Investigación en Calidad Asistencial en la Región de Murcia 1995-2007

70 Proyectos financiados por el Programa EMCA

Edita:

Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Colaboran:

Universidad de Murcia, Servicio Murciano de Salud

Editores:

Parra Hidalgo P., Gomis Cebrián R., Saturno Hernández PJ., Fonseca Miranda Y., Ramón Esparza T., Hukelová H.

Grafismo: (vea)

D. Legal: MU-775-2010

I.S.B.N.: 978-84-96994-40-9

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia

ÍNDICE

Presentación 9

Introducción 11

Proyectos de investigación

1995

1. Análisis de las causas del retraso en la administración de fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio. Estudio piloto

   IP: Felices Abad, Francisco 17

2. Evaluación y mejora de la garantía de calidad total de la asistencia sanitaria de la otitis infecciosa en el Área de Salud II de la Comunidad de Murcia

   IP: Rodríguez García, Francisco 21

3. Diseño y aplicación de un cuestionario de satisfacción del usuario en el Área de Salud de Cartagena

   IP: Quirós Bauset, Celia 25

4. Estudio de los factores que influyen en la lista de espera quirúrgica del Servicio de Cirugía General del Hospital Los Arcos

   IP: González Martínez, Pedro 29

5. Evaluación del uso adecuado de la hospitalización en una población pediátrica de la Región de Murcia

   IP: Lucas Moreno, José Manuel 31

6. La participación del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos

   IP: Gascón Cánovas, Juan José 35

7. Mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria

   IP: Santo González, Armando 37

1996

8. Empleo racional de los antibióticos en Pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo grupo A para el diagnóstico de la faringoamigdalitis

   IP: Contessotto Spadetto, Claudio 39

9. Control de calidad en la nutrición artificial del Hospital General Universitario de Murcia

   IP: Sánchez Álvarez, María del Carmen 43

10. ¿Son fiables los criterios del Insalud para valorar la cartera de servicios? Estudio de la fiabilidad y validez de indicadores

    IP: Gomariz García, Juan José 47

11. Programa de evaluación y mejora de la calidad de las fases pre y post analíticas de las exploraciones analíticas realizadas en el Área VI de la Región de Murcia

    IP: Díez Almajano, José Antonio 49

12. Calidad de las derivaciones de Atención Primaria a Especializada. Estudio ADPES del Área III de Murcia

    IP: Vidal Bugallo, Juan Bautista 55

1997

13. Estudio regional a nivel poblacional de monitorización en el infarto agudo de miocardio: utilización de trombolíticos como indicador de calidad asistencial

IP: Felices Abad, Francisco ____ 61

14. Mejora de la fiabilidad de la recogida y transcripción de los datos de pacientes en el área de hospitalización: ingresos y altas por servicio y adscripción de camas

IP: Carrillo González, Andrés ____ 65

15. Estudio de los efectos psíquicos y físicos del síndrome de burnout en el personal del Hospital Los Arcos: una oportunidad de mejora

IP: Paricio Núnez, Pedro ____ 69

16. Encuesta SERVQUAL a los clientes internos de los servicios centrales del Hospital Los Arcos: utilización como instrumento de evaluación y mejora de la calidad

IP: González Martínez, Pedro ____ 73

17. Programa de garantía de calidad en un Servicio de Medicina Intensiva (UCI): la monitorización de la infección nosocomial

IP: Palazón Sánchez, Antonio César ____ 79

18. Profilaxis antibiótica: optimización de los recursos en la práctica asistencial del Hospital General Universitario de Murcia

IP: Palazón Sánchez, Eugenio Luis ____ 83

19. Administración inadecuada de broncodilatadores y corticoides inhalados a pacientes respiratorios crónicos en el medio hospitalario

IP: Sánchez Nieto, Juan Miguel ____ 87

20. Programa de evaluación y mejora de la calidad aplicado al desarrollo del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)

IP: Herranz Valera, José Javier ____ 91

21. Criterios de calidad asistencial en la atención al paciente hipertenso

IP: Antón Botella, José Joaquín ____ 95

22. Estudio de la calidad estructural de los registros de enfermería en centros hospitalarios y de atención primaria pertenecientes al Municipio de Murcia

IP: López Montesinos, María José ____ 99

1998

23. Plan para la evaluación y mejora de la calidad asistencial en patología vascular cerebral

IP: Fernández Barreiro, Andrés ____ 103

24. Evaluación y mejora de la atención fisioterápica al paciente con cervicalgia mediante protocolización

IP: Medina Mirapeix, Francesc ____ 107

25. Evaluación de administración de oxígeno intrahospitalario en los pacientes ingresados en Medicina Interna

IP: Caballero Rodríguez, Julián ____ 111

26. Sistema de monitorización de la calidad en aguas de abastecimiento

IP: Gómez Campoy, María Elisa ____ 115

27. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante 1997

IP: Negro Álvarez, José María ____ 117

28. Diseño de una encuesta de satisfacción mediante la participación del usuario en dos zonas básicas de salud

IP: Santiago García, Maricarmen ____ 121

29. La calidad de los Sistemas de Información en Atención Primaria de Salud

IP: Martínez Núñez, Valero ____ 123

30. Influencia del tratamiento inicial y precoz del infarto agudo de miocardio no complicado sobre su morbimortalidad y la estancia hospitalaria

IP: Martínez Hernández, Juan ____ 127

31. Análisis sociodemográfico y valoración por cuestionario de la satisfacción de la población magrebí, con la atención recibida en el Centro de Salud de Torre Pacheco

IP: Martínez Pastor, Antonio ____ 131

32. Evaluación y mejora de los programas de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular y diabetes en la Región de Murcia

IP: Gomis Cebrián, Rafael ____ 135

33. Vigilancia de las resistencias bacterianas y uso racional de antibióticos en Atención Primaria

IP: Ruiz Gómez, Joaquín ____ 139

1999

34. Análisis, evaluación y mejora de la calidad científico - técnica en la atención fisioterápica al paciente con cervicalgia en Atención Primaria

IP: Medina Mirapeix, Francesc ____ 141

35. Valoración de la calidad percibida en los servicios prestados por el Hospital Los Arcos a los médicos de atención primaria mediante la encuesta SERVQUAL

IP: Almarza Meza, José Luis ____ 145

36. Análisis de la variabilidad de la práctica médica en la utilización del laboratorio en el Hospital Los Arcos

IP: Contessotto Spadetto, Claudio ____ 149

37. Diseño del Sistema de Información para la recogida del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Unidades de Hospitalización a Domicilio

IP: Ródenas Checa, Julio ____ 151

2000

38. Grado de cumplimiento de las directrices sobre el manejo de pacientes con infarto agudo de miocardio

IP: Melgarejo Moreno, José Antonio ____ 155

39. La adherencia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y el papel de los programas de evaluación y mejora de la calidad

IP: Gascón Cánovas, Juan José ____ 159

40. Evaluación y mejora de la motivación, compromiso y dedicación en el colectivo de enfermería hospitalaria

IP: Sánchez Nieto, Juan Miguel ____ 163

41. Detección de gestantes portadoras de S. Agalactiae: mejora del cumplimiento de las recomendaciones y optimización del diagnóstico

IP: Menasalvas Ruiz, Ana Isabel ____ 167

42. Construcción y validación de un informe para evaluar la atención de los usuarios con cervicalgia en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria

IP: Meseguer Henarejos, Ana Belén ____ 169

43. Barreras que influyen en la utilización real de los protocolos de fisioterapia de la Región de Murcia

IP: Montilla Herrador, Joaquina 171

44. Evaluación y mejora de la calidad asistencial del protocolo de selección de pacientes en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria de la hernia inguinal

