30 de extracción aleatoria. Dato: de proceso: se analiza el tiempo que se utiliza desde que la paciente llega a la Consulta Externa del Servicio de Cirugía (remitida desde la Delegación Provincial de la Asociación Española Contra el Cáncer) hasta que es dada de alta con un informe para el Servicio de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca, completado el diagnóstico y tratamiento quirúrgico definitivo. Este tiempo total (TT) se desglosa (analizando el diagrama de flujo correspondiente) en: tiempo 1CB (T1CB: días desde la 1ª consulta hasta la realización de la biopsia), tiempo 2BC (T2BC: días desde la biopsia hasta que se comunica a la paciente el resultado diagnóstico en una 2ª consulta), tiempo 3CQ (T3CQ: días desde la comunicación del resultado a la paciente hasta la cirugía definitiva) y tiempo 4QC (T4QC: días desde la intervención definitiva hasta la última visita en consultas externas de cirugía, cuando es remitida con el informe completo a Oncología Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca). Se realiza, en base a la medida de estos tiempos un análisis de causas basado en el diagrama de flujo y diagrama de Ishikawa, para elaborar un nuevo diseño del circuito de estas pacientes y los criterios y sistemas de monitorización continua de la calidad que permitan. Se consideraron el tiempo como criterio de calidad ya que corresponde a un criterio explícito y normativo, según lo expuesto en la última conferencia nacional de consenso para screening de cáncer de mama de Octubre 1997 de Pamplona (Navarra). Resultados: (datos en días; media \pm desviación standard, r: rango) TT: 81.8 ± 16.3 r: 52-10; T1CB: 17.1 ± 6.2 r: 8-29; T2BC: 18.4 ± 6.9 , r: 7-34; T3CQ: 14.8 ± 9.0 , r: 3-45; T4QC: 31.5 ± 9.5 , r: 16-54. Conclusiones: El tiempo total que se utiliza para el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes es superior al recomendado por los grupos de consenso. La mayoría de este tiempo se consume en el análisis histológico de la biopsia y de el espécimen quirúrgico definitivo. El análisis de causas reveló que la rigidez de la programación quirúrgica semanal, el sistema de citación de las consultas externas, las demoras del informe anatomopatológico y la falta de coordinación entre los distintos Servicios implicados en la asistencia de estas pacientes eran las de mayor repercusión. Se propone un nuevo diseño del circuito basado en este criterio de calidad y que

básicamente consiste en: reforma del sistema de citación de consulta externa, centralizando esta patología en una consulta específica con un día fijo semanal, establecimiento de un compromiso a máximos (con justificación de las causas de demora, en su caso) para la elaboración del informe correspondiente a los dos estudios anatomopatológicos que supone cada paciente, reelaboración (eventual) de las comunicaciones entre los miembros de la Unidad de Patología Mamaria en base a un sistema teleinformático (recurso estructural con financiación externa al sistema) que permitiría la consulta on-line de los casos individuales, la comunicación directa de los resultados, citas e indicaciones terapéuticas para cada paciente y la monitorización continua (caso a caso) de la calidad del circuito. El ciclo de mejora no ha sido reevaluado todavía ya que precisa la inclusión de un suficiente número de casos , lo que se anticipa que no ocurrirá hasta final de 1998.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA:

José Aguilar Jiménez

Servicio de Cirugía General. Hospital Morales Meseguer

Marqués de los Vélez, s/n. - Tlf. 36 09 00. ext. 2358

30008 MURCIA

ADMINISTRACIÓN INADECUADA DE BRONCODILADORES Y CORTICOIDES INHALADOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

López Martínez, P.; Alcaraz Martínez, J.; Sánchez Nieto, J.M.; Nicolás Abellán, A.; Hernández Roca, L.; Alemany Francés, L.

OBJETIVOS:

1. Analizar el grado de conocimiento y adiestramiento sobre la medicación inhalada de los pacientes ingresados en Medicina Interna y Neumología de un Hospital de área.
2. Introducir medidas correctoras mediante un programa de adiestramiento, control y seguimiento de los pacientes con medicación inhalada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudian 54 pacientes ingresados consecutivamente en los servicios de Neumología y Medicina Interna de un Hospital general de 400 camas, a los que se les ha prescrito broncodilatadores y/o corticoides inhalados. A todos los pacientes se les administraba la medicación inhalada mediante "cartuchos" presurizados (MDI) y/o dispositivos de polvo seco tipo Turbuhaler.

A los pacientes se les hace una entrevista a las 48 horas del ingreso que consta de una evaluación sociodemográfica del paciente, capacidad cognitiva, datos relacionados con el empleo de la medicación inhalada y observación directa del cumplimiento de los criterios definidos en el estudio. Las entrevistas y observaciones eran llevadas a cabo siempre por tres enfermeras de neumología, previamente adiestradas.

Los criterios establecidos para la valorar la utilización adecuada de la medicación inhalada fueron:

C1: información o demostración por parte del personal de enfermería sobre los fármacos inhalados que se le han prescrito en el tratamiento. **C2:** incapacidad del paciente de autoadministrarse los inhaladores. Los criterios 3 al 8 miden la destreza del paciente en la técnica de inhalación. **C3:** Agitar el dispositivo MDI. **C4:** girar la rueda inferior en turbuhaler. **C5:** espiración. **C6:** inspiración lenta (MDI). **C7:** inspiración rápida ("turbuhaler"). **C8:** aguantar la respiración (apnea de la menos 5 seg).

Análisis estadístico: Los datos cuantitativos se expresan como media de la desviación estándar y los datos cualitativos como porcentajes. La relación entre variables cualitativas se ha realizado mediante el test exacto de Fisher, tomando con significación $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se han estudiado 37 hombres (68.5%) y 17 mujeres (31.5%). El 75% de los casos el diagnóstico de ingreso fue EPOC. A 28 (51.8%) pacientes se les prescribió dispositivos presurizados o MDI, 22 (40.7%) MDI y turbuhaler y 4 (7%) turbuhaler. De los 46 pacientes que tomaban antes del ingreso medicación inhalada, a 21 (45%) los habían adiestrado en el hospital en un ingreso anterior. El incumplimiento de los criterios para los dos dispositivos analizados turbuhaler y MDI fue del 80% para el C5, 75% para el C8 y 70% para el C6. En el caso del

dispositivo Turbuhaler: 80% para el C8 y 70% para el C5. En el caso del MDI: el 80% para el C5, 75% para el C8 y 70% para el C6. Existe una correlación significativa entre el cumplimiento del C8 y la utilización anterior de medicación inhalada ($p= 0.03$) y el mismo C8 con la enfermedad de base, siendo mayor el cumplimiento en los pacientes diagnosticados de asma ($p= 0.02$)

CONCLUSIONES:

- Los criterios 5, 6 y 8 se incumplen en más del 70% de los pacientes entrevistados
- Sólo 2 pacientes (3%) de los estudiados se administran correctamente la medicación inhalada.
- El número de incumplimientos es menor con el dispositivo en polvo seco o turbuhaler
- Los pacientes con asma y la utilización anterior de inhaladores mejoran cumplimentación del criterio 8

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Purificación López Martínez*
Sección Neumología. Hospital Morales Meseguer
Marqués de los Vélez, s/n. - Tlf. 36 09 00. ext. 3780
30008 MURCIA

ADECUACION DE LA HOSPITALIZACION PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA REGION DE MURCIA

Lucas Moreno J.M.; Chiner Bernabeu J.M.

OBJETIVOS:

Evaluar el uso de la hospitalización en una población pediátrica de la Región de Murcia.

MATERIAL Y METODOS:

Ambito de Estudio: Un Servicio Pediátrico de un Hospital Público Comarcal de la Región de Murcia. Sujetos de Estudio: Admisiones y estancias hospitalarias pediátricas durante el periodo de estudio en mayores de 6 meses. Instrumentalización: Se utilizó como instrumento el Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol (P-AEP). Determinaciones: Se calcularon las tasas de uso inadecuado de la hospitalización para las admisiones y las estancias, y se estudió la relación con las siguientes variables: edad media, grupos de edad, sexo, día de la semana, mes, días laborables y no laborables, días transcurridos desde la admisión (para las estancias), y se prestó especial atención al análisis de las causas de inadecuación.

RESULTADOS:

El porcentaje de ingresos inadecuados fue del 3,7% con IC del 95% de 1,1% al 6,2% siendo la causa más frecuente (62%) un diagnóstico o tratamiento que pudo hacerse ambulatoriamente. El porcentaje de estancias innecesarias en este Servicio fue de 23,6% (19,0-28,2), siendo la causa más frecuente (85%) la no existencia de plan de tratamiento o evaluación en ese día.

Las variables relacionadas con la admisión Inadecuada fueron: Sexo Mujer, No existió relación con pertenencia al grupo de edad más joven o con el ingreso en fin de semana.

Las variables relacionadas con la inadecuación de la estancia fueron: Pertenencia a grupo de edad más joven, mayor tiempo transcurrido desde el ingreso, si el ingreso fue también innecesario. No existió relación de la inadecuación de las estancias con la mayor duración del ingreso no con los días no laborables.

CONCLUSIONES:

La inadecuación del ingreso está en niveles considerables óptimos. Por el contrario las estancias inapropiadas son en gran parte evitables con una adecuada planificación del tratamiento o la evaluación.

Este estudio es parte del Proyecto de Investigación subvencionado con la ayuda a la investigación EMCA nº 950435

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *J. M. Lucas Moreno*
Hospital St.º M.º del Rosell
Paseo Alfonso XIII, 61
30203 CARTAGENA

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD PREANALÍTICA EXTRAHOSPITALARIA DE LAS EXPLORACIONES ANALÍTICAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER.

Díez Almajano J.A.; García Oltra E.; Ortolá Devesa J.B.; Rupérez Martínez C.

INTRODUCCIÓN:

En una exploración analítica clásicamente se han reconocido tres fases consecutivas: la preanalítica, desde que se prescribe la exploración, se toman los especímenes, hasta que se inicia el procedimiento de medida que constituye la fase analítica, y la fase postanalítica que finaliza cuando el dictamen analítico llega al facultativo solicitante. Estas fases están afectadas por una variabilidad que determina la variabilidad total asociada a una exploración analítica. Con el desarrollo tecnológico alcanzado, la variabilidad de la fase analítica en la medición de las magnitudes habituales es inferior a la de la fase preanalítica. Los factores más influyentes en la variabilidad preanalítica son: la toma de los especímenes, la preparación previa del paciente y la conservación de los especímenes hasta su análisis. El objetivo de la presente comunicación es presentar el mecanismo de evaluación, los resultados y las conclusiones iniciales del programa de evaluación y mejora de la calidad preanalítica extrahospitalaria implantado en el Laboratorio del Hospital Morales Meseguer coordinado con la Atención Primaria.

Material y métodos:

Se evalúan todos los especímenes biológicos de sangre y orina (>99 % del total) tomados en los 26 módulos periféricos de extracción del Área de Salud asignada al Hospital (150000 pacientes atendidos y 600000 especímenes anuales). Estos datos están recogidos en el Archivo del Sistema Informático de Laboratorio Omega (Boehringer Mannheim España).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se ha establecido un circuito objetivamente efectivo para controlar la recepción y la calidad de todas las muestras de los especímenes tomados (hemólisis, turbidez, volumen insuficiente, llenado inadecuado, etc.). Esta información se incorpora en el dictamen de resultados y se archiva en el sistema informático. Los resultados del análisis de los datos son:

- los errores deben agruparse en: administrativos o técnicos, según sean atribuibles a deficiencias en la interpretación del circuito administrativo o en la ejecución de la toma de los especímenes.
- la incidencia y clasificación de los errores son los siguientes (Véase tabla del año de 1996)

Error	Espécimen	Sangre en Tubo Azul	Sangre en Tubo Morado	Sangre en Tubo Negro	Sangre en Tubo Rojo	Orina Diaria	orina Reicente
N.º total		506	1.332	2.034	4.228	378	4.887
Administrativo		77%	82%	42%	6%	64%	73%
Técnico		23%	18%	58%	94%	36%	27%

- Los errores administrativos, en especial no se recibe el espécimen indicado, son mas frecuentes que los técnicos excepto en el tubo de tapón rojo.
- Los seis Centros periféricos de extracción con mayor número de errores son responsables del 69 %, correspondientes a una proporción similar de la población asistida.

CONCLUSIONES:

Las medidas adoptadas para corregir los errores son:

- Difundir y revisar coordinadamente los resultados del Programa de Evaluación y Seguimiento de la calidad extraanalítica con todos los Centros Periféricos de Extracción, seguimiento específico de los 6 centros en que ocurren el 69 % de los errores.
- **Errores administrativos.-** revisar y promover el uso del catálogo, incorporar en el impreso de petición un listado con el espécimen a tomar de las magnitudes y perfiles analíticos más habituales, sesiones y circulares informativas específicas de los casos con un mayor número de errores.
- **Técnicos.-** promover el uso de los sistemas de extracción al vacío, revisar y promover el uso de las hojas informativas de preparación previa del paciente, sesiones formativas de la toma de muestras (en especial hemólisis de la sangre, contaminación de la orina).

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: José Antonio Díez Almajano
 Area Recursos Humanos. Dirección de Enfermería
 Hospital Morales Meseguer. Tlf. 24 41 04
 30008 MURCIA

¿SERÍA RENTABLE ANALIZAR LA CALIDAD DE LOS ESPUTOS DE ORIGEN EXTRAHOSPITALARIO?

Rodríguez García F.; Martínez Saura C.; Conesa Moreno A.; Martos Sánchez F.

OBJETIVOS:

Valorar la calidad de las muestras de esputo procedentes de Atención Primaria, que se procesan en el Servicio de Microbiología Clínica de nuestra área de salud

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo transversal durante los años 1994-96 de todos los esputos que, obtenidos en las consultas de los Centros de Atención Primaria del Área de Salud II de la Comunidad de Murcia, fueron procesados en el Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena. Para valorar la calidad de las muestra de esputo procesadas, se utilizaron los siguientes criterios:

- (1) Tiempo de transporte y almacenamiento (TTA) (*Am J Clin Pathol*, 1975 / *Todo hospital* 1996);
- (2) Grado de error preanalítico (GEPA) (*J Int Fed Clin Chem*, 1997);
- (3) Grado de calidad citológico del esputo (GCC) (*Cumitech 7A*, 1997);
- (4) Grado de formación continuada puntual específica del personal sanitario directamente implicado en la recogida de los esputos y la supervisión de su transporte (GF).

RESULTADOS:

Se valoraron 336 esputos, obteniéndose los siguientes resultados (expresados en porcentajes):

CALIDAD DE LA MUESTRA	TTA		ERRORES PREANALITICOS		CALIDAD CITOLÓGICA (CC)				CF
	<2 Horas	>2 Horas	muestras no válidas**	Ausencia de información clínica***	Buena	Regular	Pobre	Insuf.	
	0%	100%	< 1%	30%	20%	20%	50%	10%	Ausencia*

* Ausencia de cursos específicos en el periodo estudiado. **No identificados, muestra escasa y/o inapropiada para la prueba solicitada. ***signos, síntomas y/o diagnóstico inicial. (CC) Escala de Murray.

CONCLUSIONES:

- El TTA se encuentra por encima del aconsejado en la literatura especificada.
- El nivel de errores preanalíticos es moderadamente alto y la calidad citológica baja.
- El aumento del nivel de calidad citológico, incrementaría el rendimiento microbiológico, y por tanto el aprovechamiento clínico de la prueba microbiológica; sin embargo, la inexistencia de formación puntual específica del personal sanitario implicado en la toma de muestras de los esputos y en la supervisión de su transporte, dificultaría la introducción de medidas correctoras efectivas.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: F. Rodríguez García
Servicio Microbiología. Hospital St.ª M.ª del Rosell
Paseo Alfonso XIII, 61
30203 CARTAGENA

MESA DE

COMUNICACIONES

LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN UN ÁREA DE SALUD: OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Pedreño Saura, JJ; Ballesteros Pérez, A; García González, A; Lloret Solano, J; Martínez Pastor, A; Pirla Gómez E.