IP: Sánchez de la Villa, Ginés 175

45. Acercamiento a la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud de Santa María de Gracia con respecto a la asistencia médica recibida: diferencias entre sus expectativas y sus percepciones

IP: Gómez Jara, Purificación 179

46. La demora en la consulta de Atención Primaria: una oportunidad de mejora

IP: García González, Ángel Luis 183

47. La satisfacción del cliente interno en un Área de Atención Primaria: posibilidades de mejora

IP: Ballesteros Pérez, Ana María 187

48. Calidad de prestación de servicios del Centro de Gestión a las Unidades de Provisión. Aplicación de Servqual a los clientes internos

IP: Hernández Vera, Rosario 191

2001

49. Efectividad de un sistema de información personalizada sobre la calidad de prescripción de medicamentos

IP: López - Picazo Ferrer, Julio José 193

50. Encuesta de satisfacción a pacientes inmigrantes usuarios de Servicios de Urgencias Hospitalarias

IP: Madrigal de Torres, Manuel 197

51. Evaluación de un sistema de medición del producto enfermero en Atención Primaria basado en el Sistema de Clasificación de Pacientes ACGs (Ambulatory Care Groups)

IP: López Arroyo, María José 201

52. Análisis de eficiencia orientada a la calidad asistencial en el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

IP: Palacios Sánchez, Mª de los Ángeles 205

53. Estudio inicial sobre adecuación de vías venosas en un Servicio de Urgencia Hospitalario

IP: Manzanera Saura, José Tomás 207

54. Análisis de la eficiencia relativa de los Centros de Atención Primaria del Área II de Cartagena

IP: Palacios Sánchez, Mª de los Ángeles 209

2002

55. Deshabituación a benzodiazepinas en la población adscrita a un centro de salud: ciclo de mejora

IP: Ballesteros Pérez, Ana María 211

56. Rediseño del proceso de atención a mujeres que consultan por síntomas mamarios en Atención Primaria de la Región de Murcia

IP: Aguilar Jiménez, José 215

57. Implantación de una encuesta de calidad percibida en usuarios de Atención Primaria en la Región de Murcia

IP: Más Castillo, Adelia 219

2005

58. Evaluación y mejora de la calidad asistencial prestada a los pacientes con Parada Cardiaca Extrahospitalaria en la Región de Murcia

IP: Requena Meana, Luis Enrique 225

59. Evaluación y mejora de la calidad pre-analítica en los puntos periféricos de toma de muestras del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia

IP: Pérez Ayala, Millán 229

60. Mejora del proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ventilación mecánica no invasiva, mediante una vía clínica basada en la evidencia

IP: Sánchez Nieto, Juan Miguel 231

61. Mejora en la adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en el Hospital José María Morales Meseguer

IP: Soria Aledo, Victoriano 235

62. Hasta Que Tú Quieras

IP: García de León González, Ricardo 243

63. Mejora de la calidad de los cuidados enfermeros en Unidades de Hospitalización mediante el estudio de causas y actitudes que dificultan la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

IP: Ruzafa Martínez, María 251

2006

64. Sistema POSSUM: validación e implantación de una escala para la valoración del riesgo quirúrgico en los hospitales del Servicio Murciano de Salud

IP: Campillo Soto, Álvaro 255

65. Mejora de la calidad en la indicación y cumplimentación de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) mediante intervenciones normativas y asistenciales en un Área de salud de la Región de Murcia

IP: Martínez Jiménez, Alicia 259

66. Diseño de una herramienta de evaluación de la calidad de sitios Web sanitarios

IP: Moreno Rodríguez, Juan Manuel 263

67. Diseño de calidad de la fase de confirmación diagnostica del estudio piloto del programa de cribado de cáncer colorrectal en la Región de Murcia

IP: Morán Sánchez, Senador 271

68. Disminución de errores asociados al circuito de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos citostáticos

IP: León Villar, Josefa 275

69. Evaluación y mejora de la atención fisioterápica implicada en la continuidad de cuidados al paciente hospitalizado

IP: Medina Mirapeix, Francesc 281

2007

70. Mejora de la calidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria mediante el estudio de Causas y Actitudes que dificultan la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

IP: Ruzafa Martínez, María 285

Comisión de Evaluación 289

PRESENTACIÓN

Desde el año 1995, nuestra Región ha venido convocando unas ayudas de investigación innovadoras en su concepción: financiar expresamente proyectos que tengan como objetivo la mejora de la calidad asistencial.

Este no es para nosotros un hecho ni aislado, ni anecdótico, sino el resultado de la prioridad y atención que todos los temas de calidad asistencial ocupan en la agenda sanitaria. Y tampoco es desconocido el liderazgo de nuestra Región para dichos temas, como demuestra el reconocimiento externo con la obtención de diversos galardones de nivel nacional.

La investigación requiere recursos, y nuestras ayudas anuales pretenden minimizar este obstáculo a la misma. Pero también requiere del compromiso y la motivación de los profesionales que, pertenecientes a nuestros centros a los que se encuentran vinculados laboral o estatutariamente, han querido dedicar sus esfuerzos a la investigación con un ámbito de estudio específico: la Región de Murcia.

De los más de 200 proyectos presentados a lo largo de estos 15 años, han sido financiados un centenar de los mismos, con casi 500.000 € de presupuesto regional destinado a ello. La transparencia y publicidad de los procesos de convocatoria, la concurrencia pública de éstos, y el mérito y la capacidad tanto de los proyectos presentados, como de los equipos responsables de su realización, han sido la máxima que ha guiado los procesos de selección de los proyectos financiados.

Entre los objetivos de toda investigación figura el poner a disposición de toda la comunidad científica los resultados obtenidos. Ha sido mucha la producción científica publicada en formato de comunicaciones, ponencias a congresos, reuniones y revistas de muy alta especialización temática. Sin embargo, esta iniciativa nace de la necesidad de contar con un único documento que sistematice y recoja toda la producción científica obtenida. En este sentido, esta publicación recoge lo fundamental de las memorias de investigación de 70 proyectos financiados entre 1995 y 2007, ordenados en una ficha-resumen de formato sencillo y funcional, apto para su interpretación por personal no experto en el tema de investigación.

Con este pequeño paso queremos mostrar, una vez más, nuestro decidido apoyo a las políticas de promoción, difusión y fomento del conocimiento. Felicito en primer lugar a los equipos de investigación, verdaderos artífices de este producto, así como al Programa EMCA de mi Consejería, por su callado trabajo en pro de la mejora de la calidad asistencial de nuestra Región.

Les deseo que utilicen sus contenidos como elementos de referencia para seguir desarrollando nuevas investigaciones en calidad.

María de los Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Resumen de los proyectos financiados por el Programa EMCA (1995 - 2007)

Durante el periodo 1995 -2007 se ha presentado en las respectivas convocatorias un total de 172 proyectos de investigación en Gestión de Calidad en la Región de Murcia, de los cuales el Programa EMCA ha financiado un total de 82 (47,67%).

Año	Total proyectos presentados	Total proyectos aprobados	Total ayuda solicitada	Total ayuda concedida	% sobre total solicitado	Promedio de ayuda concedida por proyecto
1995	39	13	357.281,86 €	60.101,21 €	16,82%	4.623,17 €
1996	11	6	90.608,49 €	30.050,61 €	33,17%	5.008,43 €
1997	15	11	55.286,52 €	37.046,39 €	67,01%	3.367,85 €
1998	18	11	158.222,45 €	42.070,85 €	26,59%	3.824,62 €
1999	15	5	136.783,30 €	42.070,85 €	30,76%	8.414,17 €
2000	18	11	131.049,49 €	48.080,97 €	36,69%	4.371,00 €
2001	9	7	88.515,66 €	48.080,97 €	54,32%	6.868,71 €
2002	10	4	122.233,00 €	31.000,00 €	25,36%	7.750,00 €
2003	*	*	*	*	*	*
2004	*	*	*	*	*	*
2005	19	6	244.594,00 €	46.100,00 €	18,85%	7.683,33 €
2006	12	7	155.814,00 €	48.000,00 €	30,81%	6.857,14 €
2007	6	1	69.328,00 €	9.000,00 €	12,98%	9.000,00 €
TOTAL	**172**	**82**	**1.609.716,77 €**	**441.601,83 €**	**27,43%**	**5.385,39 €**
%	**100**	**47,67**	**100,00**			

Nota: * No realizada convocatoria

Gráfico 1. Ayuda concedida por año y total

La inversión realizada ha sido de 441.602 euros, lo que supone un promedio de 5.385,36 euros por proyecto aprobado.

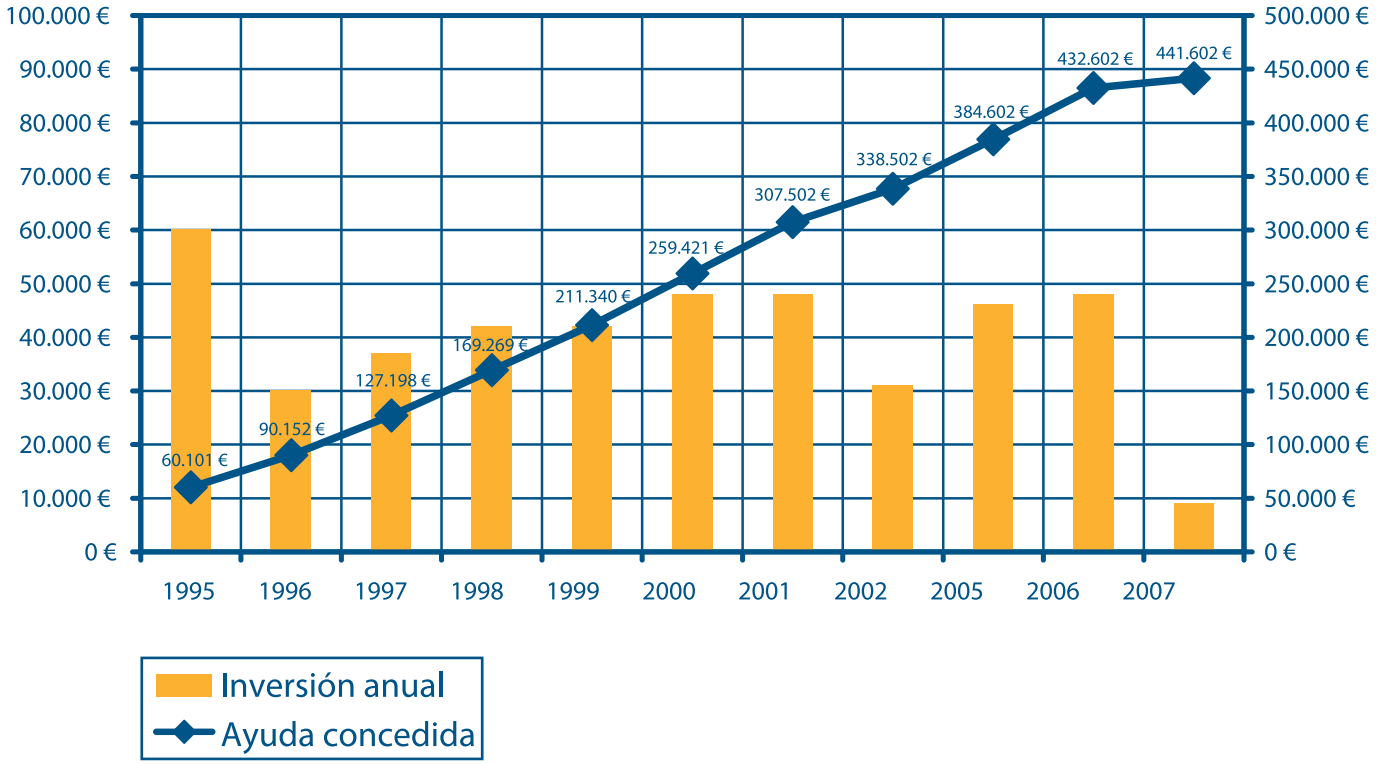


Tabla 2. Centro de procedencia de los investigadores según solicitudes presentadas (1995 - 2007)

Durante este periodo la participación del personal investigador en los proyectos ha sido de 606 profesionales sanitarios (40,76% mujeres y 59,24% hombres).

Total investigadores	Hospitales								Universidades				Atencion Primaria	Gerencia 061	Servicios Centrales		Otros
	HMM	HUVA	HGU	HRM	HSMR	HLA	HVC	HCN	UM	UCAM	UPCT	Otras	CS y GAP	G 061	CSyC	SMS	Otros
606	100	38	52	7	23	55	21	2	54	7	8	3	200	10	19	3	4
606	298								72				200	10	22		4
100%	49,2								11,9				33,0	1,7	3,6		0,7

Gráfico 2. Centros de procedencia de los investigadores

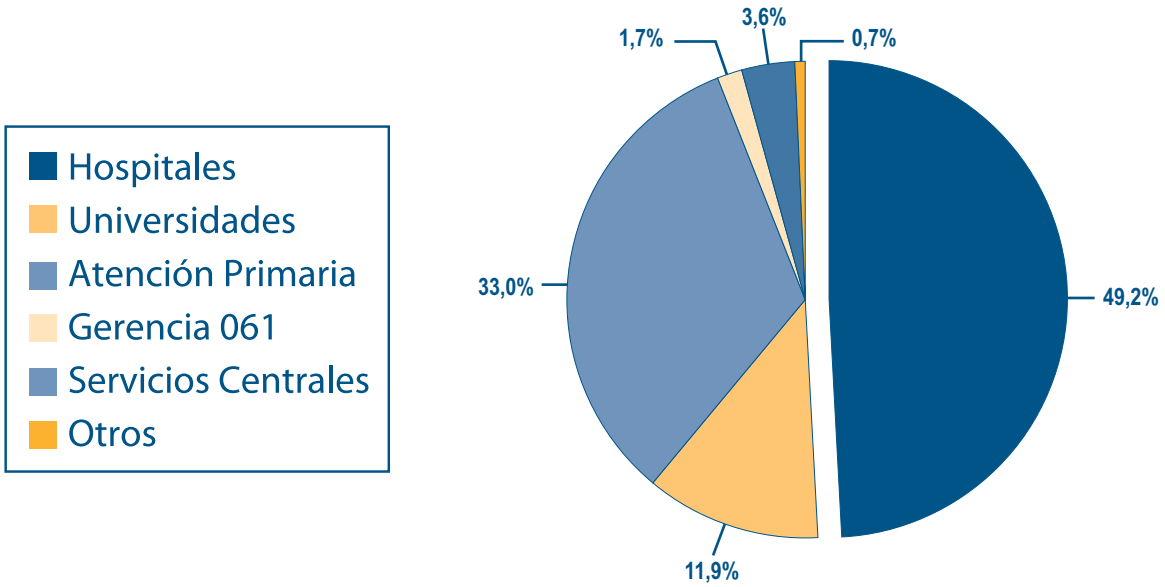


Gráfico 3. Centro de trabajo del investigador principal según proyectos aprobados (1995 - 2007)

En cuanto al centro de procedencia de los investigadores principales de los proyectos aprobados, destacan el Hospital Universitario José María Morales Meseguer, la Universidad de Murcia, Hospital General Universitario Reina Sofía y la Gerencia de Atención Primaria de Murcia que supone el 48,78% del total de los proyectos financiados.