OBJETIVO:

Conocer la opinión de los médicos de Atención Primaria (A.P.) sobre la asistencia que ofrecen sus especialistas de referencia y detectar problemas de coordinación entre niveles asistenciales.

DISEÑO:

Estudio descriptivo-transversal.

ÁMBITO:

Área de Salud.

SUJETOS DE ESTUDIO:

Los 169 facultativos de A.P. con actividad asistencial el 15 /VI/1.997.

MEDICIÓN E INTERVENCIONES:

La información se obtuvo a través de un cuestionario, de elaboración propia, validado, con 17 preguntas respecto a: caracterización del facultativo de A.P. , cumplimentación del documento de interconsulta por parte de Atención Especializada (A.E.), concordancia diagnóstica y terapéutica entre facultativos de ambos niveles asistenciales, normas de relación entre niveles y la suficiencia global de la información que se recibe de A.E.

Los cuestionarios se remitieron a 60 facultativos seleccionados aleatoriamente, durante las dos últimas semanas del mes de Junio. El tamaño de la muestra se estimó considerando un nivel de significación del 5% (asumiendo p y q de 0,5) y un nivel de precisión del 10%. Se solicitó información respecto a las 13 especialidades a las que se puede remitir pacientes directamente a través del programa mostrador, procurando que el número de cuestionarios remitido fuera proporcional a los médicos de A.P. que tenía de referencia cada uno de los sectores de cada especialidad; por tanto, cada médico de A.P. recibió un número diferente de cuestionarios en función del sector de A.E. al que pertenecía (cada cuestionario recogía información sobre una especialidad). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico EPI INFO 5.01.

RESULTADOS:

Fueron respondidos 546 (90,40%) de los 604 cuestionarios remitidos. La concordancia diagnóstica y terapéutica existe "bastantes veces o siempre" según el 76,7% y el 71,3%, respectivamente. El 43,4% de los cuestionarios refiere que se explican "poco o nada" las pruebas complementarias efectuadas. Los documentos de interconsulta: son "poco o nada" legibles para el 37,9%; y contemplan el diagnóstico y la farmacoterapéutica "bastante o mucho" para el 68,2% y el 65,6%, respectivamente. El facultativo de A.E. está bien referenciado según el

58,6%. Refieren que tienen que hacer “bastantes veces o siempre”: la primera prescripción, un 54,2%; nuevas propuestas de Consultas Externas para las revisiones que considera necesarias el especialista, un 60,8%; interconsultas con otras especialidades por indicación del especialista, un 14,1%; y pruebas diagnósticas a petición del especialista, un 20,2%.

No observamos correlación entre la valoración global de la asistencia que ofrecen los especialistas y la edad, experiencia laboral y antigüedad en el puesto de trabajo de los médicos que contestaron la encuesta; tampoco, diferencias estadísticamente significativas entre especialidades. Los médicos de A.P. varones valoran mejor la asistencia que ofrecen los médicos de A.E.. ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: 1) La concordancia diagnóstica y terapéutica es el apartado mejor valorado. 2) La explicación de las pruebas complementarias efectuadas y la legibilidad son los aspectos peor valorados respecto a la cumplimentación del documento de interconsulta. 3) El incumplimiento de la normativa que regula la relación A.P.-A.E. es el aspecto que más dificulta la coordinación entre niveles asistenciales: A.E., frecuentemente, no realiza la primera prescripción y exige nuevos documentos de interconsulta para realizar sus revisiones.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Juan José Pedreño Saura*
Gerencia de Atención Primaria.
C/. Cabrera, s/n. - Tlf. 968. 50 68 85
30203 CARTAGENA

¿COMO INICIAR LA MEJORA DE LA CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD?

Martínez Pastor, A.; Morales López, R.; Llangostera Batiste, J. M^a; Ramos Conchillo, M^a A.; Vidal-Abarca Gutiérrez, I.; Díaz Fernández, G.

OBJETIVOS:

Identificar los problemas de calidad existentes en nuestro Centro de Salud, sus componentes y la posible solución por el E.A.P.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo transversal.

Ambito del estudio: Centro de Salud rural, que atiende a una población de aprox. 19.000 hab.

Se analizan, por los autores de este trabajo, los problemas de calidad identificados por los profesionales del E.A.P., tras utilizar la técnica de tormenta de ideas en la detección y la del grupo nominal en la priorización. Asimismo, se describen los resultados de las atributos de los problemas de calidad detectados (según el esquema de dimensiones de la calidad propuesto por Palmer en 1.983) y la presunción de solución de los problemas por el equipo o con ayuda exterior.

RESULTADOS:

- 1º.-Utilizando las técnicas de detección de P. C. se detectan 156 posibles problemas. En la identificación el personal médico detecta un 50,6%, enfermería un 25,6% y el personal de recepción un 23,8%.
- 2º.-Tras agrupar problemas semejantes y excluir los problemas que no cumplen los criterios de relevantes, concretos y solucionables se obtienen 64 P. C. Los 5 problemas priorizados más puntuados fueron: (1) «paciente atendido sin historia clínica», (2) «historias excesivamente amplias», (3) «demora en los resultados de analítica», (4) «extravío de analíticas» y (5) «espirometría con resultados de dudosa validez».
- 3º.-Los componentes de la calidad afectados en cada problema son las siguientes: en un 36,5% la satisfacción, 33,5% la efectividad, 10,6% calidad científico-técnica, 10% accesibilidad y 9,4% eficiencia.
- 4º.-Se analiza si el P. C. afecta a la estructura o al proceso de atención.
- 5º.-Se valora la posible solución del P. C. por el E.A.P. o con ayuda exterior. Un 60,9% de los P. C. pueden ser presuntamente solucionados con los medios del equipo y sin ayuda exterior.
- 6º.-Los problemas de calidad que afectan a estructura y a la accesibilidad son los que se preveen más difíciles de solucionar con los medios del E.A.P.

CONCLUSIONES:

La identificación de P.C. es fundamental en el inicio de las actividades de mejora en el Centro de Salud (primer paso del ciclo evaluativo propuesto por R. H. PALMER), siendo herramientas útiles la tormenta de ideas y el grupo nominal, ya que permiten la participación de todos los profesionales y detectar un amplio espectro de problemas de calidad. La mayoría de P.C. pueden ser presuntamente solucionados en el seno del E.A.P., excepto cuando los problemas afectan a la accesibilidad o a la estructura.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Antonio Martínez Pastor*
Centro de Salud de Torre Pacheco.
C/. Aniceto León, 7
30700 TORRE PACHECO

OBJETIVO: USO RACIONAL DE LOS ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA APLICACIÓN DE UN TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO A EN LAS FARINGITIS AGUDAS.

Contessotto, C.; Cámara, M.; Avilés, M.^a J.; Huici, A.; Ojeda, J. M.^a; Cascales, I.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y efectividad de la aplicación rutinaria de un test rápido de detección de estreptococo grupo A (EGA) en muestras faríngeas de niños con faringoamigdalitis, para la identificación de los pacientes subsidiarios de tratamiento antibiótico. La finalidad del estudio es reducir al mínimo el coste clínico (efectos secundarios), microbiológico (selección de resistencias) y económico del arsenal terapéutico habitual del pediatra. Otro importante aspecto de esta nueva manera de enfrentarse y tratar la faringitis del niño, que también se evalúa en este estudio, es su repercusión sobre el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes atendidos.

MATERIAL Y METODOS: Se analizan muestras de exudado faríngeo de pacientes menores de 14 años diagnosticados clínicamente de faringitis aguda, mediante aplicación de un test rápido para detección de EGA (QuickVue Strep A Test[®]), además de cultivo convencional, para control de la sensibilidad y especificidad del primero. Sólo en los casos de positividad del test rápido, el médico indica tratamiento antibiótico. En los casos negativos, se hace especial hincapié en justificar a la familia la ausencia de indicación de antibioticoterapia. En ambas situaciones, se realiza seguimiento telefónico para comprobar la evolución clínica del enfermo y el grado de satisfacción de los familiares.

RESULTADOS: Hemos elaborado los resultados obtenidos de una muestra de 35 sujetos con faringoamigdalitis aguda cuyo aspecto clínico hubiera constituido indicación segura de tratamiento antibiótico (formas eritemato-exudativas intensas y pultáceas). El test rápido detectó EGA en 3 casos (8,6%), todos ellos confirmados por cultivo convencional y sensibles a todos los antibióticos testados. El cultivo convencional no detectó presencia de EGA en ningún otro paciente. La evolución clínica y microbiológica fue favorable en todos los casos. El grado de satisfacción de los familiares resultó muy elevado en todos los encuestados, independientemente de que el paciente hubiese recibido antibiótico o no.

CONCLUSIONES: Los datos preliminares sobre una muestra pequeña pero representativa de niños con faringoamigdalitis aguda severa, apuntan a una baja prevalencia de EGA como patógeno causal de estos cuadros en nuestra población pediátrica. El test rápido citado parece tener una sensibilidad y especificidad adecuadas para orientar sin riesgos el tratamiento, siendo además de fácil manejo y aplicación. Los usuarios aceptan y están satisfechos de este nuevo enfoque diagnóstico-terapéutico.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Claudio Contessotto Spadetto*
Servicio Pediatría. Hospital Los Arcos
Paseo Colón, 54.
30720 SANTIAGO DE LA RIBERA

PROPUESTA DEL USO DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO EN EL CONTROL RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS. UNA EXPERIENCIA

Carbajo Martínez, S. E.; Sánchez Sánchez, A.

OBJETIVOS:

Dentro del espíritu de concienciación y apoyo a la consecución de un objetivo tan importante como es el “uso racional del medicamento”, tanto en su faceta clínica como desde su vertiente económica, hemos desarrollado un sistema sencillo de uso racional del medicamento con los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer el contenido del botiquín domiciliario de cada unidad familiar del cupo.
- 2.- Estudiar el “perfil” del paciente en su relación con el medicamento y su indicación terapéutica.
- 3.- Optimizar el uso racional del medicamento a partir del conocimiento de las variables anteriores

MATERIAL:

- 1.- Hoja de recogida del listado de los medicamentos existentes en el botiquín domiciliario.
- 2.- Cuestionario sobre el uso y conocimiento de los medicamentos por parte del paciente.

MÉTODO:

El propio paciente, en una primera visita, se lleva las hojas a rellenar a casa y lo devuelve debidamente contestando con la relación de los medicamentos de que dispone en su botiquín de casa, a la vez que nos descubre su “perfil” particular en su relación a su proceso patológico, pudiendo así establecer un plan de aprovechamiento de la medicación disponible en su propio botiquín.

RESULTADOS:

En una experiencia piloto, no sistematizada, se consiguió un ahorro en presupuesto de farmacia en sus primeros tres meses de implantación de más de millón y medio de pesetas.

CONCLUSIONES:

Proponemos la generalización de este método en las consultas de Pediatría y su ampliación a la consulta de adultos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Santiago Enrique Carbajo Martínez*
E.A.P. «EL CARMEN» - Consultorio Periférico de Aljuicer y Barriomar.
C/. Camino Hondo, 2. BARRIOMAR
MURCIA

INFLUENCIA DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRESCRIPCIÓN MÁS EFICIENTE

Bernal Montañés, JM; López-Picazo Ferrer, J.J.; Pereñíguez Barranco, J.E.; Sanz Moreno, J.A.; Vázquez Polo, M.A.; García Alcaraz, M.J.

OBJETIVO:

Conocer la influencia que, sobre la prescripción de una determinada presentación comercial de un fármaco en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, tiene el que ésta esté disponible en los botiquines y Servicios de Urgencias (SU).

MATERIAL Y METODO:

Se estudia la prescripción mensual de norfloxacino durante 14 meses. En los primeros 6 no se disponía de norfloxacino en los botiquines de los centros salud ni en los SU. En los últimos 8, una presentación comercial (la de menor coste) estaba disponible. Se ha elegido este fármaco por (1) Introducción por primera vez en botiquines, (2) no sustituyó a otras posibles alternativas, (3) Consumo estable no estacional, y (4) no ha figurado nunca en las listas elaboradas por esta Gerencia indicando cual es su presentación más eficiente.

RESULTADOS:

El número de recetas de norfloxacino facturadas al mes osciló entre 2095 y 2346 (media de 2339,64 y D.E. de 169,71). No se observaron diferencias entre el número de recetas prescritas antes (media de 2243,33 y D.E. de 122,89) y después (media de 2411,87 y D.E. de 169,97). El porcentaje medio de prescripción correspondiente a la especialidad introducida fue de 12,26% (D.E. 2,35), existiendo diferencias ($p < 0,05$) entre éste antes de la introducción (media de 10,59%, D.E. 1,64) y después (media 13,54, D.E. 2,07). El análisis de regresión arroja, para la situación 'Antes' un valor de r de 0,07, una pendiente de 0,06 y una constante de 10,37. Estos valores son diferentes en la situación después ($r=0,91$; $\beta=0,77$; $K=5,48$).

CONCLUSIONES:

La prescripción de norfloxacino no se incrementó tras su introducción en botiquines, pero sí la de la marca seleccionada (desde un 11,3 al 17,3%) frente a las demás marcas. Las Gerencias de Atención Primaria (y de especializada) deben nutrir sus botiquines con las presentaciones más eficientes de los principios activos que necesiten. La eficiencia, en este caso, debe cimentarse en el factor 'Precio Venta al Público' y no en ofertas coyunturales.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Juan Miguel Bernal Montañés*
Gerencia de Atención Primaria Murcia.
C/. Escultor Sánchez Lozano, 2 - 2.º - Tlf. 39 48 01
30005 MURCIA

CICLO COMPLETO DE MEJORA SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN I.R.A. EN CUATRO CENTROS DE SALUD DEL AREA DE LORCA

Gomariz García, J.J.; Santiago García, M.C.; Días Espiñeira, J.J., Cascales del Cerro, J.J.; Gris Peñas, A.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad asistencial en infecciones respiratorias agudas (IRA) vírales y llevar a cabo un ciclo de mejora del uso inadecuado de antibióticos en esta patología.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo realizado en 4 centros de salud , realizados por 25 médicos de dichos equipos. La muestra fue aleatoria estratificada por cupos, seleccionando 20 historias clínicas (con visitas apuntadas por motivo de I RA) por cupo, con lo que se evaluó de forma cruzada los criterios consensuados de buena calidad asistencial. Algunos de los profesionales contaban con formación en evaluación y mejora de la calidad, y otros no. Tras la discusión de los resultados, se pusieron medidas correctoras y se reevaluó a los 12 meses con una muestra semejante. La precisión de las estimaciones de los cumplimientos se calculó para una confianza del 95%. Se utilizaron criterios explícitos normativos sobre registro y tratamiento.

RESULTADOS:

Existe un alto nivel de cumplimiento en el registro de los tratamientos y un bajo nivel de cumplimiento en el caso de prescripción adecuada de antibióticos, observándose una mejoría estadísticamente significativa en aquellos centros de salud cuyos profesionales tienen formación en calidad asistencial. La elección adecuada de antibiótico, cuando este debe prescribirse, presenta mas dificultades de mejora.

CONCLUSIONES:

1. En nuestro trabajo evidenciamos una prescripción inadecuada de antibióticos y la posibilidad cierta de mejorar la calidad sometiendo los aspectos problemáticos a la metodología de los ciclos de mejora internamente asumidos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Juan José Gomariz García*
Centro de Salud San Diego. Lorca
Ctra. Cartagena, s/n. - Tif. 44 34 22
30800 LORCA

LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGÚN SUS DIFERENTES PROTAGONISTAS.

Gómez Jara P.; Saturno Hernández P.J.

Hoy está claro que la calidad de la asistencia sanitaria es cosa de todos y que tiene 3 protagonistas: los usuarios que la reciben, los profesionales sanitarios que la ejecutan y la administración que la gestiona.

OBJETIVOS: Analizar que significa calidad en Atención Primaria de Salud (APS) para los tres estamentos implicados en ella.

MATERIAL Y MÉTODO: Se constituyó un grupo Delphi realizado en dos vueltas. Ámbito nacional. Los sujetos de nuestro trabajo fueron representantes de los 3 estamentos implicados en la APS: usuarios, representados por los alcaldes (se seleccionó una muestra aleatoria de todos los municipios nacionales, estratificando entre urbano y rural o mixto; 332) y por los secretarios generales de la Unión de Consumidores Españoles (universo, 63); administración, representada por los gerentes de AP o sus homólogos en las comunidades autónomas con transferencia sanitaria (universo, 165); profesionales sanitarios, médicos y enfermeras/os con labor asistencial y conocimiento en evaluación de la calidad (156).

En la 1ª vuelta del Delphi se preguntó “que criterios debe reunir la APS para ser considerada de calidad”. Con las respuestas obtenidas se elaboró una lista de criterios ordenándolos por frecuencia de menciones y agrupándolos en temas afines.

En la 2ª fase se remitió a los participantes los criterios resultantes de la 1ª, solicitándoles que de ellos eligieran 15, obteniendo así el listado definitivo.

RESULTADOS: Obtuvimos 129 criterios, de los cuales 78 (60,5%) fueron comunes a los 4 tipos de participantes; 25 (19,4%) a 3; 20 (15,5%) a 2 y 6 (4,6%) fueron seleccionados de manera exclusiva por un estamento.

Analizando la procedencia de estos 129 criterios: 34 (26,3%) habían sido propuestos de manera común por los 4 estamentos en la 1ª vuelta; 21 (16,3%) por 3; 32 criterios (24,8%) por 2 estamentos y 42 (32,4%) fueron propuestos de forma exclusiva por 1 estamento.

CONCLUSIONES: Existe bastante concordancia en el significado de la calidad para los distintos estamentos implicados (60,5% de criterios comunes) y son pocos (4,6%) los criterios exclusivos de un estamento.

Los diferentes puntos de vista que surgieron en la 1ª vuelta se unificaron en la 2ª fase del estudio.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Purificación Gómez Jara*
Centro de Salud Cartagena Oeste
C/. Cabrera, s/n. - Tlf. 52 86 50
30203 CARTAGENA

ACTITUDES HACIA LOS CONTENIDOS DE LA A.P.S.: ESTUDIO LONGITUDINAL.

Ballesteros, A.M^a.; Saturno, P.; Urrea, A.; Llor, B.; López, A.; Sáez, C.

INTRODUCCIÓN:

Dentro del funcionamiento de una organización sanitaria, es necesaria una evaluación continuada, para conseguir una calidad asistencial adecuada a las necesidades de la estructura de la organización, profesionales y del usuario. El estudio intenta conocer las posibles modificaciones en la actitud de los profesionales con el paso del tiempo en su labor en el EAP.

OBJETIVO:

Analizar las modificaciones de actitud, en AP, en diversos EAP y las variables con ella relacionadas.

MATERIAL Y METODOS:

El ámbito de estudio son 9 EAP de nueva creación. Los sujetos del estudio son los 25 profesionales de esos EAP que contestaron 3 veces a la encuesta de actitud que se les entregó en el plazo de 1,5 años. La encuesta previamente validada, es de tipo Likert con 5 opciones de respuesta (46 ítems y 7 factores o dimensiones).

RESULTADOS:

La actitud mejora significativamente, tras un tiempo de trabajo en el EAP ($x_1=4$ y $x_2=4,16$; $p=0,009$). Entre las dimensiones, en el factor 4 (“interés del profesional por la formación continuada”) se observan cambios de actitud ($x_1=4,03$ y $x_2=4,21$; $p=0,038$). Resultados similares (mejora de la actitud) aparecen al analizar la dimensión, pero con diferencias en los tres períodos (“preocupación por los aspectos psicopatológicos de la enfermedad”) ($x_1=3,99$ y $x_2=4,26$; $p=0,026$. $x_1=3,99$ y $x_3=4,31$; $p=0,013$). Existen diferencias significativas entre la 1^o y 3^o encuesta en la dimensión 7 (“inclusión de profesionales del 2^o nivel en AP”) ($x_1=2,40$ y $x_2=3,14$; $p=0,003$), aunque globalmente la media de actitud es más baja. Se analizan diferencias en otras dimensiones o factores con respecto a sexo, situación laboral (propietario, interino), situación funcional (integrado o no), edad y el tipo de profesional (Médico general o de familia).

CONCLUSIONES:

En general, la actitud de los médicos ha mejorado tras llevar un tiempo trabajando en los EAP, valorando sobre todo la necesidad de la formación continuada y considerando en el paciente los aspectos psicosociales de su enfermedad. La mejor evolución se observa en los médicos más jóvenes, interinos e integrados en el EAP, por lo que es a esos profesionales a los que debe ir encaminado el apoyo de la administración para que siga mejorando la labor de calidad asistencial de los EAP.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Bartolomé Llor Esteban*
Dpto. Enfermería E. U. Enfermería
Facultad Medicina. Campus de Espinardo - Tlf. 30 71 00
30100 MURCIA

EL CLIMA LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA

López Santiago, A. ; Saturno Hernández, P. ; Urrea A. ; García Izquierdo, M. ; Ballesteros Pérez, A. ; Sáez Navarro, C.

INTRODUCCION: Los recursos humanos y organizacionales inciden en la calidad de los servicios asistenciales y en el cumplimiento de los objetivos. Se ha señalado el ambiente de trabajo (Clima Organizacional) como un elemento que influye en el producto final ofrecido por los sistemas sanitarios.

OBJETIVO: Conocer el clima laboral de los profesionales que trabajan en 9 EAP de reciente creación y analizar su evolución transcurrido un año.

MATERIAL Y METODO: Estudio prospectivo en dos fases distanciadas 1 año. El ámbito son nueve EAP de reciente creación en el Area de Salud II (Cartagena) de la Región de Murcia. Sujetos: los profesionales sanitarios: 43 médicos, 34 enfermeros y 24 auxiliares/administrativos de los EAP. A todos se les ha aplicado adaptado el "Cuestionario para el estudio del Clima Organizacional en los EAP de los Centros de Salud" (López et al., 1989), validado en nuestra Región, y compuesto por una escala tipo Likert con 19 ítems y 4 dimensiones (trabajo en equipo, cohesión, conflictividad y comunicación), junto a variables sociodemográficas, centro de trabajo y especialidad.. Se han aplicado los cuestionarios transcurridos uno y dos años, respectivamente, desde la creación de los EAP. Se ha realizado estadística descriptiva y contraste de medias ("t" de Student, análisis de varianza y pruebas no paramétricas).

RESULTADOS: El *clima total* en la 1ª fase es de 4,07 sobre 5, puntuando en los extremos las dimensiones de *cohesión* 3,92 y la de *conflictividad* 4,28 (mínima =1). Transcurrido un año, en la 2ª fase, el *clima total* desciende hasta 3,95, disminuyendo igualmente las cuatro dimensiones, aunque sin encontrar significación estadística al comparar las dos fases. Analizando los datos por profesionales, en la 1ª fase el clima total de los facultativos es 4,03, siendo inferior entre el personal de enfermería, de 3,93, y superior, de 4,36 entre el personal de administración, sin encontrar diferencias con significación estadística. Entre los facultativos, los médicos generalistas dan puntuación de 4,09, los pediatras de 3,98 y los médicos de familia de 3,92. En la 2ª fase el clima desciende en los tres grupos profesionales, así como entre los facultativos, excepto los pediatras, alcanzando 4,04.

CONCLUSIONES:

1. La valoración global del ambiente de trabajo entre los profesionales, transcurrido un año desde la creación de los EAP, es muy elevada, con expectativas favorables.
2. Las diferencias entre profesionales no es significativa, aunque los médicos de familia asignan las puntuaciones inferiores.
3. La tendencia global es hacia un deterioro del Clima, aproximándose a los datos obtenidos en los profesionales de otros Centros de la Región de Murcia, ya en funcionamiento.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Asensio López Santiago*
Centro de Salud San Antón. Cartagena
C/. Recoletos, 98
30205 CARTAGENA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL LOS ARCOS

Terrer, E.; González P.; Egea MD.; Esteban B.

A fecha 1 de Enero de 1997, el Hospital «Los Arcos» (HLA) tiene una lista de espera de 1.374 pacientes, con un tiempo medio de espera de 339 días.

Consideramos como criterio de calidad el ser intervenido dentro de los 6 meses siguientes a su inclusión en lista de espera (espera inferior a 160 días).

Se hace un análisis de las causas (factores) que pueden influir en la lista de espera valorando aquellos puntos en los que podemos actuar de forma que nos permita disminuir la lista de espera y en definitiva el tiempo de espera de los pacientes para ser intervenidos.

De los resultados iniciales obtenemos dos conclusiones:

1.º Falta un conocimiento claro de la lista de espera y 2.º los rendimientos de quirófano son bajos.

La actuación diseñada consiste en acciones destinadas a depurar la lista de espera y aumentar el número de intervenciones. Para este segundo objetivo se propone la contratación de un nuevo cirujano, medida que se adopta en Febrero de 1996.

Con ello hemos conseguido aumentar los rendimientos de quirófano y depurar la lista de espera, de forma que se produce una disminución del número de pacientes en dicha lista de espera, de los 1.374 iniciales (Enero de 1997) a 639 en Mayo de 1996, disminuyendo así mismo el tiempo de espera.

No obstante, en la reevaluación (Febrero de 1997) se observa un nuevo incremento de la lista de espera, con lo cual la intervención diseñada se ha mostrado insuficiente para resolver el problema en su totalidad. Hemos relacionado estos resultados con el mal aprovechamiento de quirófano (debido a la escasez de plantillas y el incumplimiento de horarios), y con el marcado crecimiento demográfico que se ha producido recientemente en la comarca del Mar Menor.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Enrique Terrer Morales*
Servicio de Cirugía. Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54
30720 SANTIAGO DE LA RIBERA

MESA DE

COMUNICACIONES Nº 64

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD SOBRE LA DECLARACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS EN EL HOSPITAL LOS ARCOS.

Contessotto, C.; Cámara, M.; López, J.F.; Valverde, J.

El conocimiento adecuado de la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas en la comunidad es esencial para la instauración de medidas preventivas dirigidas a evitar la propagación de casos esporádicos, controlando así la aparición de brotes epidémicos. Para este fin, la declaración de este tipo de enfermedades a las autoridades sanitarias es obligatoria, debiendo además ser efectuada tempestiva y exhaustivamente por el médico implicado en el diagnóstico de cualquier patología incluida en el listado de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) publicado por el Ministerio de Sanidad. A nivel hospitalario esta tarea es especialmente importante, tanto por la habitual trascendencia de los procesos infecciosos que se tratan en este ámbito, como por la proximidad y fácil accesibilidad a las técnicas de laboratorio que permiten su diagnóstico.

La realización del presente estudio en el Hospital Los Arcos se planteó porque algunos facultativos más sensibilizados con este tema sospechábamos la existencia en nuestro Centro de un problema de infranotificación de enfermedades infectocontagiosas, cuya resolución representaba una clara oportunidad de mejora.

En primer lugar se decidió comprobar la entidad de dicho problema. Para ello, se revisaron retrospectivamente todos los diagnósticos incluidos en el listado de EDO emitidos en los 6 meses anteriores y se compararon con las declaraciones efectuadas en el mismo periodo. Se identificaron 98 EDO, de las cuales se habían notificado a Sanidad sólo 26 (26,5%). El 100% de las hepatitis víricas, el 93% de las fiebres botanosas y el 47,6% de las salmonelosis no se habían declarado al Servicio de Epidemiología, siendo estas tres EDO objeto del 82% del total de patologías no comunicadas.

A continuación se investigaron las posibles causas de este fallo, que resultaron ser tanto de tipo estructural (ej.: falta de impresos) como de proceso (ej.: falta de notificación por desinformación y/o desinterés del personal facultativo).

Tras la introducción por los miembros del equipo de medidas correctoras de los problemas hallados, se volvió a evaluar el porcentaje de declaración de EDO en los 6 meses siguientes. Los resultados, que se comentarán más detalladamente en la sede del congreso, han sido alentadores: de un total de 113 casos de EDO, se declararon 72 (63,7%). No obstante, queda un margen suficiente para la repetición del Ciclo de Mejora, para intentar paliar algunos defectos que aún permanecen en el proceso de notificación de EDO en nuestro hospital.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Claudio Contessotto Spadetto*
Servicio de Pediatría. Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54
30720 SANTIAGO DE LA RIBERA

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DE URGENCIAS

Muñoz Ruiz-Seiquer, J.; López Zarco, M.E.; Redondo Reyes, R.; Rocamora Gutiérrez, C.; Paricio Núñez, P.; Almarza Mesa, J.L.

INTRODUCCIÓN: El informe de Alta de Urgencias es un documento con frecuencia escasamente valorado, descuidado en cuanto a la calidad de la información que contiene, y considerado como poco importante o de mero trámite.

OBJETIVO: Analizar y evaluar el grado de cumplimentación del Informe de Alta de Urgencias como indicador de calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo analizando una muestra sistemática aleatoria de 100 informes de alta (50 de Febrero y 50 de Agosto de 1.996) del Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos, considerando 6 criterios a evaluar: 1) Motivo de consulta; 2) Alergias a medicamentos; 3) Diagnóstico legible; 4) Tratamiento de Urgencias; 5) Destino del paciente; y 6) Identificación del facultativo mediante firma y número de colegiado.

Posteriormente se dio publicidad interna al resultado de esta primera evaluación a los facultativos del Servicio de Urgencias, tanto por escrito como en las reuniones de ese Servicio. Y después de un año, durante el mes de Junio de 1.997, sin aviso previo, se recogió una segunda muestra de 50 informes, con el mismo diseño y criterios, que se valoró de forma subjetiva por el mismo equipo de revisores.

RESULTADO: En la primera evaluación, el motivo de consulta se cumplimentó en el 97% y el tratamiento médico de urgencias en un 93%. El registro de alergias medicamentosas fue del 77%, la firma y el nº de colegiado del 76%, el diagnóstico legible del 62% y el destino del paciente del 43%.

Tras las medidas correctoras, en la segunda evaluación, los porcentajes de cumplimiento fueron: en el motivo de consulta del 100%, el tratamiento de urgencias del 98%, las alergias en el mismo rango que en la primera evaluación (80%), y la identificación del facultativo con el 96%, el diagnóstico legible con el 90%, y el destino del paciente con el 82%, se acercan a los porcentajes óptimos de calidad que deben estar próximos al 100%.

CONCLUSIONES:

1. La cumplimentación de estos criterios debe ser del 100% dada la importancia del Informe de Alta de Urgencias.
2. La monitorización semestral/anual conlleva una mayor implicación de los facultativos de Urgencias en la cumplimentación del Informe de Alta de Urgencias.
3. La excesiva carga de trabajo en Urgencias nunca debe considerarse una excusa para la calidad del Informe de Alta de Urgencias.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *José Muñoz Ruiz-Seiquer*
Servicio de Urgencias. Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlf. 57 25 99
30720 SANTIAGO DE LA RIBERA

CONOCER EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE NUESTRA ACTIVIDAD ¿INFLUYE EN LA CALIDAD DEL CONTROL ASISTENCIAL?

Alcaraz Martínez, J.; Martínez Fernández, E.; Albadalejo Serrano, A.P.; Hernández Quiles, M.I.; Mora Barba, M.J.; Ros Martínez, M.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es valorar la calidad del proceso asistencial en el Servicio de Urgencias y la posible mejora derivada del conocimiento de las tasas de cumplimentación de las actividades de control asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

En primer lugar, se seleccionó una muestra de 210 casos mediante la técnica de muestreo aleatorio sistemático. En todos los casos se revisó la información de la Hoja de Control Asistencial de forma retrospectiva, obteniendo la información del Archivo de Historias Clínicas, por un equipo formado por personal médico y de enfermería. Posteriormente, se informó personalmente, por escrito, de los resultados obtenidos en el estudio inicial al personal médico y de enfermería del Servicio. Al mismo tiempo, se invitó a cada uno a valorar de 0 a 10 cada una de las actividades evaluadas, a señalar las que se deberían valorar y a estimar el porcentaje de cumplimiento mínimo para cada actividad. Por último, se seleccionó una segunda muestra, de 150 casos, asistidos posteriormente y se estimaron de nuevo las tasas de cumplimiento. En el estudio intervinieron 26 médicos y 21 enfermera/o.