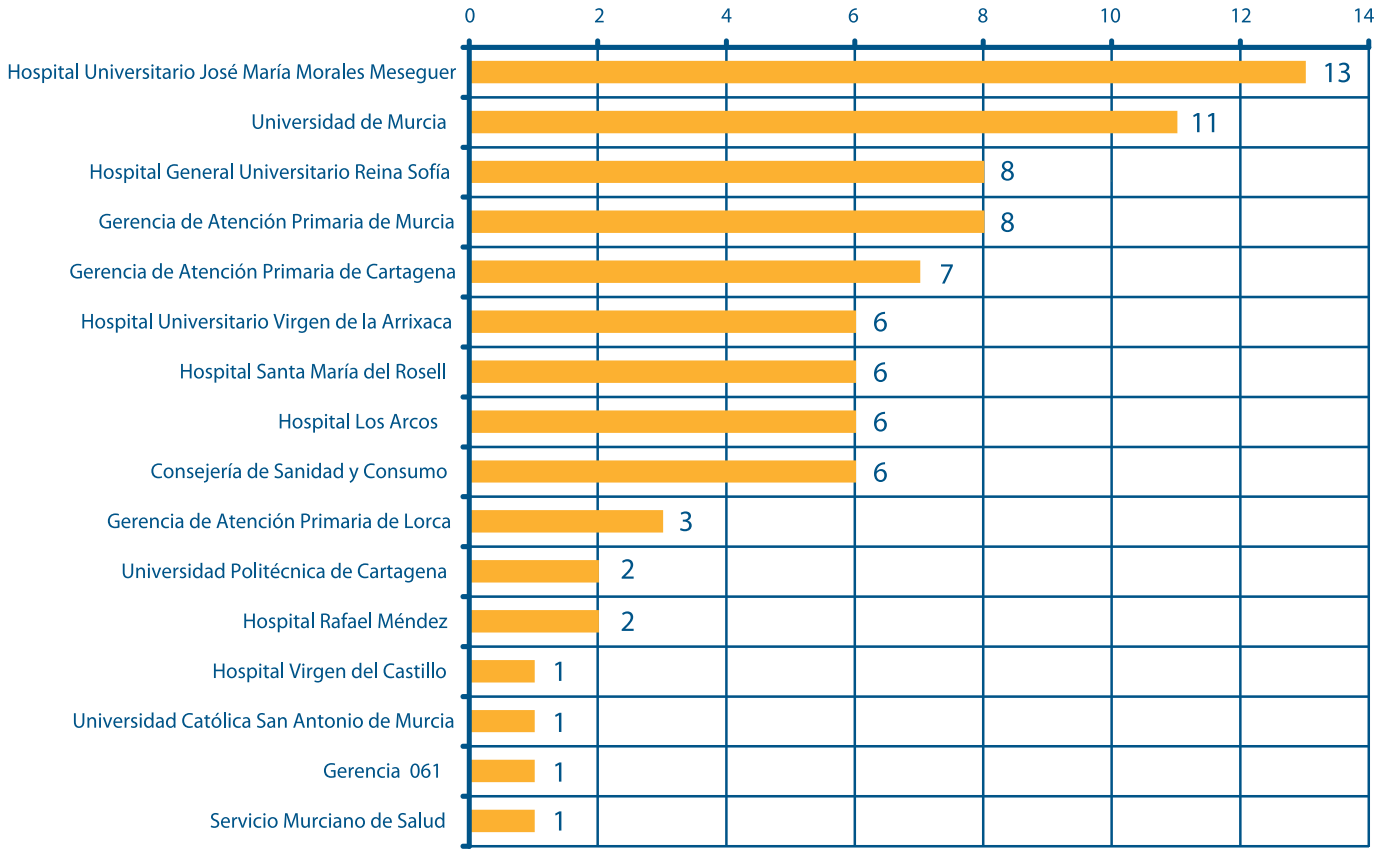
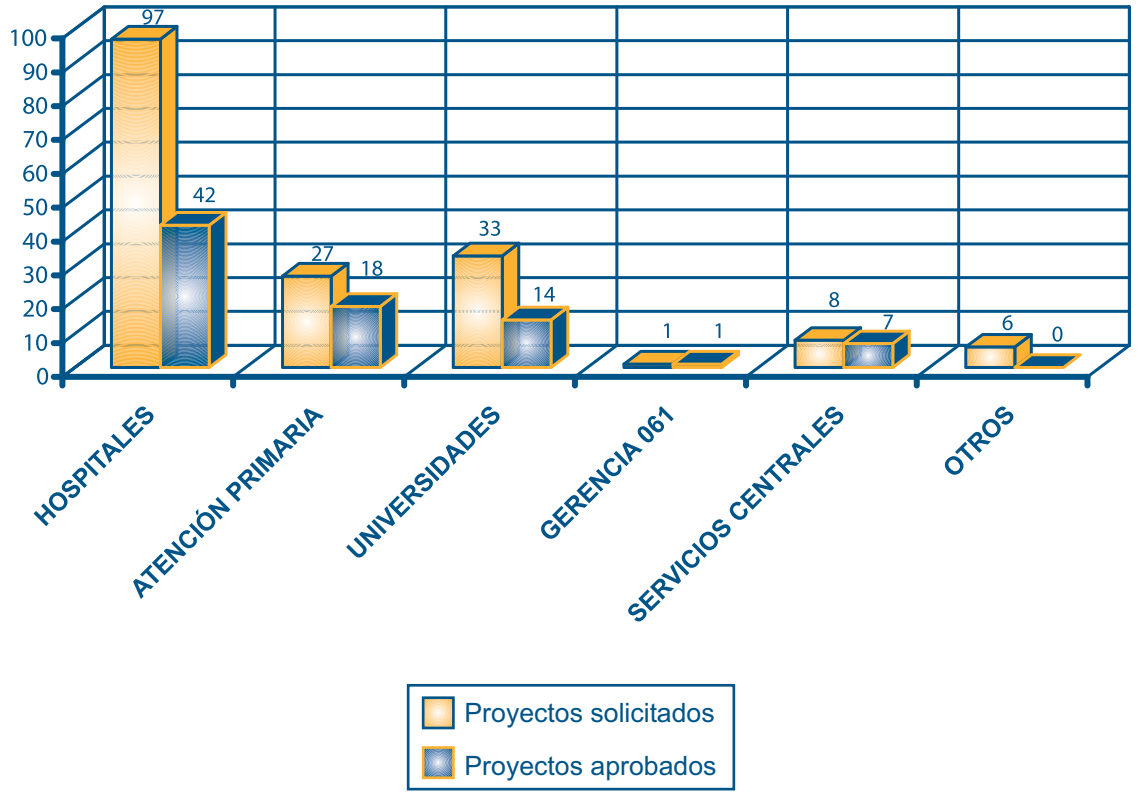


Gráfico 4. Centro de procedencia del investigador principal. Proyectos solicitados y aprobados (1995 - 2007)



Proyectos de investigación

1 Análisis de las causas del retraso en la administración de fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio. Estudio piloto

Investigador principal:	Felices Abad, Francisco
Referencia proyecto:	95/0420
Año:	1995
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Intensiva
Ayuda concedida:	2.704,55 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Infarto agudo de miocardio (IAM). Cardiopatía isquémica (CI). Fibrinolisis. Trombolisis. Tiempo como factor pronóstico en trombolisis

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Análisis del retraso extrahospitalario en la atención a la cardiopatía isquémica (angor e IAM). Analizamos los datos globales y la demora en la llegada al hospital que es imputable al paciente y la que depende del sistema sanitario.