Los resultados se compararon mediante tablas de contingencia, empleando el test de la Chi cuadrado para variables cualitativas y análisis de varianza (ANOVA).

RESULTADOS:

Entre los resultados correspondientes a la actividad de enfermería, donde se han obtenido tasas de cumplimiento del 38.6% (i.c.=32-45.2%) al 97.1% (i.c.=94.9-99.3%), en la primera evaluación, se ha observado una cumplimentación significativamente menor en el control de la temperatura inicial ($p<0.001$) en la segunda evaluación.

Respecto a la actividad médica de control asistencial, tras el segundo control se han encontrado cumplimientos significativamente mejores en la anotación del nombre del médico responsable ($p<0.01$) y en la hora de la primera atención médica ($p<0.01$), que habían obtenido unos porcentajes del 61.4% (i.c.=54.9-67.9%) y el 7.6% (i.c.=4-11.2%).

Respecto a la opinión expresada por los participantes en el estudio, en las actividades de enfermería la mayoría coincidía en dar una gran importancia a las actividades evaluadas (medianas entre 8 y 10), en la necesidad de mejorar el control inicial de la tensión arterial y la hora de recepción, y en considerar que los porcentajes de cumplimentación mínima debían superar el 75% (75 a 100%), conseguido esto último en dos de las actividades evaluadas.

En cuanto a la evaluación realizada por el personal médico, es de destacar la coincidencia en la necesidad de mejorar la cumplimentación en cuanto a la información médica y la hora de

atención, hecho que no se da en la segunda evaluación, y en considerar como óptimos unos porcentajes de cumplimentación del 70 al 90%.

En el análisis de posibles causas que motivasen el incumplimiento se ha observado una correlación significativa entre pacientes que acuden por causas traumatológicas y la ausencia de toma de tensión arterial y temperatura ($P>0.05$).

CONCLUSIONES:

- 1.- El conocimiento de las tasas de cumplimentación puede servir de ayuda para mejorar los resultados, sobre todo en los casos en los que se parte de porcentajes de cumplimiento bajos.
- 2.- Se constata una cumplimentación, en general, que no alcanza los mínimos estimados por los participantes del estudio.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Julián Alcaraz Martínez*
Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez, s/n
30008 MURCIA

MEJORA DE LA FIABILIDAD DE LA RECOGIDA Y TRASCRIPTIÓN DE LOS DATOS DE PACIENTES EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER

Carrillo, A.; Fernández, M.P.; Moreno, J.M.; Marcos, F.; García, M.D.; Rueda, M.L.

OBJETIVOS:

El Hospital Morales Meseguer dispone de un sistema de información para la gestión que goza de gran aceptación entre los profesionales y la dirección del Hospital y que determina: la elaboración y seguimiento del Contrato-Programa (principal fuente de financiación), la elaboración y seguimiento de los pactos por servicio y las decisiones organizativas y clínicas más relevantes.

En hospitalización se observaron indicios de que la información no reflejaba exactamente la realidad asistencial, motivo por el cual los responsables del sistema de información organizamos un ciclo de evaluación y mejora de la calidad para: 1.- contrastar estadísticamente la situación de partida para conocerla objetiva y numéricamente y 2.- determinar las causas de los errores detectados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se plantean 2 estudios:

1º Estudio: retrospectivo. Se comparan los datos de la historia clínica con los datos registrados informáticamente. Universo: altas de hospitalización enero-abril de 1997 (población de 4.453 altas). Tipo de muestreo: aleatorio simple. Tamaño muestral: para un error de muestreo del 5% y una significación del 95% es de 353 casos.

Este estudio pretende comprobar que las estadísticas de ingresos, altas y servicios son correctas, y, por tanto, los días de estancia, fuente de financiación de la actividad de hospitalización y principal ratio de gestión clínica (EM por GRD, por servicio, del Hospital, etc.), coinciden con la realidad.

2º Estudio: concurrente, observación directa. Se contrastará la coincidencia de los datos contenidos en el listado informático de ocupación de camas, con la planilla de ocupación de enfermería y con la situación real. Universo: censo de ocupación diario durante dos meses y la población previsible es de 17.518 estancias. Muestreo: estratificado por unidades de enfermería. Tamaño muestral: 780 casos.

Este estudio pretende comprobar que la adscripción de cama y servicio en cada caso es correcta y que, por tanto, las incidencias diarias se informan adecuadamente. La validación de esta información afecta a multitud de aspectos organizativos que van desde el conocimiento de las camas libres desde urgencias hasta la correcta distribución de la unidosis de farmacia, pasando por la correcta adscripción de pacientes a servicios tras sufrir un traslados internos.

Para determinar las causas de los errores detectados se plantean tres estudios:

- Estudio de todos los traslados internos producidos en el último año.
- Revisión de todos los ingresos incorrectos en urgencias durante el año.
- Revisión de todas las altas nulas.

RESULTADOS:

En los dos primeros estudios el porcentaje de coincidencias entre los datos contrastados es superior al 98% lo que implica una altísima fiabilidad de los datos estadísticos.

Los errores en traslados internos, ingresos erróneos desde urgencias y confirmación de altas son debidos a las directrices de los correspondientes protocolos de organización existentes.

CONCLUSIONES:

1. Dada la alta fiabilidad de la información de la actividad hospitalaria se concluye que no son necesarias actuaciones generales que afecten a la totalidad del sistema.
2. Puntualmente se modificarán los protocolos de:
 - Adscripción de camas a servicios para evitar los errores en traslados internos.
 - Confirmación de ingreso desde urgencias.
3. Se ha implementado una solución informático-organizativa para la detección inmediata de las altas erróneas y su anulación.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Andrés Carrillo González*
Hospital Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez, s/n. - Tlf. 968. 36 09 00 . ext. 2134
30008 MURCIA

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA RELACIÓN ESCRITA ESPECIALIZADA-PRIMARIA EN UNA CONSULTA DE CIRUGÍA.

Morales Cuenca, G.; Aguilar Jiménez, J.; Aguayo Albasini, J.L.

INTRODUCCIÓN:

La relación básica primaria-especializada es la información clínica que acompaña al paciente en su derivación entre uno y otro nivel. Aunque parte de la información es verbal, nos preocupaba si existía o no una adecuada información escrita. Para ello, analizamos el grado de información escrita en ambas direcciones en una consulta de cirugía general de un hospital de área. Si detectábamos que dicho grado de información no cumplía unos estándares de calidad, diseñaríamos un ciclo de mejora completo, aprovechando la metodología EMCA.

1ª PARTE ANÁLISIS DEL GRADO DE INFORMACIÓN ESCRITA ENTRE PRIMARIA-ESPECIALIZADA.- Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las H^a Clínicas de una muestra de 30 primeras visitas del Serv. de Cirugía General del Hosp. Morales Meseguer de Murcia, analizando la existencia y grado de cumplimentación del volante de derivación de primaria al cirujano, así como la conducta seguida con el paciente por parte del cirujano, y si éste informaba o no de ello, por escrito, a primaria. ***Resultados:*** Todos los pacientes fueron remitidos al cirujano con volante de derivación. El grado de cumplimentación del volante fue irregular, aunque en todos los casos constaba un diagnóstico de sospecha. Este diagnóstico coincidió en un 83.3% de los casos con el del cirujano. El cirujano puso en lista de espera quirúrgica o derivó a otra consulta a 20 de los 30 pacientes, sin notificar por escrito este hecho en ningún caso a primaria. De los 10 pacientes restantes, que fueron alta, en solamente 3 emitió algún tipo de informe escrito a primaria. En resumen, en solo el 10% de los casos se informaba por escrito a primaria.

2ª PARTE: CICLO DE MEJORA: EXISTENCIA DE INFORME ESCRITO A PRIMARIA POR PARTE DEL CIRUJANO TRAS UNA PRIMERA VISITA.- Consideramos que la oportunidad de mejora era conseguir que el cirujano informase por escrito a primaria, en todos los casos, de la conducta seguida con el paciente. Realizamos un análisis de causas por las que esto no se realizaba, identificando causas estructurales (saturación de consulta, falta de personal aux. etc.), sobre las que no nos propusimos actuar, y una causa modificable, que era la falta de motivación. Para actuar sobre ella reunimos a todos los miembros del servicio de cirugía y les mostramos el resultado del estudio, resaltando el hecho de que mientras que el médico de primaria informaba siempre por escrito, ellos lo hacían en muy pocas ocasiones. Posteriormente, y utilizando como criterio de calidad la existencia en la H^a Clínica de una copia del informe del cirujano remitido a primaria, reevaluamos la situación mediante una nueva muestra de 30 primeras visitas. En esta reevaluación constatamos una mejora, ya que en 17 de los 30 pacientes (un 56.7%) el cirujano informó por escrito al médico de primaria.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Germán Morales Cuenca*
Servicio de Cirugía General. Hospital Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez, s/n. - Tlf. 36 09 00. ext. 2358
30008 MURCIA

MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS

Clavel Cerón, R.

INTRODUCCIÓN:

Después de realizar ciclos de mejora en los registros enfermeros durante los años 94 - 95 .En 1996 pensamos que podíamos monitorizar mensualmente la calidad de nuestros registros en las 10 unidades de hospitalización de adultos.

OBJETIVOS:

- 1º.-Monitorizar la calidad de los registros enfermeros global e individual de las unidades de enfermería.
- 2º.-Monitorizar las cargas de trabajo que cada unidad soporta mensualmente (I. Ocupación; I. Rotación; Enf. de riesgo ; Grado de dependencia y portadores de U.P.P. al ingreso), pues podrían incidir en la mayor o menor cumplimentación de los registros.
- 3º.-Servir como instrumento de gestión a los supervisores de las unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crearon unas parrillas con varios criterios de calidad, que nos indicarían que la cumplimentación de dichos criterios en el 80% de las veces significaría obtener un registro con calidad.

Mensualmente de forma aleatoria se analizan 10 historias de cada unidad y de cada uno de los registros enfermeros (Valoración / Evolución, Planificación de los cuidados y Gráfica y controles).

Una vez tabulados los resultados se entregan a los supervisores para compartirlos con su equipo y obtener compromisos de mejora que se comunican con el área de documentación.

RESULTADOS:

Podemos aportar los resultados de los meses de Abril, Mayo y Junio de 1996 con un índice de precisión de (9 % para un 95% de intervalo de confianza en la valoración individual y de un (5% para la global con el mismo intervalo de confianza.

	Valoración del ciclo de mejora 1.995	Monitorización global de 1996
Registro de Valoración / Evolución :	50,1 %	75 ,6 %
Planificación de Cuidados :	46 %	70.8 %
Gráfica y Controles:	35,8 %	64,6 %
Indice de Cumplimentación total:	43,9 %	72,1 %

CONCLUSIONES:

La monitorización nos indica donde estamos con respecto a la Calidad y es un sistema eficaz pues se detectan rápidamente las mejoras, sirviendo de estímulo a los profesionales.

Es un instrumento de gestión y de mejora de la Calidad para la supervisión.

Es condición imprescindible que los resultados lleguen a los profesionales que intervienen en la consecución de los mismos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Rosa Clavel Cerón
Unidad de Enfermería. Hospital St.º M.º del Rosell
Paseo Alfonso XIII, 61 - 30203 CARTAGENA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD FORMAL DE LOS PROTOCOLOS DE FISIOTERAPIA DE A.P. DE LA C.A. DE MURCIA

Torres A.; Medina F.; Saturno P.; Saura J.; Gómez A.; Bonilla R.

OBJETIVO:

Conocer la calidad formal de todos los protocolos clínicos de Fisioterapia existentes en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Murcia y determinar si existen diferencias entre la calidad de éstos y la de los protocolos de otras comunidades autónomas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio es retrospectivo. Para la evaluación formal de los protocolos se usan los 9 criterios, normativos y explícitos.

Se determina la fiabilidad interobservador del grupo de trabajo y se inicia la evaluación cuando ésta es óptima.

Además del cumplimiento o no de los criterios, se recogen otras variables independientes de los protocolos (fecha de elaboración, autores, el área de Salud a la que pertenece...).

RESULTADOS:

Los 10 protocolos recogidos en la Comunidad de Murcia son: Dolor cervical, Dolor Lumbar, Pre y Postparto, Enfermedades Óseas Degenerativas, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Inmovilizados y Terminales, Muñeca y Mano, Deformaciones de la Columna y 2 protocolos de Hombro Doloroso.

Cumplen con la definición de protocolo (C-1) el 10% de los protocolos clínicos de la Comunidad de Murcia, mientras que la media nacional es del 40,50%. Tienen mecanismos de registro de datos (C-2) el 20% de los protocolos y el 10% tienen mecanismo de evaluación de la calidad (C-3), ambos porcentajes menores a las medias nacionales que están en un 49,36% y 32,91% respectivamente. El 90% de los protocolos tienen algoritmo (C-4) mientras que la media nacional es del 20,88% y el 70% tienen una hoja de anamnesis y/o exploración (C-5), siendo lo normal un 38,60%. El 100% cumplen el criterio referente a tener menos de 20 hojas (C-6) que es cumplido por un 96,83% de los casos nacionales y ningún protocolo de la comunidad de Murcia cumple el de presentar un índice paginado (C-7), siendo el porcentaje de cumplimientos nacional de un 22,15%. El 10% de los protocolos de la comunidad de Murcia tienen ausencia de defectos formales (legibilidad y numeración de copias) (C-8) estando la media global en el 36,70% y el 20% presentan bibliografía (C-9), media algo inferior al 22,78% del total de protocolos nacionales.

Del total de incumplimientos el mayor porcentaje corresponden al criterio 7 sobre índice paginado, el 17,54%, y un 15,78% corresponden a la ausencia de defectos formales, no poseer un mecanismo de evaluación de la calidad, y no cumplir con la definición de protocolo. El 14,03% corresponden a la ausencia de bibliografía y de un mecanismo de registro de datos.

CONCLUSIONES:

- 1- Los protocolos clínicos de Fisioterapia de A.P. de la comunidad de Murcia tienen una baja calidad formal (3,2 aciertos por protocolo, de los 9 posibles). En relación al total de protocolos nacionales, sólo 3 de los criterios evaluados en los protocolos de la Comunidad de Murcia, están igual o por encima de la media nacional en cumplimientos.
- 2- Es relativamente fácil disminuir un buen número de defectos con medidas sencillas y de fácil aplicación: la inclusión de un índice paginado, de bibliografía y la ausencia de defectos formales supondría un 47,35% de mejora de la calidad formal del protocolo.

Esta comunicación se ha podido realizar con la ayuda de la Beca FIS.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS SEGÚN LOS COORDINADORES DE LOS EAP.

Saura Llamas, J.; Saturno Hernández, P.J. y grupo invest. protocolos.

OBJETIVO:

Averiguar los factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos en atención primaria según los coordinadores de los E.A.P., las razones de su poco uso, y recoger sugerencias para mejorar.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo, descriptivo, de 1 año de duración. Emplazamiento: Los centros de salud de la C.A. de Murcia con actividades protocolizadas al 31 de Diciembre de 1994 (31 centros). Participantes: Los Coordinadores de los E.A.P. y los Responsables de Enfermería de esos centros de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, un total de 62 personas. Se realizó una encuesta telefónica, pilotada previamente, administrada por un entrevistador entrenado en base a dos preguntas abiertas: ¿Por qué cree usted que los profesionales de su centro no utilizan más los protocolos de que disponen?, y ¿Qué sugerencias haría usted para mejorarlos y que se usaran más?. El trabajo de campo lo realizó la empresa IMAES (Junio y Julio 1996).

RESULTADOS:

El grado de respuesta ha sido del 98%.

Respecto a la primera pregunta los Coordinadores (CM) creen que el poco uso se explicaría por el exceso de demanda y falta de tiempo en las consultas (33% del total de respuestas), aunque también se citan los problemas de organización del centro y los defectos de los protocolos. Los resultados son muy similares para los Responsables de Enfermería (RE), predominando el exceso de demanda (39%).

Respecto a la 2ª pregunta los CM. para mejorar su uso sugieren en primer lugar la mejora de los propios protocolos (44,8%), además de mejoras en la organización y formación continuada. Resultados superponibles a los de los RE, destacando la mejora de los documentos de los protocolos (43,5%).

CONCLUSIONES:

Según la opinión de los Coordinadores la causa fundamental del poco uso de los protocolos clínicos es la excesiva presión asistencial. La clave para usarlos más es la mejora de los documentos de los protocolos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *José Saura Llamas*
Centro Salud Barrio del Carmen
C/. Pintor Almela Costa, s/n. - Tlf. 25 35 43
30011 MURCIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS BASES DE DATOS C.M.B.D. DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS GENERALES DE MURCIA. 1996.

Calle Urrea J.E.; Aliaga M.F.; Belda M.A.; Beltrán R.; Chiner J.M.; Egea M.A.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad de las bases de datos C.M.B.D. de los 8 hospitales públicos generales de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los sujetos de estudio han sido las bases de datos C.M.B.D. de los 8 hospitales públicos generales de Murcia. Para su estudio se ha extraído en cada uno, una muestra de 96 HH.CC. (Error tipo $I=0.05$; precisión=0.01; porcentaje de error mas desfavorable:50%) correspondientes al primer trimestre de 1.996.

Para el estudio de las bases de datos se ha procedido a la recodificación de las mismas por una codificadora externa, que ha utilizado para ello la Hª Clínica completa, comparando a continuación lo obtenido por ella con lo que fue codificado en el hospital y remitido al Ministerio de Sanidad. Para la evaluación se han utilizado 16 Criterios de Calidad: El C.M.B.D. tiene que contener el 100% de las altas a los tres meses de producirse el último alta; porcentaje de cumplimentación de los 11 primeros items del C.M.B.D. (Datos administrativos y diagnóstico principal); tanto los datos administrativos como los datos clínicos del C.M.B.D. deben de coincidir con los que aparezcan en la Hª Clínica completa; los GRD's del C.M.B.D. deben de coincidir con los obtenidos a partir de la Hª Clínica completa; el nº de procedimientos diagnósticos debe coincidir con el obtenido con la Hª Clínica así como el de procedimientos quirúrgicos secundarios.

RESULTADOS: El porcentaje de altas codificadas sobre el total de altas fue del 86.6%. El porcentaje de cumplimentación de las 11 primeras variables alcanzó en todos los casos valores cercanos al 100% con la excepción de la residencia (81,2%) y el médico que dio el alta (91.2%). Las variables con mayor porcentaje de discrepancia entre el C.M.B.D. y la Hª Clínica completa fueron: médico (54.28%), procedimiento quirúrgico principal (43,37%), diagnóstico principal (41,33%), variación en la asignación a G.R.D. (33.3%) y residencia (29.11%). El nº de procedimientos diagnósticos fue mayor en el C.M.B.D. que en la Hª Clínica (Media por caso de 0.7 en la Hª Clínica y 0.8 en el C.M.B.D.), al contrario que en los procedimientos quirúrgicos secundarios donde fue menor (0.25 frente a 0.20).

CONCLUSIONES: El mayor porcentaje de discrepancia, y por lo tanto, la mayor oportunidad de mejora, la encontramos en las variables con información clínica y además en la variable residencia y médico que da el alta, siendo estas últimas, variables, que si bien no influyen en la signación a G.R.D. son importantes tanto para la descentralización en la gestión como para la facturación entre CC.AA.. Así mismo la gran variabilidad en la asignación a G.R.D. debe ser tenida en cuenta, máxime cuando el Ministerio de Sanidad tiene previsto introducir el pago por G.R.D. a sus hospitales.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA:

Joseba Calle Urrea

Consejería de Sanidad y Política Social

C/. Ronda de Levante, 11. 4.ª Planta - Tlf. 36 22 46

30008 MURCIA

VALORACIÓN DE LA UTILIZACIÓN AISLADA DEL INFORME DE ALTA-HOJA ESTADÍSTICO CLÍNICA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS DATOS DEL C.M.B.D. 1996.

Calle Urrea J.E.; López J.A.; Pérez M.J.; Ródenas J.; San Eustaquio F.

OBJETIVOS:

Valorar la calidad de los datos C.M.B.D. en los Informes de Alta-Hojas Estadístico Clínicas de los 8 hospitales públicos generales de Murcia.

Material y Métodos: Los sujetos de estudio han sido los Informes de Alta-Hojas Estadístico Clínicas de los 8 hospitales públicos generales de Murcia. Para su estudio se ha extraído en cada uno, una muestra de 96 HH.CC. (Error tipo I=0.05; precisión=0.01; porcentaje de error mas desfavorable:50%) correspondientes al primer trimestre de 1.996.

Para el estudio de los mismos se ha procedido a la codificación, por parte de una codificadora externa, de los datos del C.M.B.D. utilizando para ello primero el Informe de Alta-Hoja Estadístico Clínica y en segundo lugar se ha repetido todo el proceso con la Hª Clínica completa.

Para la evaluación se han utilizado 7 Criterios de Calidad: La fecha de alta y tipo de alta del Informe de Alta-Hoja Estadístico Clínica tienen que coincidir con el que aparece en la Hª Clínica completa; así mismo los datos clínicos a recoger en el C.M.B.D. deben coincidir en ambos documentos.

RESULTADOS:

Las variables con mayor porcentaje de discrepancia fueron las clínicas y por el siguiente orden: Diagnósticos secundarios (34.75%), procedimientos quirúrgicos secundarios (22.73%), procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (19.41%), procedimiento quirúrgico principal (11.31%) y diagnóstico principal (8.42%). En último lugar tenemos la fecha de alta (1.38%) y el tipo de alta (0.63%).

CONCLUSIONES:

Las discrepancias encontradas cuestionan la utilización aislada del Informe de Alta-Hoja Estadístico Clínica para la obtención de los datos del C.M.B.D., debiendo recurrir en algunos casos a la revisión de la Hª Clínica completa.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Joseba Calle Urrea*
 Consejería de Sanidad y Política Social
 C/. Ronda de Levante, 11. 4.ª Planta - Tlf. 36 22 46
 30008 MURCIA

POSTERS

LA EDUCACIÓN MATERNAL POSTPARTO COMO MÉTODO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INFORMACIÓN MEDIANTE VÍDEO.

Saura, M.ª D.; García Boj, I.; Martínez, S.; Sánchez, E.; Contessotto, C.

En los días posteriores al parto, a menudo en condiciones de fragilidad física y psicoafectiva, la madre se enfrenta a un cúmulo de dudas relacionadas con el cuidado del recién nacido, criatura delicada y tiránica al mismo tiempo. La disponibilidad de un bagaje adecuado de conocimientos sobre temas sencillos de manejo del neonato, simplificaría notablemente la convivencia de los padres con el nuevo huésped y reduciría probablemente la demanda de asistencia pediátrica por problemas banales.

El primer objetivo del presente estudio fue identificar las carencias de información sobre cuidados neonatales más relevantes en nuestro medio. Esto se hizo mediante el diseño, realizado gracias a las indicaciones del personal de enfermería de la planta de Pediatría-Ginecología del Hospital Los Arcos, de un cuestionario constituido por 12 preguntas cerradas que 150 pacientes ingresadas en nuestro Centro fueron invitadas a rellenar en las 48-72 horas después del parto. Posteriormente, previo análisis de estos resultados por el equipo investigador, se realizó un vídeo explicativo de las cuestiones planteadas con más frecuencia, que se enseñó diariamente a las madres por el circuito televisivo interno del hospital. Finalmente, se valoró la eficacia de dicho sistema educativo, pasando el mismo cuestionario a otro grupo de 150 puérperas que hubiesen previamente asistido a la proyección, y valorando el incremento de sus conocimientos teóricos sobre atención al recién nacido.

Los resultados, que se comentarán más detalladamente en la sede del congreso, han sido bastante desalentadores. Aunque se apreciara una reducción de casi el 50% en el número de respuestas erróneas tras la sesión de vídeo, todavía se detectó un porcentaje significativo (alrededor del 18%) de madres que seguían sin tener claros temas como la frecuencia de la lactancia, la actitud a seguir ante la aparición de grietas de pezón, la cura del cordón umbilical, la fecha de realización de las pruebas de bioquímica, etc.

Concluimos que, si bien la información proporcionada a través del vídeo mejora aceptablemente la calidad de los conocimientos sanitarios específicos sobre cuidados del recién nacido, muchas de las nuevas madres precisan también una educación más profunda e individualizada que, pese a todo, sigue siendo una tarea insustituible del personal sanitario en su contacto cotidiano con estas pacientes.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Claudio Contessotto Spadetto*
Servicio de Pediatría. Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54
30720 SANTIAGO DE LA RIBERA

MONITORIZACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Clavel Cerón, R.; Daroca Salvador M.T.; López Escar M.; Ruiz Valero C.; Lorente Muñoz I.

INTRODUCCION:

Desde el año 1.992, llevamos en nuestro hospital trabajando para conocer la Incidencia y Prevalencia de las U.P.P. (Úlceras Por Presión).

Pensamos que ya había llegado el momento de buscar un sistema que monitorizara estos indicadores, para que pudieran ser utilizados como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.

OBJETIVO:

Establecer un sistema que nos permitiera conocer de forma continuada los enfermos de riesgo y los portadores de U.P.P. su incidencia y prevalencia.

METODO:

A través de la división enfermera/paciente, cada enfermera/o de referencia controlaba sus enfermos de riesgo y los portadores de U.P.P. La supervisora, a través de un registro comunicaba mensualmente su incidencia. Estos datos, una vez procesados volvían a las unidades.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en Junio de 1.996 fueron:

- Índice de enfermos de riesgo : 5,5 %
- Índice de prevalencia : 1,2 %
- Incidencia de U.P.P.(enfermos de riesgo) : 20,7 %
- Incidencia de U.P.P.(en total de enfermos) : 1,1 %
- Incidencia de U.P.P.(portadores extrahospitalarios) : 0,7 %

FICHA TECNICA:

Total de pacientes : 1.056

Nivel de confianza : 95 %

Índice de error : (5 %

Índice de precisión: (3 %

CONCLUSIONES:

Pensamos que puede ser un sistema tan válido como cualquier otro, pero es necesario que en todos los hospitales de la Región, se conozca la incidencia y prevalencia de las U.P.P. para saber que calidad de cuidados estamos ofreciendo al usuario de los servicios enfermeros.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Rosa Clavel Cerón*
Hospital St.ª M.ª del Rosell
Paseo Alfonso XIII, 61
30203 CARTAGENA

CICLO DE MEJORA EN SANIDAD AMBIENTAL

Martínez-Inglés, J.R.; Gómez Campoy, M.E.; Nieto-Sánchez, E.M.

OBJETIVOS: Evaluar un instrumento de mejora en la recepción de análisis de laboratorio (tiempo y exhaustividad) en Sanidad Ambiental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito: Sección de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud. Intervención: Inicio de un registro (I/96) de solicitudes y recepción de resultados analíticos del agua, con llamada de recuerdo en caso de no recepción. Comparamos los resultados del 1^{er} trimestre del año de 1995 (n=105), con los del 1997 (n=96). Variables a estudio: En cada tipo de petición (Microbiológico/físico-químico, metales pesados y plaguicidas) se midió: tiempo de respuesta (diferencia, en días, entre la fecha de entrada de la muestra y la de salida del informe analítico) y grado de cumplimentación (completo, incompleto y no recibido). Análisis estadístico: *t* de Student y χ^2 de Pearson.

RESULTADOS:

Tiempo de respuesta: media (días) \pm desviación típica			
	1995	1997	<i>p</i>
Micro/FQ	14 \pm 11	7 \pm 3	< 0,05
Plaguicidas	23 \pm 11	40 \pm 28	< 0,05
Metales Pesados	26 \pm 9	20 \pm 8	< 0,05

Cumplimentación: a) completo, b) incompleto, c) no recibido (En porcentajes).							
	1995			1997			<i>p</i>
	a)	b)	c)	a)	b)	c)	
Micro	90,6	9,4	0,0	94,3	1,9	3,8	< 0,05
FQ	93,3	1,3	5,3	98,0	0,0	2,0	0,24
Plaguicidas	69,1	0,0	30,9	59,3	37,2	3,5	< 0,05
Metales pesados	53,7	22,4	23,9	95,9	2,7	1,4	< 0,05

CONCLUSIONES: Desde la implantación de la medida: **1.-** Ha mejorado el tiempo de respuesta para los informes analíticos de microbiología/físicoquímica y metales pesados, pero ha empeorado para los informes de los plaguicidas debido, tal vez, a la interrupción de la actividad en un periodo de 1997. **2.-** La cumplimentación de los informes de resultados ha mejorado en todos los casos excepto en los de físicoquímica, que ya tenían un buen nivel de partida. **3.-** Se ha observado mediante el sistema de registro la gran variabilidad en las peticiones analíticas, por lo que se propone homogeneizarlas.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Juan Ramón Martínez Inglés*
Sección de Sanidad Ambiental. Dirección General Salud.
Consejería Sanidad y Política Social
Ronda de levante, 11 - Tlf. 36 25 77
30008 MURCIA

ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES DE ATENCION PRIMARIA EN LA C.V. 1997.

Aguilar, A.; Lázaro, M.T.; Megía, M.T.; Rabadán, P.; Castell, D.

OBJETIVO: Presentar la evolución, desde 1.991, de las reclamaciones incorporadas al sistema informativo del SAU existente en la CV, como indicador indirecto de satisfacción y secundariamente de calidad, así como el análisis de los aspectos implicados en dicha evolución, entre los que se incluyen tanto los cambios introducidos en la organización de servicios como los debidos a la estabilidad y accesibilidad del SAU y los del propio sistema de información.

MATERIAL Y METODO: Los datos fundamentales proceden de las hojas de reclamaciones, cumplimentadas en toda la red de Atención Primaria y tramitados a través de las 20 Areas de Salud de la CV al Servicio de Atención Primaria y Actividad Asistencial de la Conselleria de Sanidad.

El procesamiento y análisis de los datos se lleva a cabo mediante un programa informático diseñado a tal fin, que proporciona los indicadores de seguimiento.

RESULTADOS y CONCLUSIONES: El actual sistema de reclamaciones ha recibido múltiples influencias, especialmente las referencias legales como la O. 26 marzo 1991, el D. 77/94 de 12 de abril y la C. 9/94.

Desde 1.991 hasta el tercer trimestre del año 1.997 se observa un incremento mantenido en el número de reclamaciones procedentes de At. Primaria, con un aumento global del 142 %.

En 1991 se recopilaban 1302 reclamaciones. En 1996 la cifra global fue de 3.196, lo que supone una tasa de 88 por 100.000 habitantes año. Desde enero hasta julio de 1997 han habido 1.983, manteniéndose prácticamente constante el total anual móvil (TAM).

La proporción de reclamaciones / procesos asistenciales es muy baja ($\approx 1/15000$).

Parte del incremento observado se considera atribuible a la implantación de los SAUs, sin que pueda considerarse alcanzada una «normalidad de uso o estabilidad» que permita diferenciar las variaciones ajenas a la demanda

De los 5 grandes bloques en que se agrupan los 17 motivos de las reclamaciones de At. Primaria, (Acceso, Entorno, Proceso asistencial, Resultados asistenciales y Otros), las debidas a «Acceso a los Servicios Sanitarios» han experimentado un incremento a lo largo del tiempo, representando en la actualidad la causa principal, con aproximadamente el 50% del total de las reclamaciones.