2. Análisis del retraso intrahospitalario para la administración de fibrinolíticos a los pacientes con IAM en prioridad I (trombolisis urgente o sin justificación para la demora). Logrado en base a los resultados obtenidos al analizar todo el grupo (Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital General Universitario y Hospital Santa María del Rosell de Cartagena y los resultados obtenidos al analizar el Hospital General Universitario.

3. Intervención. La intervención que diseñamos consistió en dos acciones:

   1. Priorizar mediante la elaboración de un protocolo de actuación al que llamamos "el paso rápido" desde Urgencias a la UCI del paciente con IAM, con el objetivo de que sea atendido por nosotros en menos de 15 minutos.

   2. Cambiar la estructura de comunicaciones entre Urgencias y la propia UCI. Esta acción fue posible mediante la elaboración de un informe razonado, ante la Dirección-Gerencia del Sistema Murciano de Salud, solicitando un cambio de ubicación del Servicio de Medicina Intensiva (que ya estaba prevista y presupuestada), pero fue mejorada atendiendo a las recomendaciones sugeridas por este proyecto (instalación de un ascensor directo).

4 Reevaluación tras la intervención.

5 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 y los gráficos de control.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Universo: Todos los pacientes con cardiopatía isquémica (IAM y angor) atendidos en las UCI de nuestra Región.

Muestreo: Relativo a la muestra a analizar pacientes de cualquier edad que presenten signos de IAM de menos de 24 horas de evolución.

Criterios de inclusión: Los definidos en el proyecto como indicación 1 (fibrinolisis urgente por presentar todos los requisitos) e indicación 2 (fibrinolisis diferida: el paciente presenta en algún/os de los criterios de inclusión, por lo que se hace necesaria una reevaluación por el intensivista).

Criterios de exclusión: 1. IAM de más de 24 horas de evolución. 2. Angina inestable, y 3. Contraindicación absoluta para fribrinolisis, definida por lo siguiente:

3a. Hemorragia activa o diátesis hemorrágica.

3b. Historia de ictus o lesión estructural del sistema nervioso central.

3c. Cirugía mayor o trauma significativo en los últimos 6 meses.

3d. Punción vascular reciente no comprimible.

3e. Embarazo, lactancia o parto en los últimos 30 días y mujeres en edad fértil sin control adecuado de natalidad.

3f. Cualquier otro cuadro o circunstancia que, a criterio de los investigadores, pueda suponer un riesgo significativo.

Muestra estimada. Unos 100 casos anuales, en función del análisis de la actividad asistencial del Servicio de Medicina Intensiva, de los años 1992,1993 y 1994.

Criterios de evaluación: Estándares o criterios.

1. Datos de filiación de todos los pacientes.

2. Tipo de cardiopatía isquémica: angor inestable o IAM.

3. Porcentaje de IAM fibrinolisado (considerando el global de los casos): igual o superior al 55%.

4. Porcentaje de fribrinolisis en el IAM (con indicación urgente o prioridad 1): superior al 95%.

5. Porcentaje de fibrinolisis en el IAM (con indicación diferida por necesaria reevaluación o prioridad 2): superior al 55%.

6. Retraso total intrahospitalario (tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa en el hospital hasta que se inicia el tratamiento trombolítico): inferior a los 35 minutos.

Se desglosa este retraso intrahospitalario en cuatro indicadores de tiempo (T1, T2, T3 y T4), que son medidos con criterios totalmente objetivos y que expresan diferentes facetas del proceso asistencial: recepción hospitalaria en el Área de Urgencias (T1) y en la UCI (T2), tiempo de circulación (T3) y tiempo de capacidad de decisión (T4) en lo referente al tratamiento fibrinolítico.

7. Complicaciones de la fibrinolisis (estratificadas en cuatro apartados, de menor a mayor gravedad.

8. Diagnóstico final (angor/IAM/otro diagnóstico) en relación con la patología que motivó el ingreso del paciente.

9. Resultado final: vivo/exitus.

Ámbito de estudio: Hospital General Universitario, Hospital Virgen de la Arrixaca y Hospital Santa María del Rosell de Cartagena.

Sujeto de estudio: Todos los pacientes con sospecha de IAM que acuden al Área de Urgencias del Hospital General e ingresan en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 En el marco de un Programa de Garantía de Calidad y de su actividad ciclo de mejora, nuestro estudio representa una "oportunidad de mejora" frente al problema del "retraso" en la administración de fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio (Prioridad I). El retraso extrahospitalario en la atención a la cardiopatía isquémica (CI), (IAM o angor inestable), que ingresa en las UCI de los hospitales públicos de la Región de Murcia, es excesivo. Teniendo en cuenta que el mayor beneficio del uso precoz de los fibrinolíticos se consigue dentro de las dos horas desde el inicio de los síntomas, podemos deducir que "se pierde" o, al menos se minimiza, parte del beneficio terapéutico potencial de estos fármacos.

2 Por medios propios se llega antes al hospital que si se utiliza el sistema sanitario y lo anterior es aún más evidente en los centros ubicados en las áreas urbanas de Murcia y Cartagena (Hospital General Universitario de Murcia y Nuestra Señora del Rosell).

3 En base a las conclusiones anteriores aparecen, al menos, dos nuevas oportunidades de mejora que podrían ser analizadas en futuras investigaciones:

3.1. Acometer sobre bases reales (los tiempos de retraso extrahospitalario (RE) medidos), el muy importante problema del RE (el mayor y, por tanto, el más importante), señalando que, como este 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, para darle solución, contar con el esfuerzo de un grupo de investigadores que lo abordasen y con una implicación institucional a mayor nivel.

3.2. Formación e información dirigida hacia el sistema sanitario extrahospitalario (con valoración de resultados) sobre la importancia del traslado rápido de estos pacientes al centro hospitalario más cercano (no necesariamente al de referencia). Buscando unas frases que fuesen impactantes y que resumieran la idea central del mensaje que desearíamos transmitir, elegiríamos esta: "porque el tiempo es miocardio", "porque el tiempo es vida".

4 La incidencia real de IAM en nuestra Región (atendida en los hospitales públicos), analizada mediante el índice de población tratada (IPT) es casi la mitad de la esperada, lo que puede ser debido a diversas razones que este estudio puede identificar como posibles, sin tener argumentos para pronunciarse.

5 "La importancia de medir". En contra de lo que suponíamos el retraso intrahospitalario de nuestro hospital era excesivo, "inaceptable" en referencia al "patrón de oro" (<35') que representa el nivel de calidad definido en la bibliografía, por lo que la necesidad de plantear una intervención era evidente.

6 El beneficio principal de la intervención realizada fue resolver "el problema" retraso intrahospitalario en el Hospital General Universitario de Murcia. Excepto la mejora en la estructura de comunicaciones entre Urgencias y la UCI, no fueron necesarios más recursos humanos ni materiales. Creemos que este u otro método de intervención debe ser aplicado en aquellos hospitales con una problemática similar a la nuestra (tiempo total de RI mayor de 35 minutos).

7 Dada la repercusión que sobre la morbi-mortalidad del IAM tiene el uso precoz de fibrinolíticos, conocer el retraso intrahospitalario y no actual delimita peligrosamente la frontera de la calidad asistencial, para invadir el terreno de la ética e incluso de la moral.

8 Como beneficios asociados de la intervención realizada destacamos los siguientes:

En el Hospital General Universitario:

8.1. Ahorro de interconsultas. Hemos pasado de la situación previa de "no priorización" o sea numerosas consultas innecesarias entre médicos de la cadena asistencial frente a un paciente que "espera el trombolítico y su corazón que se desespera por no recibirlo", a la actual: un equipo de gente coordinada que hace rápidamente lo que tiene que hacer.

8.2. Incremento de la fibronolisis en Prioridad I (>95%).

En otros centros sanitarios:

8.3. Mejoría sin llegar a la optimización del RI para el tratamiento fibrinolítico en otros hospitales públicos de la Región (Hospital Virgen de la Arrixaca, Rafael Méndez y Nuestra Señora del Rosell), debido, en nuestra opinión, a la divulgación de esta experiencia en el marco de los Seminarios de Formación en Calidad Asistencial del Programa EMCA de la Consejería de Sanidad.

9 Estrechamente relacionado con este proyecto aparecen como campos de investigación en el futuro (oportunidades de mejora), los siguientes:

9.1. Optimizar el tratamiento fibrinolítico en el ámbito de los hospitales comarcales (Los Arcos, Caravaca y Yecla).

9.2. Abordar el RI en pacientes con IAM en Prioridad II.

9.3. Conocer la incidencia de utilización de fibrinolíticos en la Región de Murcia.

10 Completar el ciclo de mejora mediante la monitorización con los gráficos de desarrollo y control nos permite saber no sólo que el proceso es estable actualmente (es decir, su variabilidad es la esperable por azar), sino conocer esa variabilidad de forma continua, lo que posibilita intervenir puntualmente si fuese necesario (si apareciese variabilidad especial).

11 Los gráficos de desarrollo y control son instrumentos muy útiles y de fácil compresión. 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.

2 Evaluación y mejora de la garantía de calidad total de la asistencia sanitaria de la otitis infecciosa en el Área de Salud II de la Comunidad de Murcia

Investigador principal:	Rodríguez García, Francisco
Referencia proyecto:	95/0425
Año:	1995
Organismo:	Instituto Nacional de la Salud
Centro:	Hospital Santa María del Rosell
Departamento/servicio/unidad:	Microbiología
Ayuda concedida:	1.983,34 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	35 meses
Palabras clave:	Calidad. Otitis infecciosa

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Conocer la calidad de la información microbiológica utilizada y de los tratamientos efectuados en enfermos diagnosticados de otitis infecciosa.
2. Difundir toda la información obtenida, entre los profesionales sanitarios de nuestra comunidad.
3. Confeccionar un protocolo de actuación asistencial ante otitis externa y otitis media en la comarca de Cartagena (Área de Salud II de la Comunidad de Murcia).

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo transversal, de tres años de duración con 241 episodios de otitis infecciosa analizados de 202 otitis externa (OE) y 30 otitis media aguda (OMA).

Criterios de evaluación: Pruebas microbiológicas solicitadas, plazo global de entrega (tiempo de transporte + tiempo de respuesta del laboratorio + tiempo de recepción de resultados validados) (PGE = TT + TR + TRRV) de los resultados de las pruebas solicitadas, antibióticos ensayados in vitro e informados, periodicidad de informes microbiológicos globales sobre la tasa de resistencias de los microorganismos más frecuentes aislados y clínicamente correlacionados con esta patología en nuestra comunidad, tratamientos efectuados, y frecuencia, tipo y vía de los antibióticos prescritos.

Ámbito de estudio: Área de Salud II (comarca de Cartagena) de la Comunidad de Murcia, consulta de Atención Primaria (AP) y Otorrinolaringología (ORL) de Atención Especializada (AE).

Sujeto de estudio: Sujeto con una clínica compatible con otitis infecciosa, que acude por primera vez a una consulta de AP y/o AE del área de salud II (comarca de Cartagena) de la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Obj. 1.

Información microbiológica y tratamientos efectuados.

A) Información microbiológica: El cultivo fue la prueba microbiológica más solicitada (100% de los episodios estudiados) y el examen directo (tinción de Gram) apenas se pidió (<1% de los episodios). La solicitud de pruebas microbiológicas no se acompañó de datos clínicos (signos, síntomas y/o diagnóstico inicial), en el 50,3% de los episodios en AP y en el 23,9% de los episodios en AE. Se ensayaron 20 antibióticos frente a las bacterias Gram positivas y 22 frente a las Gram negativas, siendo informados todos ellos. El PGE fue de 3 a 4 días para las consultas de ORL y de 4 a 5 días para las consultas de AP. No se envió ningún informe microbiológico global sobre aislamientos microbianos y/o tasa de resistencias, durante el período evaluado.

B) Tratamientos efectuados y antibióticos prescritos:

b.1) En OE: Gran diversidad de tratamientos distintos (85%), con poca utilización de la limpieza del conducto auditivo externo (CAE), como tratamiento único o previo a la utilización de la terapia antimicrobiana. Elevada proporción de tratamientos basados en la utilización de antibióticos (71,9%), así como excesiva utilización de la vía sistémica (22,9%) de los tratamientos utiliza antimicrobianos por vía sistémica, 25,3% utiliza la tópica junto a la sistémica, y el 14,8% utilizan antifúngicos vía tópica). Ausencia en todos los enfermos estudiados de otitis externa maligna y discreto número de enfermos con alguna enfermedad de base (el 15,6%, todos ellos atendidos en ORL).

b.2) En OMA: Abundante cantidad de tratamientos basados en la utilización de antimicrobianos (94,9%). Gran variedad de antibióticos utilizados, frecuencia de uso: amoxicilina - clavulánico > ciprofloxacino > cefuroxima > cefaclor > neomicina-polimixina B > gentamicina > tobramicina). Considerable utilización de antibióticos vía tópica (21,95%), cuya frecuencia de uso resultó ser ciprofloxacino > gentamicina > tobramicina > polimixina B.

b.3) En OE y/o OMA: elevado número de terapias poliantibióticas.

Obj. 2.

Difusión local de los resultados de la evaluación mediante boletín. Se publicó con el título: ¿Podríamos mejorar la calidad asistencial de las otitis infecciosas en nuestra comunidad?

Obj. 3.

Protocolo de actuación asistencial: "Actuación ante otitis externa y media en la comarca de Cartagena (Área de Salud II). Protocolo aprobado por la Comisión Paritaria Gerencia de Atención Primaria de Cartagena - Hospital Santa María del Rosell el 25 de junio de 1999.

CONCLUSIONES:

1. La utilización del examen directo del CAE es escasa.
2. En los volantes de microbiología se informan con asiduidad antibióticos de uso no recomendado para el tratamiento, y frecuentemente se muestra un excesivo número de antibióticos ensayados in Vitro.
3. El PGE es demasiado largo.
4. En el tratamiento de la OE, se aplica una gran variedad de tratamientos y se prescribe una alta tasa de antibióticos con un cociente vía sistémica - oral / vía local, poco equilibrado.
5. En el tratamiento de la OMA, se prescribe una gran variedad de antibióticos y se observa una alta utilización de la vía local.
6. En el tratamiento de la OE y OMA, se observa una alta tasa de terapia poliantibióticas.
7. Se sugiere valorar la introducción, vía asistencial ordinaria (por ejemplo: Unidad de Calidad, antes de Coordinación) y/o extraordinaria (por ejemplo: Comisión de Infecciones, profilaxis y política de antibiótico de Atención Primaria), de medidas correctoras y su posterior evaluación.