Pese a las variaciones de estos servicios, se ha mantenido una actividad constante interpretada como indicador indirecto de insatisfacción, en la cual queda incorporada una carga importante de percepción subjetiva, de expectativas previas y de otros factores ajenos a la representatividad social de donde proceden.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA:

Antonio Aguilar Valenzuela

Conselleria de Sanidad, Sº de Atención Primaria y Actividad Asistencial. Atención al Usuario
C/. Lauria, 19 - Tlf. 96. 386 80 21 - 46002 VALENCIA

UTILIDAD DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Abellán Serrano, M.ª T. y Equipo de Enfermería Unidad 4.ª Derecha.

OBJETIVO:

- Evaluar el número de informes de enfermería al alta
- Verificar su relación con las necesidades presentadas por los pacientes
- Todos los pacientes dados de alta de esta unidad, que precisen de algún cuidado tras su salida del hospital, lleven un Informe de Enfermería.

MATERIAL Y METODO:

Material: Informes de Enfermería al alta archivados en la unidad. Encuesta realizada a los coordinadores de Centros de Salud de nuestra Area.

- Método:**
- Ordenación cronológica de los informes de enfermería al alta en los primeros 6 meses de 1997 en la unidad.
 - Recogida telefónica sobre las cuestiones planteadas a los coordinadores de los Centros de Salud.

DESARROLLO HISTORICO DE LA UNIDAD

AÑO 1995: La unidad se puso en funcionamiento el 23 de octubre de 1995, en ese momento la cirugía que se realizaba era una cirugía menor con ingreso. La estancia era muy corta (24-48 horas) y los pacientes requerían cuidados poco complejos en las especialidades de Cirugía y Traumatología. En Oftalmología los procesos quirúrgicos eran los mismos que en la actualidad pero al ser nuevo todo el equipo de enfermería supuso no tener los informes de enfermería al alta y por tanto la continuidad de los cuidados como objetivo prioritario.

ABRIL 1996: En la especialidad de cirugía cambio el tipo de paciente, pasando de cirugía mayor de corta estancia a cirugía mayor. Después de una reunión entre el equipo de enfermería, se elaboran los primeros informes de enfermería al alta. No existe estandarización en los cuidados al alta y el circuito es el mismo paciente. Este era entregado en un sobre por la enfermera de turno y responsable del mismo. Ha sido imposible concretar a que centros de salud se derivaron porque en ese momento este dato no se recogía.

Nº DE INFORMES DE ENFERMERIA AL ALTA

Para la recogida de este dato ha sido necesario revisar las copias de los informes de alta que quedan archivados en la unidad, ya que para los procesos no estandarizados en el hospital existe un informe de alta de enfermería con cuatro copias. Una para el paciente, otra para Atención primaria, la unidad y la historia clínica. El informe se divide en tres apartados: -Identificación de problemas al alta; -Recomendaciones de enfermería; -Educación sanitaria al paciente y familia.

RESULTADOS: Los datos que hemos recogido de Febrero a Septiembre de 1997 son los siguientes:

- **OFTALMOLOGÍA:** Cataratas 80. Desprendimientos de retina 63. Glaucomas 2.
- **CIRUGÍA GENERAL.** Como anteriormente he citado estamos en un proceso de estandarización de los informes de enfermería al alta. A pesar de no estar estandarizados el criterio es que todo paciente dado de alta en la unidad con necesidad en la continuidad de los cuidados, ya sea por complejidad en el proceso (ostomizados) o complicación del mismo (absceso de herida quirúrgica). Su alta hospitalaria se acompaña de un informe de enfermería. Como dato en los primeros 6 meses se han realizado 33.

Fístulas Anales ... 2 Patología intestinal . 8 Mastectomías ... 4 Abscesos 10

Pie diabético 3 Pie isquémico 2 Sinus pilonidal . 3 Traumat. torácico ... 1

A la vista de estos datos, el objetivo que nos habíamos propuesto en la unidad, se ha cumplido. Pero no sería completo sin tener en cuenta la opinión del receptor de los informes, por lo que elaboramos una encuesta dirigida a los coordinadores de atención primaria de los centros de nuestra área.

- A la pregunta N° de informes recibidos en el centro de salud, la totalidad de coordinadores contestaron que no llevan un registro Y los informes recibidos son pocos y tarde.
- A la pregunta, el nivel de utilidad, el 100% contesta que los que reciben les son útiles en los primeros días de seguimiento.
- A la 3.ª pregunta, modificaciones sobre el documento, todos contestan que no realizarían ninguna.
- A la pregunta sobre si sabe con quien contactar en caso de consulta, 10 saben con quien contactar, 1 no sabe, 1 no lo tiene claro.
- A la pregunta si ha necesitado contactar, 10 contestan que pocas veces, 2 contestan que nunca.
- A la última pregunta, si se le ha resuelto la duda tras contactar, 10 contestan que su duda ha sido resuelta y dos no han tenido dudas.

CONCLUSIONES:

- 1º Es de ayuda para el E.A.P. y paciente ir acompañado de un informe de enfermería al alta.
- 2º La necesidad de evaluar de forma continua el circuito que siguen estos informes hasta llegar al enfermo del E.A.P.
- 3º Debe ser utilizado como elemento de comunicación entre el equipo de enfermería de atención especializada y E.A.P.
- 4º Los informes estandarizados responden a las necesidades detectadas en los pacientes.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Teresa Abellán Serrano*
Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez, s/n
30008 MURCIA

EL LIBRO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SUSPENDIDAS COMO HERRAMIENTAS DE CALIDAD

López Soriano, F.; Rivas López, F.; Pérez Marín, M.J.; Bernal Peñalver, L.

OBJETIVOS:

Estudio de los motivos que provocan la suspensión de pacientes programados para cirugía electiva. Estimación de las causas que son posiblemente evitables.

MATERIAL Y METODOS:

Se han utilizado los libros de quirófano (Programados y suspendidos), agrupando las causa de suspensión, en 7 categorías (falta de tiempo, problemas médicos, no ingresa, complicaciones anestésicas, «falta de...» no precisa cirugía, no consta). Como referencia se utiliza la media ponderada de los años 92 al 96 y se contrasta con los valores al 31 de Julio del 97. Se utiliza la técnica de «Fuera de control» (x+30) para detectar las categorías en las que es necesario intervenir con medidas de control de calidad.

RESULTADOS:

Detectamos 2 categorías fuera de control:

- La falta de tiempo para la cumplimentación del programa quirúrgico, y
- La falta de... (cirujano, material, preoperatorio, etc)

Por observación tabulada apreciamos un problema cronificado: No ingresa el paciente, que en nuestro hospital es la causa mas importante de suspensión quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El estudio del libro de intervenciones programadas suspendidas es una herramienta que bajo las técnicas de fuera de control nos permite detectar problemas de calidad sobre los que son necesaria la actuación inmediata.

La monitorización de las causas evitables permite posibles actuaciones para llevar los niveles de calidad del bloque quirúrgico.

ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA FISIOTERAPIA A LOS PROTOCOLOS.

Medina, F.; Sánchez, S.; Torres, A.I.; Esteban, I.; Salinas, V; Valera, F.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer los aspectos de la práctica asistencial de los fisioterapeutas que más se adecuan a los protocolos.
- 2.- Determinar las variables estructurales que influyen en esta adecuación.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son todos los usuarios atendidos en las Unidades de Fisioterapia de tres Centros de Salud de la Región de Murcia que han sido incluidos en los respectivos protocolos de Cervicalgia, Lumbalgia u Hombro Doloroso entre enero y junio de 1.997, y que han finalizado el tratamiento.

A partir de las principales recomendaciones de cada uno de los citados protocolos se han elaborado 5 criterios de calidad relativos a: la anamnesis o fijación de objetivos (C1), la exploración física (C2 y C3), el número de visitas (C4) y las técnicas terapéuticas empleadas (C5). Se ha revisado el cumplimiento de los criterios en las Fichas Clínicas de Fisioterapia.

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado mediante un análisis descriptivo; la comparación bivalente se ha realizado mediante tablas de contingencia y la prueba de la Ji-cuadrado.

RESULTADOS:

La población de estudio es de 156 individuos entre los 3 centros, 71 incluidos en el protocolo de cervicalgia, 53 en el de lumbalgia y 32 en el de hombro doloroso. El 64'1% son mujeres y la media de edad es de 52 años. Los dos criterios más cumplidos en los protocolos de cervicalgia, lumbalgia y hombro doloroso son el C1 (en el 83'1%, 59'5% y 58'7% respectivamente) y el C4 (69'01%, 69'8% y 78'1%) y el que menos el C5, que corresponde a la aplicación de las técnicas terapéuticas previstas, en el 1'4%, 1'9% y 3'1%. En este último criterio cabe destacar que en el 90'66% de los sujetos se aplican menos técnicas terapéuticas de las recomendadas en el protocolo y en el 1'26% se aplican más.

Los criterios más incumplidos corresponden al protocolo de lumbalgia ($p < 0'05$). No existe relación significativa entre el cumplimiento de criterios y el centro, a excepción del centro C en el protocolo de hombro doloroso ($p < 0'05$). En este mismo centro y problema coexiste otra relación significativa: la proporción entre sujetos derivados a través del médico rehabilitador (especialista) y la derivada directamente por el Equipo de Atención Primaria es mayor a la de otros centros. La vía de procedencia a través del rehabilitador es una variable significativamente muy asociada al incumplimiento de los protocolos de cervicalgia y hombro doloroso ($p < 0'05$).

CONCLUSIONES:

- La adecuación de la práctica asistencial de la Fisioterapia a los protocolos es heterogénea; la recomendaciones de la anamnesis son las que más se adecuan y las que hacen referencia a las técnicas terapéuticas las que menos.
- La accesibilidad a Fisioterapia a través de la vía de especializada (rehabilitador) determina una menor utilización de los protocolos.
- El hecho de que sistemáticamente se apliquen menos técnicas terapéuticas de las recomendadas en el protocolo hace suponer la existencia de falta de tiempo. Corresponde a otro estudio analizar las causas.

IDENTIFICACIÓN DE UN PROBLEMA DE CALIDAD: LA VÍA DE ACCESIBILIDAD A FISIOTERAPIA.

Medina, F.; Sánchez, S.; Torres, A.I.; Esteban, I.; Jimeno, F.J.; Cano, R.

OBJETIVO:

Determinar si la vía de procedencia del usuario a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria influye en el uso de los recursos de ésta.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son todos los usuarios con problemas con sintomatología de cervicalgia, lumbalgia u hombro doloroso que se han atendido en las Unidades de Fisioterapia de 4 Centros de Salud de la Región de Murcia durante los primeros seis meses de 1.997.

Se han revisado y medido en la Ficha Clínica de Fisioterapia de cada usuario variables relativas a las características del mismo, de la vía de procedencia y la utilización de recursos.

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado mediante un análisis descriptivo; la comparación bivariante se ha realizado mediante tablas de contingencia y la prueba de la Ji-cuadrado.

RESULTADOS:

La población de estudio es de 205 individuos entre los 4 centros: 97 catalogados como cervicalgias, 61 como lumbalgias y 47 como hombro doloroso. La vía de procedencia de estos sujetos a la Unidad de Fisioterapia ha sido a través del médico rehabilitador (vía B) en el 39'17% de las cervicalgias, el 44'26% de las lumbalgias y el 65'95% de los hombros dolorosos, el resto ha sido vía directa desde el Equipo de Atención Primaria (vía A).

No existen diferencias significativas entre los diagnósticos etiológicos incluidos en los respectivos grupos de problemas y la vía de procedencia, ni tampoco en relación a la edad y el sexo, siendo el 54'4% mujeres y la edad media es de 53 años.

La media de visitas utilizadas para el tratamiento de los 3 grupos ha sido de 17'6 para la vía A y de 19'9 para la vía B. Para los grupos de problemas de cervicalgia y hombro doloroso la media ha sido siempre superior utilizando la vía B (18'2 frente a 17'3 en cervicalgia y 24'3 frente a 16'7 en hombro doloroso). Sin embargo en el grupo de lumbalgia a pesar de no existir tal relación es destacable que por parte de la vía A se hace una mayor utilización de los tratamientos que requieren menos de 15 visitas (en el 19'3% de los casos) que por parte de la vía B (sólo en el 11'3%).

La frecuencia de las visitas es otro parámetro relacionado con la vía de procedencia. La vía A utiliza más la frecuencia de 3 o menos visitas semanales, mientras que la vía B utiliza preferentemente 4 ó 5 visitas semanales ($p < 0'05$).

CONCLUSIONES:

- La inexistencia de diferencias etarias y diagnósticas entre los usuarios procedentes de la vía especializada y los de la vía de primaria muestra que no existen criterios claros, explícitos y homogéneos en la utilización de una vía u otra.
- Ante similares problemas de salud, la vía de especializada, en general, hace un uso más ineficiente de los recursos de la Fisioterapia que desde el propio nivel de Atención Primaria.
- La utilización de una frecuencia de 3 o menos visitas semanales no parece tener consecuencias negativas sobre los resultados de la atención o, al menos, sobre la cantidad de visitas que se emplean en la atención de los grupos de cervicalgia, lumbalgia y hombro doloroso.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Francesc Medina i Mirapeix*
Facultad de Medicina. Area de Fisioterapia
Facultad de Medicina - Tlf. 36 41 99
MURCIA

EVALUACION DEL PROTOCOLO DE VACUNACION FRENTE AL VIRUS B DE LA HEPATITIS

Pérez Martínez, A.; Martínez Cava, F.I.; Pérez Pastor, F.; López Soriano, F.

OBJETIVO:

La infección por el virus de la Hepatitis B se ha convertido en un problema de salud pública de primera magnitud, hasta el punto de que la Organización Mundial de Salud (OMS) estima en 300 millones el número de personas que padecen infección crónica por este virus en todo el mundo. En este momento no existen un tratamiento eficaz contra la misma, y el elevado coste económico que ocasiona la enfermedad hace necesario el establecimiento de controles de la misma, fundamentalmente con acciones dirigidas hacia la promoción de salud y la protección frente a la infección mediante inmunoprofilaxis. El personal sanitario está incluido entre los grupos de población de riesgo que deben someterse a programas de vacunación, por lo cual en nuestro Centro se inició un protocolo de vacunación que es el objetivo de nuestro estudio. Nuestra pretensión es conocer la situación actual del programa de vacunación frente al virus B de la Hepatitis establecido entre el personal de nuestro Hospital, para conocer la situación actual de dicha iniciativa y establecer, si fuese necesario, medidas correctoras adecuadas que nos permitan corregir los problemas que pudiesen existir, evaluando posteriormente la idoneidad o no de dichas medidas, todo lo cual nos debería conducir a una mejora en la inmunización global del personal de nuestro Centro frente a esta importante enfermedad.

MATERIAL Y METODOS:

Hemos seleccionado una población de 75 individuos, pertenecientes al personal del Centro, a los que se solicitó la cumplimentación de un cuestionario destinado a conocer sus antecedentes personales con relación al programa de vacunación, así como el seguimiento, tanto personal como institucional, que se llevó a cabo con posterioridad. Posteriormente se facilitó a dichos individuos la información necesaria en cada caso para corregir las deficiencias observadas de manera que se pudiese conseguir la correcta inmunoprofilaxis, objetivo fundamental del programa en cuestión.

RESULTADO:

Inicialmente, del total de individuos, un 55% refirió no estar vacunado ni incluso en programa alguno, de los que refirieron estar vacunados, un 31% manifestó no haber realizado seguimiento alguno y en el conjunto de la población estudiada se determinó que un 8% de la misma presentaba un grado de inmunización efectiva frente a la infección. Con posterioridad, se determinó que un 46% de los individuos inicialmente no vacunados se incorporó al programa, con lo que la población vacunada o incluida en el programa se eleva al 70% de éstos, un 4% no ha completado dicho programa o presenta una respuesta diferente, u un 75% se encuentra perfectamente integrada en el mismo, con un seguimiento actualizado y alcanzando un grado de protección efectiva que, con los datos conocidos hasta ahora, cubre al 65% de la población (el resto se encuentra en alguna fase del programa).