La realización del presente proyecto, cuyo objetivo final era la realización del protocolo de actuación asistencial ante otitis externa y otitis media en la comarca de Cartagena, ha permitido autocoordinarse a distintos profesionales y especialistas de un mismo proceso asistencial, así como introducirles, al disponer de una herramienta de trabajo propia, en un ciclo continuo de mejora de la calidad asistencial.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Otitis externa: ¿Podría mejorarse su asistencia sanitaria? XVI Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cérvico - Facial. Palma de Mallorca, 6-10 de octubre 1996. (Tercer premio en el apartado - las infecciones bacterianas en la esfera de la ORL).

2. Nieto Sánchez María del Carmen. Estudio microbiológico descriptivo de la otitis externa en el Área de Salud II (Comarca de Cartagena) de la Comunidad de Murcia. Análisis de sus posibles implicaciones asistenciales [tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada. Departamento de Microbiología 1996.

3. Rodríguez García F. Coordinación de la Asistencia en las Otitis Infecciosas. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud 1997.

4. ¿Podríamos mejorar la calidad asistencial de las otitis infecciosas en nuestra comunidad? Boletín Informativo de la Comisión Farmacoterapéutica de Atención Primaria (BICOFAP). 1997, VOL. V, nº 16. p. 4-7.

5. Rodríguez F, Calero J, Martínez MC. Aislamiento de Scopulariopsis brevicaulis del conducto auditivo externo en enfermo sometido a drenaje transtimpánico bilateral. IV Congreso Nacional de Micología. Cádiz. 19-21 de noviembre 1998.

6. Rodríguez F, Esteban T, Díaz F, Martínez MC. Sinusitis maxilar crónica no invasiva por paecilomyces variotii. IV Congreso Nacional de Micología. Cádiz. 19-21 de noviembre 1998.

7. Albadalejo JM, Calero JB, Esteban T, Fernández LJ, Fernández MD, Garrido P, Juan F, Martínez B. AM, Martínez P. MC, Nieto C, Paredes A, Peñalver FJ, Rodríguez F, Sánchez F. ¿Puede un protocolo aumentar la colaboración interprofesional y mejorar la asistencia? Revista de Calidad Asistencial 1999;14(6):527-528. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

3 Diseño y aplicación de un cuestionario de satisfacción del usuario en el Área de Salud de Cartagena

Investigadora principal:	Quirós Bauset, Celia
Referencia proyecto:	95/0426
Año:	1995
Organismo:	Insalud
Centro:	Gerencia de Atención Primaria - Cartagena
Departamento/servicio/unidad:	Coordinadora de Equipos de Atención Primaria
Ayuda concedida:	7.115,98 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Programa mejora. Accesibilidad. Servicios sanitarios

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha podido conocer la satisfacción del usuario sobre la atención primaria en salud (APS) del Área de Cartagena, en el ámbito de equipos de atención primaria (EAP).
2. Se ha podido identificar los EAP que presentan resultados deficitarios.
3. Se ha procedido a transmitir la información a los profesionales para que de esta manera, se impulse el desarrollo de medidas que acrecienten el nivel de satisfacción del usuario.
4. Se ha procedido a reevaluar la satisfacción del usuario tras la implementación de medidas correctoras.
5. Anualmente, durante el mes de noviembre, se realiza una encuesta de satisfacción mediante una encuesta poblacional.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal.

Universo: Se utilizó la base de datos de la tarjeta sanitaria en abril (primera encuesta) y septiembre (segunda encuesta) del año 1996.

Muestreo: El muestreo fue por cuotas proporcionales en función de la población adscrita a cada punto asistencial de la zona de salud y del profesional asignado para su atención (médico general / pediatra). Dentro de cada estrato se seleccionan, de manera aleatoria, los usuarios, primero por consulta médica y dentro de ella en el listado de pacientes atendidos. Por cada usuario, se seleccionó una reserva, para el caso de que no quisiera participar en la encuesta o no fuera localizado tras tres llamadas telefónicas realizadas en diferentes horas del día. Tamaño muestral de 30 sujetos por zona de salud, 540 entrevistas en total, en cada uno de las dos fases del estudio.

Ámbito de estudio: Zonas básicas de salud (ZBS) del Área de Salud de Cartagena de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Usuarios que han accedido a consulta de APS del Insalud en el área de Cartagena, en los días 20 y 22 de marzo (primera encuesta) y 13 y 14 de noviembre (segunda encuesta) del año 1996, a través del Programa de Cita Previa y disponían de teléfono.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se han obtenido y analizado los resultados de la primera encuesta de satisfacción para conocer la realidad de la satisfacción por EAP. Se procedió a dar la información a los profesionales mediante una exposición y remisión del informe de situación con los siguientes resultados:

1. En el ámbito de área, los resultados obtenidos en esta encuesta continúan con la trayectoria ascendente observada desde el inicio en 1994. (Encuesta realizada en ese año en el ámbito de Área de Salud, a iniciativa de la Subdirección General de Atención Primaria de Insalud). Aumentando en índice sintético de satisfacción desde el 80% (1994) a un 89% (1996).
2. Los aspectos peor valorados son la facilidad para la obtención de cita (82,0% opinan que es fácil) y el tiempo de espera desde la cita hasta que entra en la consulta médica (64% que es adecuado). La mejora en estos aspectos está dentro del ámbito de trabajo del personal administrativo y no es dificultoso establecer estrategias para su optimización.
3. Un 14,0% de los entrevistados manifestaron espontáneamente quejas. La mayor parte de las mismas se centran en el personal médico (38%, siendo la alta frecuencia de cambio la más destacada) y en las demoras en la relación con atención especializada (21,0%).

De los resultados de esta encuesta parece desprenderse que:

1. La facilidad de obtención de cita y la satisfacción del trato del personal administrativo, hacen aumentar la satisfacción global con la atención primaria.
2. Los usuarios de los centros de cabecera valoran como más difícil la obtención de cita.
3. Los usuarios insatisfechos con el trato del personal administrativo y el tiempo en consulta médica valoran peor el tiempo de espera antes de entrar a la consulta.
4. A raíz de la dinámica creada de estudio de la satisfacción de los usuarios, se ha procedido por parte de la Gerencia, a la instalación de "Buzones de sugerencias", inicialmente en los núcleos cabeceras de cada zona de salud.

5 Durante el mes de noviembre se ha realizado la segunda encuesta de satisfacción, que presenta un índice sintético de satisfacción de 92,8% (81,6% en 1995).

6 Los aspectos peor valorados siguen siendo los de elección horaria (57,0% satisfacción negativa) el tiempo de espera desde la cita hasta que se entra en la consulta (20,3% valoración negativa).

7 Al igual que en la anterior ocasión, de los resultados podemos desprender algunas conclusiones: la dificultad para la obtención de cita no mejora, aumentando la solicitud de la misma con días de antelación y en el propio mostrador. Tampoco se observa mejoría en el tiempo de espera para entrar en consulta.

8 Sin embargo, la evolución es positiva en todos los demás parámetros, con un índice sintético de satisfacción ascendente desde 1994 (80,0%)), 1995 (81,6%), marzo de 1996 (89,0%) y noviembre de 1996 (92,8%).

Los resultados del análisis estadístico de la información:

1 No se observa relación estadística entre la satisfacción del usuario y los distintos indicadores analizados (ni en la relación entre cada indicador y la satisfacción, ni en la construcción de un modelo de regresión múltiple).