CONCLUSIONES:

Es necesario el establecimiento de un protocolo de vacunación perfectamente definido, sometido a un control permanente por parte de personal encargado, para hacer efectivo el proceso de inmunización llevado a cabo; al mismo tiempo y a pesar de toda la difusión realizada, es imprescindible poner a disposición de la población en cuestión toda aquella información frente al virus B de la Hepatitis. Además, a medida que aumenta la difusión, se incrementa el número de personas que se incluyen en nuestro programa, haciendo efectivas de esta manera las medidas adoptadas en su momento.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Alfonso Pérez Martínez*
Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Comarcal del Noroeste
Avda. Miguel Espinosa, 1 - Tlf. 70 27 12. ext. 213
30400 CARAVACA

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS PSÍQUICOS, FÍSICOS Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN DE UNA RESIDENCIA DE 3ª EDAD (PRIMER PASO PARA SATISFACER SUS NECESIDADES).

Gallego Ramírez, M.; Verde Colinas, C.M.; Mariscal Soto, M.A.; Iturregui Gil, M.ª A.; Pacheco Ballarín, D.

OBJETIVOS:

- 1.- Analizar las capacidades psíquicas de los Residentes, mediante un instrumento específico, fiable y eficiente.
- 2.- Analizar las capacidades para la vida diaria y conducta (durante el último mes) de los Residentes.
- 3.- Extraer del conjunto de datos (antes inexistente) mediante su cruce, utilidades para el trabajo de todos los profesionales de la Organización.
- 4.- Armonizar los intereses de: Institución, Usuarios y Trabajadores, motivando a los últimos con el trabajo en equipo y bien hecho.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Dimensiones estudiadas: Estructura. Adecuación: Autonomía de los Residentes. Disfunciones (psíquica, física, social)/Distribución por Pabellones.
- Tipo de Datos utilizados.- Años de Institucionalización; Nivel de Estudios; Diagnósticos: Somáticos y Psíquicos; Autonomía Mental (CEMP), Autonomía en actividades de la vida diaria (AVD). (Estructura de la "materia prima" → Características de los Usuarios).
- Criterios Utilizados.- De estructura.- explícitos: Situación física, psíquica y social de cada Residente/adecuación al Pabellón en que reside.
- Identificación y Muestreo de Casos.- Censo, 250 residentes en 4 pabellones (excluyendo casos no válidos).
- Relación Temporal.- Concurrente y/o Retrospectiva (Realizada entre el 15 y el 30/5/96, referida al mes último).
- Tipo de Revisión.- Interna. Por los profesionales de staff, referidos para el último mes en cada ítem (Su fiabilidad, validez de constructo y de los ítems, es evaluada e informada por el Departamento de Psicología Básica y Metodología de la Universidad de Murcia).
- Fuentes de Datos.- Descriptivos de los Usuarios. Cuestionarios por los profesionales respectivos. Observación directa y entrevista (Pfeiffer).
- Medidas Correctoras Previstas: Tras el análisis de los problemas existentes y su priorización, se analizaría la viabilidad de la intervención, en base a los típicos criterios de (Riesgo, precio, nº de afectados, independencia del exterior, etc.). A priori, el análisis informático de dichos ítems, junto a un diagnóstico psíquico y físico (al menos) aportaría mayor objetividad a decisiones tales como: Menús, Distribución de Usuarios, etc.

RESULTADOS:

- 1.- Se analizan y desglosan los datos, describiendo el estado: físico, psíquico y social de los Residentes, en todo el Centro y por pabellones. Se cruzan variables (p. ej. Movilidad e Incontinencia para prevención de úlceras) así como otras, con fines de asignar terapias ocupacionales, grupos terapéuticos, etc. Como método objetivo y ágil para distribuir personal, por pabellón, categoría, turno y tareas en Residencias de 3ª Edad, según Niveles de Dependencia.
- 2.- Se priorizan los problemas, mediante técnicas de grupo entre los profesionales (Promoción del trabajo en equipo interdisciplinar).
- 3.- Se comparte información y se aporta feed-back, en sesiones multidisciplinares, mostrando los logros, a fin de procurar satisfacción y motivación.
- 4.- Se posibilita la realización rápida de análisis y previsiones estacionales (gracias a los registros informáticos de la base de datos resultante).

CONCLUSIONES:

- 1.- La metodología aquí utilizada, en Residencias similares (sobre todo si se coordina el uso de una herramienta común de medida en Servicios Sociales) puede ser de gran utilidad, fiabilidad y alta eficiencia para conocer el grado de autonomía de la población, sus niveles de dependencia, y asignación de personal basándose en las consiguientes cargas de trabajo.
- 2.- Se objetivan los altos niveles de dependencia de la población residente, muy superiores a los inicialmente supuestos.
- 3.- El deterioro cognitivo es superior en las mujeres respecto a los varones (en ésta Residencia).
- 4.- El estudio realizado, ha aportado soluciones eficientes, a determinados problemas de otros Centros.
- 5.- Quedaron en evidencia, las múltiples necesidades de toda índole, en la Institución.
- 6.- La experiencia individual obtenida a raíz de este trabajo en equipo, nos ha sido de gran utilidad en posteriores puestos de trabajo.

EVALUACION DEL PROCESO DE COMPRAS

Santos Martínez, A.; Bermejo López, I.; Sánchez Pérez, F.

C RITERIOS:

1º- Codificación

2º- Cadencia de petición

3º- Plazo entrega

4º- Rotura Stock

Evaluación de mejora en las Palabras Clave referidas.

Pedidos de nuestro histórico de almacén, artículo tanto almacenables como no almacenables y pedidos a Proveedores.

El método ha sido efectuado durante los meses de Abril - Junio /97 con los datos de todo el Universo temporal, excepto en el criterio de Codificación que es aleatorio y se han elegido 60 casos.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS HAS SIDO:

- Primer criterio, grado de incumplimiento un 44%
- Segundo criterio, grado de incumplimiento un 4%
- Tercer criterio, grado de incumplimiento un 27'17%
- Cuarto criterio, grado de incumplimiento un 1'16%

CONCLUSIONES:

En todos los criterios, haya un grado de cumplimiento alto o bajo, debido a que todos los resultados se clasifican por unos estratos muy concretos, vamos a incidir sobre los que tengan más de un 50% del incumplimiento.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Francisco Sánchez Pérez*
Hospital Morales Meseguer
Suministros
C/. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 36 09 04
30008 MURCIA

EL S.A.P. ¿QUE ACTIVIDAD REALIZA? LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL ROSELL EN 1.997

Quesada Vidal, L.; Cifuentes Díaz, E.; Cegarra González, A.M.; Lucas Moreno, J.M.

OBJETIVOS:

Estudiar la actividad realizada en el SAP y sus principales características.

MATERIAL Y METODOS:

Ambito de Estudio: Un Servicio de Atención al Paciente del H. S.M. del Rosell. Sujetos de Estudio: Atenciones realizadas durante los primeros 6 meses de 1.997. Instrumentación: Se utilizó como la base de datos de actividad. Retrospectivo y descriptivo. Determinaciones: Se calcularon las frecuencias de los distintos motivos de uso del S.A.P. y se estudiaron las siguientes características: persona que solicita la atención, sexo, tipo de atención, lugar, GFH relacionado, causa, tiempo de respuesta y tipo de respuesta.

RESULTADOS:

El número de atenciones realizadas fueron 1.656 en los primeros seis meses. Los pacientes (72%) y sus acompañantes (27%) fueron las personas que más usaron el SAP. El motivo más frecuente fue la solicitud de información (50%), seguido de las quejas verbales (46%). El lugar de atención que más frecuentemente precisó de la actividad del SAP fue el área de Consultas Externas (60%) seguido del área de Hospitalización (22%) y las referidas a los Centros de salud de Atención Primaria (6%).

La solicitud de información tuvo relación con C. Externas en el 53% y con la Hospitalización en el 27%. Los motivos más frecuentes por lo que se solicita la información son sobre el proceso asistencial (47%), sobre las pruebas (19%) y sobre las citaciones (16%).

Las reclamaciones escritas representaron el 0.7% de la actividad del SAP estando el 66% relacionadas con el área de Consultas Externas.

Igualmente las protestas verbales fueron más frecuentes en el área de c. Externas (el 70% de todas ellas). Los factores más frecuentemente encontrados en las C. Externas fueron los problemas de citación y la recepción de pruebas complementarias.

CONCLUSIONES:

La actividad del SAP es en gran parte de Servicio de Información. El área de mayor problemática es la de consultas externas, siendo sus causas principales las tareas de citación y recepción de exámenes complementarios.

RESULTADOS DE UN CICLO COMPLETO DE EVALUACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Santiago García, C.; Gómez Jara, P.; Manzano Cano, J.; Luquin Martínez, R.; Torrano Moreno, F.J.

Detectamos el problema de que existía un número importante de historias clínicas que habiendo sido abiertas con anterioridad, no estaban disponibles en las consultas en el momento de atender a nuestros pacientes.

OBJETIVO:

Mejorar la calidad de la asistencia, reduciendo el número de historias clínicas (previamente abiertas) que no aparecen cuando el paciente acude a consulta médica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un ciclo completo de mejora a partir del problema identificado.

1ª Fase, de evaluación: se siguió el esquema de componentes del Programa Ibérico. El criterio a evaluar fue: "todo paciente citado en consulta médica debe ser atendido con su historia clínica". (Excepción: que no tenga historia clínica). Criterio explícito normativo, que valora datos de proceso y calidad científico-técnica como dimensión. Las unidades de estudio fueron: (1) pacientes de 4 cupos médicos que consultaron durante la 3ª semana de Diciembre; (2) profesionales: personal administrativo del Centro de Salud de Cartagena Oeste; (3) período de tiempo que se evalúa: cada ocasión en el que el paciente acude a consulta médica. Los casos se identificaron de la hoja de consulta diaria de los 4 cupos estudiados (base institucional). Como muestreo se seleccionaron todos los casos que solicitaron cita previa al médico durante la 3ª semana de Diciembre. El personal administrativo desconocía la fecha de la evaluación. La relación temporal con la acción evaluada fue concurrente. El tipo de revisión: interna. Las medidas correctoras previstas: educacionales y cambios estructurales.

2ª Fase, de análisis de las causas y búsqueda de las medidas correctoras: se utilizó el análisis de campos de fuerza y el diagrama de Ishikawa. Se establecieron las siguientes medidas de intervención: (1) colocar una pegatina de color (un color distinto para cada cupo médico) en las historias clínicas; (2) comunicar en el plazo de una semana a archivos los cambios de médico efectuados; (3) tanto el médico como la enfermera facilitarán información al auxiliar administrativo en relación con las historias que por motivos justificados estén fuera de los archivos.

3ª Fase, de implantación de dichas medidas correctoras (seis meses). **4ª Fase, de reevaluación:** se realizó en la tercera semana de Junio de 1997. La sistemática seguida fue la misma de la evaluación.

RESULTADOS:

En la primera evaluación el 8,20% de las consultas fueron atendidas sin poder consultar su historia clínica. En la reevaluación esta cifra descendió al 7,10% (no diferencias significativas, $t=1.17$; $p=0,45$).

CONCLUSIONES:

La intervención no ha sido suficientemente eficaz para reducir el número de pacientes que son atendidos sin consultar su historia. Debemos replantearnos el análisis de causalidad.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Purificación Gómez Jara*
Centro de Salud de Cartagena Oeste
C/. Cabrera, s/n
30202 CARTAGENA

CIRCULO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN CITACIONES A CONSULTAS EXTERNAS

Martínez Pérez, S.; Díaz Escobar, C.; Paredes Sidrach de Cardona, A.; Marcos Navarrete, F.; Aliaga Matás, F.

OBJETIVO:

- * Detección de las consultas externas realizadas no programadas.
- * Análisis de las líneas de acceso a dichas consultas externas por la vía no ordinaria.
- * Establecimiento de acciones de mejora en relación a la remisión de usuarios hacia consultas externas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Material: Registros de Consultas externas. Material Informático

Método: La detección del problema se realizó mediante una tormenta de ideas en reunión con el personal de enfermería de las Consultas Externas del Hospital Morales Meseguer, celebrada el 14 de octubre de 1996.

Junto con dicho problema se detectaron los siguientes:

- 1.- DUPLICIDAD DE HISTORIAS
- 2.- FRANJAS HORARIAS DE CITAS
- 3.- ANULACIÓN DE CITAS Y DESCITACIONES
- 4.- REVISIONES POST-HOSPITALIZACIÓN
- 5.- CITACIÓN DESDE CONSULTA EXTERNA
- 6.- DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO
- 7.- FACTURACIÓN

Tras la detección se recogieron datos sobre los circuitos de remisión de pacientes a Consultas Externas, obteniendo entre otros el siguiente:

- * De un total de 14.615 consultas realizadas durante el mes de octubre de 1996, un total de 1365 (9,34%) se corresponde con consultas sin programación previa, lo que supone que aproximadamente al día son vistos en consultas aproximadamente 100 pacientes sin cita previa.

CONCLUSIONES:

Existen cinco «fuentes» de consultas no programadas:

- 1.- Paciente visto en Consulta a quien el especialista comunica que «si se encuentra mal vuelva»
- 2.- Paciente visto en **urgencias** a quién el especialista «cita» , sin haber posibilidad de mecanizarlo por estar la agenda completa o bloqueada para impedir que se sobrepase el número máximo de primeras visitas

- 3.- Pacientes procedentes de los Centros de Salud sin haber sido citados en el Programa Mostrador, o pacientes con volante preferente a quienes indican que venga directamente al Hospital.
- 4.- Pacientes que estando citados en El Carmen acuden aquí por error.
- 5.- Pacientes recomendados.

Estos flujos de pacientes a Consultas Externas tienen como consecuencias dentro de la organización:

- 1.- Aumento del malestar y quejas por parte del usuario externo, al prolongar tiempos de espera innecesarios y derivaciones a otros servicios intermedios.
- 2.- Aumento de las cargas de trabajo tanto en Consultas Externas, como en los servicios de Archivos, Laboratorio y Radiodiagnóstico, debido a demandas «urgentes» por parte de las consultas.
- 3.- Interferencias en el desarrollo normal de la actividad en la consulta.
- 4.- Aumento de tiempos muertos producidos por la localización del personal facultativo, una vez el paciente está en condiciones de ser visto en la consulta.

Tras la detección de los problemas se realizan las siguientes acciones de mejora en las Consultas Externas, monitorizando

las de Oftalmología y ORL por sus características.

- A.- Si el paciente debe ser vuelto a ver en consulta en un período de tiempo determinado, deberá salir citado de la consulta por el propio médico. En las revisiones posteriores al alta hospitalaria, el paciente deberá salir del Hospital con todas las pruebas complementarias solicitadas por el médico (radiografías, analíticas, pruebas especiales, etc...) y citadas con antelación a la fecha de la revisión. **No se darán citas telefónicas a instancia del paciente.**
- B.- Si la agenda SERV. URG está completa, siempre cabe la posibilidad de citar manualmente, sobre el cupo asignado, especificando siempre «Por orden Dr. X» Si la agenda SERV. URG no existe, caso de Cirugía, se creará una prestación R.U. (revisión de urgencias), que se mecanizará.
- C.- Se hará seguimiento para detectar qué Centros de Salud son los que envían pacientes en estas condiciones.
- D.- Se hará seguimiento para detectar igualmente los Centros de Salud de donde proceden e indicarles que especifiquen claramente el lugar de la Consulta.
- E.- Es imprescindible que los pacientes, aunque sean recomendados vengan citados previamente y mecanizados.

PROGRAMA DE RECOMPROBACION DE GRUPO ABO Y RH PREVIA A TRANSFUSION SANGUINEA.

Leal Llopis, J.; García Sánchez, C.; Sidrach de Cardona, A.; Meseguer Liza, C.

OBJETIVO:

Analizar la experiencia del Hospital Morales Meseguer de Murcia en la aplicación de un programa de recomprobación de grupo sanguíneo y Rh a la del paciente antes de ser sometido a transfusión o aquellos pacientes que pueden ser susceptibles de recibirla durante una intervención quirúrgica.

Secundariamente se pretende identificar el citado programa como elemento de calidad asistencial.

MATERIAL Y METODO:

Desde enero de 1.995 hasta la actualidad se viene desarrollando en el Hospital Morales Meseguer un programa complementario a las pruebas pretransfusionales ordinarias, consistente en la recomprobación del grupo sanguíneo y el factor Rh a la cabecera de los pacientes mediante la realización de una leve punción en el pulpejo de un dedo de la mano para obtener 2 ó 3 gotas de sangre que se depositan en unas tarjetas específicas, impregnadas de reactivos liofilizados a los que se les a añadido suero salino fisiológico que permiten realizar una rápida prueba de aglutinación sanguínea.

Una vez realizada la prueba, se coloca al paciente una pulsera identificativa en la que consta el nombre, grupo sanguíneo y factor Rh, y número de historia clínica del mismo.

Los pacientes que se incluyen en el programa cumplen los siguientes criterios: Son pacientes que va a ser cometidos a cirugía susceptible de transfusión según el protocolo preestablecido. O bien, son pacientes que van a ser sometidos a primera transfusión desde su ingreso y no se les ha recomprobado antes.

La justificación del programa viene dada por intentar evitar cualquier transfusión incompatible en grupo sanguíneo y Rh, puesto que podría ser letal para la vida del paciente.

RESULTADOS:

Desde la puesta en marcha del programa de recomprobación hasta septiembre de 1.997 se han realizado en el citado Hospital 2.281 actos transfusionales correspondientes a 1.762 pacientes. Durante este período de tiempo se transfundieron 7.553 unidades de hemoderivados. Los pacientes a los que se les aplicó el programa de recomprobación de grupo sanguíneo y factor Rh se distribuyeron de la siguiente forma:

- 2.745 pacientes que iban a ser sometidos a cirugía programada susceptible de transfusión.
- 982 pacientes que van a recibir una transfusión por primera vez desde su ingreso en la institución y no se les ha recomprobado antes.

En el periodo de estudio se produjeron 51 reacciones transfusionales que obedecieron a la siguiente:

- 51 reacciones transfusionales que obedecieron a la siguiente distribución: 18 urticariales, 31 hipertermias, 12 manifestaciones diversas, 0 reacciones hemolíticas por incompatibilidad del grupo y Rh.

CONCLUSIONES:

- Se consigue un aumento de la seguridad en el acto transfusional.
- Constatación del protocolo de recomprobación como elemento de calidad asistencial, dado que no se ha producido error transfusional alguno en el periodo de aplicación.
- Aumento de la satisfacción tanto del usuario como del personal de la institución, sobre todo de Enfermería.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Jesús Leal Llopis*
Banco de Sangre. Hospital Universitario Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 25 28 94
30008 MURCIA

EFFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Sánchez Lorca, S.; Sevillano González, N.; Soriano Hernández, F.J.; Cortés Angulo, J.

OBJETIVO:

Poner de manifiesto la efectividad de la implantación del protocolo de úlceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se elabora un protocolo con medidas de prevención y una hoja de registro. Para la elaboración de la hoja de registro se utiliza la escala de Norton (modificada), contemplándose medidas de prevención para los pacientes con una valoración superior a 7.

La recogida de datos ha sido realizada a través de cortes transversales en todas las unidades de hospitalización.

RESULTADOS:

En el año 1994 el estándar se sitúa en el 2,9%, obteniéndose el 3,1%. Para el año 1997 el estándar se fija en el 2,5%, habiéndose obtenido en los primeros nueve meses el 2,05%.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que la implantación del protocolo ha supuesto una mejora continua en la prevención de las úlceras por presión.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Jenaro Cortés Angulo*
Unidad de Evaluación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Madrid-Cartagena, s/n
30120 EL PALMAR

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL H.U. “VIRGEN DE LA ARRIXACA”

Soriano Hernández, F.J.; Sánchez Lorca, S.; Sevillano González, N.; Fernández Abellán, P.

JUSTIFICACIÓN:

El registro de las actividades y observaciones de enfermería es una preocupación constante en nuestro colectivo. La importancia de los registros viene dada por :

- ser un elemento imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados.
- constituir un elemento enriquecedor para la experiencia de los profesionales.
- contribuye a fomentar un *corpus* de conocimientos propios.
- sirve de base de datos para la investigación y como punto de referencia para la formación pre-grado y post-grado.
- **constituye un documento legal a efectos jurídicos.**

OBJETIVO:

Asegurar la continuidad de los cuidados enfermeros mediante la cumplimentación de los registros.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se elabora un “check-list”, en base a los registros de nuestro hospital, con los parámetros más significativos y se fija un standar para cada uno de ellos. Durante el periodo estudiado se han ido aumentando progresivamente los standares.

RESULTADOS:

Hemos observado un aumento progresivo en la cumplimentación de los registros durante los años del estudio.

CONCLUSIONES:

Se constata una mejora continua en la cumplimentación de los registros de enfermería.

DIRECCIÓN DE LAS RELACIONES CAUSALES ENTRE CLIMA ORGANIZACIONAL, SATISFACCIÓN LABORAL Y BURNOUT EN EQUIPOS DE A.P.S.

Sáez, C.; García, Saturno, P. ; Urea, A.; Llor, B.; López, A.

INTRODUCCION:

Estudios previos muestran el interés de las relaciones entre el clima organizacional, la satisfacción laboral y el burnout. Sin embargo, la dirección de estas correlaciones no están establecidas. Mediante la técnica de las correlaciones cruzadas, para cuya aplicación es necesario un estudio longitudinal con medidas en dos tiempos, podemos inferir la dirección de tales relaciones.

OBJETIVO:

Analizar las correlaciones entre la satisfacción laboral, el estrés laboral o burnout, y la percepción del clima organizacional en Equipos de Atención Primaria con el fin de averiguar cuáles son las direcciones de las relaciones causales.

MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Longitudinal, con dos medidas separadas por un tiempo de un año. Ámbito del estudio: Nueve EAP de nueva creación en el Área de Salud II (Cartagena) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Sujetos del estudio: 53 profesionales sanitarios y personal de apoyo de los nueve centros de salud señalados.

Instrumentalización: a) En la primera fase (Tiempo 1), transcurrido un año de funcionamiento de cada EAP se aplicó un cuestionario que incluye las escalas de medida de las variables objeto de estudio: satisfacción laboral S10/12 de Meliá y Peiró, 1987), estrés laboral (burnout) (EPB, García, 1995) y clima organizacional de los EAP (López Fernández et al. 1988). b) En la segunda fase (Tiempo 2), después de un año desde la última medición (T1), se aplicó de nuevo los instrumentos antes descritos. Determinación: Los resultados obtenidos se trataron estadísticamente utilizando la técnica de correlaciones cruzadas (cross-lagged panel design).

RESULTADOS:

Encontramos correlaciones significativas entre las tres variables de modo que el clima organizacional se relaciona directamente con la satisfacción laboral e inversamente con el burnout, y la satisfacción laboral se asocia inversamente con el burnout. En cuanto a la dirección de las relaciones causales, el clima organizacional precede a la satisfacción laboral y al burnout, y la satisfacción laboral precede al burnout.

CONCLUSIONES:

La dirección de las relaciones causales encontradas son consistentes con el apoyo teórico, según el cual el clima precede a la satisfacción laboral y esta al burnout. Estos hallazgos son importantes por las implicaciones que pueden tener de cara a una posible intervención organizacional, lo cual llevaría a una mejora en el funcionamiento de los equipos de A.P.S. y por tanto de su calidad asistencial. Sugieren además la elaboración de un modelo teórico explicativo.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Bartolomé Llor Esteban*
Departamento Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería
Fac. Medicina. Campus de Espinardo - Tlf. 30 71 00
30100 ESPINARDO

“NECESIDAD DE HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA UNA CALIDAD ASISTENCIAL”

López Montesinos, M.^a J.; Espinosa Sánchez, M.; Martínez López, N.; Zomeño Ros, A.

OBJETIVOS:

- Identificar las horas de Atención de Enfermería/cama/día que se prestan en un servicio de hospitalización de MI y un servicio de hospitalización de Cirugía, de acuerdo a las horas de Atención de Enfermería que marca el centro, según especialidades.
- Conocer las horas de atención de Enfermería/cama/día que requerirían los pacientes en las unidades objeto de estudio, según las necesidades individuales de los pacientes, con relación a los cuidados de Enfermería.
- Efectuar un análisis comparativo entre unos y otros datos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se contabilizan las horas necesarias de Atención de Enfermería/cama/día en las unidades de hospitalización estudiadas, según las horas establecidas por el Centro, por especialidades, de acuerdo con la fórmula establecida.

Posteriormente se efectúa una clasificación por niveles de dependencia de los pacientes ingresados, según las necesidades cubiertas o descubiertas de los mismos con relación a los cuidados de Enfermería, de acuerdo con el Modelo de cuidados de Enfermería de Virginia Henderson, que detalla las 14 necesidades del individuo y permite una clasificación en sus distintos niveles de atención:

nivel 1- cuidados mínimos. nivel 2- cuidados medios. nivel 3- cuidados máximos.

La recogida de datos se efectúa una vez al mes, durante 7 meses consecutivos, (de febrero a agosto del 96), permitiendo así tomar una muestra en diferentes épocas y situaciones que puedan condicionar el tipo y número de pacientes ingresados.

RESULTADOS: Existe una diferencia de necesidades de horas de Atención de Enfermería/cama/día en cada paciente, desde su ingreso hasta que se produce el alta, dependiendo de su estado, por lo que la prestación de cuidados de enfermería no debe ajustarse a un número de horas establecidas, sino a unas necesidades del individuo que aparezcan cubiertas o no, a lo largo de su estancia hospitalaria, si lo que se pretende es prestar unos cuidados de Enfermería y proporcionar un nivel de calidad ajustado a sus demandas.

CONCLUSIONES: La diferencia de horas de Atención de Enfermería/cama/día según especialidades o niveles de dependencia reales del paciente-cliente, demuestra que no siempre se presta el número correcto de horas, condicionándose así el nivel de satisfacción del usuario y nivel de calidad de los cuidados prestados ante la diferencia de número de personal que generaría las horas de at/enf. que precisan al día.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *María José López Montesinos*
Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería
Campus Espinardo. Facultad de Medicina - Tlf. 36 36 00
30100 ESPINARDO

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE LA METODOLOGÍA DE LOS HEMOCULTIVOS PEDIÁTRICOS.

Rodríguez García, F.; Martínez Saura, C.; Conesa Moreno, A.; Martos Sánchez, F.

OBJETIVOS: Valorar la calidad de las muestras y la metodología usada en los cultivos de sangre pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo transversal de un año de duración (1996-97) de todos los hemocultivos pediátricos solicitados y/o procesados en el Servicio de Microbiología del Hospital Santa M^a del Rosell de Cartagena. Para la calidad de muestras y el procesamiento microbiológico posterior se siguió la metodología recomendada por: el NCCLS, el fabricante de frascos de hemocultivos y el manual de muestras para el laboratorio clínico (INSALUD, 1996).

Los criterios de calidad utilizados y las referencias en las que se basaron fueron: (1) Grado de cumplimentación de la petición (*Rev Calidad Asistencial*, 1991); (2) Volumen de sangre por cultivo (*The Lancet*, 1994); (3) Porcentaje de contaminados (*Clin Microbiol Rev*, 1989).

RESULTADOS: Se analizaron 248 hemocultivos y los resultados de la valoración fueron los siguientes:

• **GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA PETICIÓN:**

1. Nombre completo 83,9 %
2. Fecha de nacimiento 66,1 %
3. Número de historia clínica 72,1 %
4. Servicio 94,3 %
5. Médico que solicita la prueba 85 %
6. Muestra enviada 89,9 %
7. Nombre del enfermero/a que realizó la extracción 0 %
8. Signos/síntomas del enfermo 25,4 %
9. Orientación diagnóstica 66,9 %
10. Tratamiento antimicrobiano previo < 1 %

• **VOLUMEN DE SANGRE:** 8 ml (rango: 1 - 10 ml)

• **PORCENTAJE DE CONTAMINADOS:** 6,05 %

CONCLUSIONES: El volumen de la muestra de sangre, el porcentaje de contaminaciones, con las excepciones de los apartados: nombre del enfermero que realizó la extracción e información sobre el tratamiento antimicrobiano previo, se encuentran dentro del rango recomendado por las entidades de normalización más acreditadas.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: F. Rodríguez García
Servicio de Microgiología. Hospital St.ª M.ª del Rosell
30203 CARTAGENA

PILOTAJE DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN EN EL ENTORNO DE LA MEDICINA INTENSIVA

Martínez Fresneda, M.; Castillo Soria, F.; Ródenas Checa, J.; Gómez Rubí, J.A.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El análisis del “Mix” hospitalario suele obviar los Servicios de Medicina Intensiva dado que su casuística se contempla incluida en la de otros servicios. Se comporta así como un servicio intermedio. Este problema deja sin estudiar un volumen presupuestario entre el 5-9% del total, impidiendo, por otro lado, la correspondiente elaboración de estándares de calidad y sistemas de comparación. Nos proponemos utilizar las herramientas del CIE-9-MC para codificar los episodios de estancia en UCI. Modificamos la concatenación de los mismos de forma que se adapten al enfermo crítico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han utilizado 1.250 episodios consecutivos de ingreso de enfermos críticos en un servicio de Medicina Intensiva multidisciplinar de un hospital universitario de 960 camas. Para efectuar la codificación se ha empleado un sistema basado en códigos ICD-9-CM que agrupa a los diferentes órganos y aparatos en Síndromes, Enfermedades, Procedimientos Quirúrgicos y Médicos. La secuencia de codificación se ha ajustado al orden anterior. Posteriormente se han procesado los datos en un agrupador estándar -DRG All Patients de 3M y se han analizado los resultados en cuanto a agrupaciones y frecuencias relativas.

RESULTADOS:

Los 10 GRDs más frecuentes fueron:

GRD	%	NOMBRE
122	21,08	Trastorno circ. Con IAM sin CC
541	7,58	Trastorno resp. except. Infecciones, bronquitis,
483	6,66	Traqueostomía excepto trastornos de la boca
140	4,16	Angina de Pecho
107	3,91	By-pass coronario sin cateterismo cardíaco
105	3,66	Procedimientos sobre válvulas cardíacas
123	3,50	Trastornos circulatorios con IAM. Exitus
23	3,25	Estupor y Coma no traumáticos
121	3,25	Trastornos circulatorios con IAM y CC

Los criterios de calidad:

CRITERIO	Nº	%
Altas procesadas	1.203	96,24
Altas rechazadas	3	0,24
Diagnósticos por alta	3,31	n.a.
Procedimientos por alta	1,41	n.a.
GRDs inespecíficos (468, 470)	31	2,58
Reingresos	71	5,88

CONCLUSIONES:

- 1ª. El sistema de codificación de altas de UCI produce un CMBD capaz de ser agrupado con sistemas estándares.
- 2ª. El algoritmo de codificación (Síndrome, Enfermedad, Procedimientos) adaptado a los pacientes críticos produce unos datos de agrupación (GRDs) compatibles con los datos generales de cualquier hospital
- 3ª. El número de resultados inespecíficos aún es inaceptablemente elevado (2.58%). El pilotaje demuestra que deben elegirse otros parámetros para las complicaciones quirúrgicas (GRD 468).

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Mariano Martínez Fresneda
Servicio Medicina Intensiva
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Madrid-Cartagena, s/n - 30120 EL PALMAR