- Minutos a demanda.
- Presión asistencial.
- Derivaciones a laboratorio.
- % de consultas domiciliarias.
- % de consultas programadas.
- Derivaciones a especialista.
- Demoras en las derivaciones y analíticas.

2 Los aspectos peor valorados son aspectos externos a la actividad asistencial, básicamente administrativos y relacionados con el acceso a la asistencia. Nos parece interesante profundizar en el conocimiento de las causas y la implementación de medidas correctoras específicas (rediseño de procesos).

3 Las encuestas de satisfacción del usuario en atención primaria resultan una herramienta especialmente útil para detectar problemas relacionados con la atención directa, tanto en el área administrativa como puramente asistencial. La aplicación de medidas correctoras y reevaluación periódica (encuesta anual) permite monitorizar los aspectos que tras las mismas siguen siendo deficitarios.

4 Estudio de los factores que influyen en la lista de espera quirúrgica del Servicio de Cirugía General del Hospital Los Arcos

Investigador principal:	González Martínez, Pedro
Referencia proyecto:	95/0432
Año:	1995
Organismo:	Consejería de Sanidad
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Cirugía General
Ayuda concedida:	3.305,57 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Listas de espera. Rendimientos. Quirófano

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Estudio de las causas de lista de espera: se ha conseguido crear las bases de datos, recoger los mismos y analizarlos en lo referente a:

1.1. Lista de espera: hasta febrero de 1997.

1.2. Rendimientos de quirófano: desde el 19/02/1995 hasta el 29/03/96.

1.3. Análisis de las actividades del Servicio de Cirugía General: se mantienen permanentemente actualizadas las bases de datos hasta mayo de 1997, (fecha de finalización de recogida de datos).

2 Diseño de la intervención:

Vistas las causas, el diseño de la intervención se ha encaminado a:

2.1. Mejorar el aprovechamiento de quirófano.

2.2. Actuaciones sobre el Servicio de Cirugía General.

2.3. Depuración de la lista de espera.

3 Reevaluación:

3.1. Se ha mejorado la utilización de quirófano, aumentando el número de quirófanos utilizados y mejorando la tasa de utilización de los mismos y el promedio de intervenciones diarias.

3.2. Han mejorado los rendimientos quirúrgicos del Servicio de Cirugía General.

3.3. Una vez depurada la lista de espera, y pese a la mejora en los rendimientos de quirófano se ha observado un nuevo aumento del número de pacientes incluidos en la misma, lo que nos indicaría que sigue siendo insuficiente la actividad quirúrgica para atender adecuadamente la demanda de la población dependiente de nuestro hospital.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo, con análisis de los factores internos del hospital, relacionados con las características de lista de espera.

Criterios de evaluación: Que el paciente sea intervenido en los seis primeros meses desde la inclusión en la lista de espera (espera inferior a 180 días).

Ámbito de estudio: Las zonas del Área II de salud de la Región de Murcia enmarcadas en la "comarca del Mar Menor". Con una población de 60.000 a 187.000 habitantes.

Sujeto de estudio: Los pacientes incluidos en la lista de espera para intervenciones programadas por el Servicio de Cirugía General, las actividades asistenciales desarrolladas por los cirujanos del Servicio de Cirugía General desarrolladas en planta, quirófano y consulta externa y las actividades programadas en el área de quirófano del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Se han aumentado los rendimientos de quirófano y la actividad del Servicio de Cirugía General.
2. Se ha depurado la lista de espera, produciéndose una disminución del número de paciente en lista, así como el tiempo de espera.

   No obstante, en la reevaluación se observa un nuevo incremento de la lista de espera, por lo que la intervención diseñada se ha mostrado insuficiente para resolver el problema en su totalidad.

Hemos llegado a las siguientes conclusiones útiles:

1. No existe una adecuada utilización de quirófano, relacionada en parte con la escasez de plantillas y los incumplimientos de horarios.

   Dado que el nombramiento del Coordinador del Área Quirúrgica se ha hecho en época muy reciente no hemos podido evaluar si las medidas que se ha adoptado han mejorado el cumplimiento de horarios, que en principio parecía ser uno de los objetivos.
2. Existe un aumento en lista de espera muy pronunciado en los meses siguientes a la depuración, pese a haber aumentado la plantilla quirúrgica. Esto puede estar relacionado, además con el fuerte crecimiento demográfico que experimenta la comarca del Mar Menor.

5 Evaluación del uso adecuado de la hospitalización en una población pediátrica de la Región de Murcia

Investigador principal:	Lucas Moreno, José Manuel
Referencia proyecto:	95/0435
Año:	1995
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Santa María del Rosell
Departamento/servicio/unidad:	Dirección Gerencia
Ayuda concedida:	2.013,39 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	15 meses
Palabras clave:	Utilización de la hospitalización

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se realizó el estudio aplicando satisfactoriamente el Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol (P-EAP), comprobándose su adaptabilidad a los pacientes pediátricos en los respectivos servicios.
2. Se ha encontrado distinto grado de admisiones y estancias inapropiadas, valorándose las principales variables que influyen en ellas.
3. Se conocen las causas principales que motivan los ingresos y las estancias innecesarias en cada servicio.
4. Al obtenerse diferencias significativas entre servicios, en cuanto a la inadecuación, no se han extrapolado al resto de la población pediátrica.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio transversal. Retrospectivo. Aleatorio.

Muestreo: Se calcula la muestra para cada uno de los Servicios de Pediatría de los servicios referidos, y también para el Servicio de Cirugía Pediátrica. Utilizando los datos del total de ingresos pediátricos realizados en estos servicios en el año 1995, el tamaño muestral se calculó asegurando un nivel de precisión de las estimaciones de ± 5% con un nivel de significación del 5% y una proporción de inadecuación estimada del 50%.

Para evitar un tamaño muestral insuficiente, si no se encontraban en el archivo todas las historias clínicas, se aumentó en un 10% la muestra. Se seleccionaron las admisiones mediante muestreo sistemático del censo de pacientes. Se eligió la muestra de los días de estancia a evaluar, mediante muestreo sistemático de la subpoblación de ingresos previamente elegida.

Criterios de evaluación: La necesidad de admisión se evalúo mediante catorce criterios referentes a la condición del paciente y siete respecto a la intensidad de los cuidados prestados. La validación de uno solo de los criterios es suficiente para considerar el ingreso apropiado. La necesidad de la estancia hospitalizado se evaluó mediante doce criterios referentes a los cuidados médicos, ocho referentes a los de enfermería o de soporte vital, y otros ocho hacen referencia a la situación del paciente. La validación de uno solo de los criterios es suficiente para considerar la estancia apropiada.

Ámbito de estudio: Dos Servicios de Pediatría y uno de Cirugía Pediátrica de dos hospitales públicos de la Región de Murcia, uno universitario y otro comarcal.

Sujeto de estudio: Admisiones y estancias hospitalarias pediátricas durante el período de estudio en mayores de 5 meses, ingresados en dos Servicios de Pediatría de los Hospitales de la CARM (a partir de este momento servicio A y B pediátricos), y en un Servicio de Cirugía Pediátrica (servicio C).

RESULTADOS:

En el Servicio Pediátrico A (hospital comarcal) 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 (65%) la no existencia de plan de tratamiento o evaluación de ese día.

En el Servicio Pediátrico B (hospital terciario y docente) el porcentaje de ingresos inadecuados fue del 17,8% (13,7% al 21,8%), siendo la causa más frecuente (90%) un diagnóstico o tratamiento que pudo hacerse ambulatoriamente. El porcentaje de estancias innecesarias en este servicio fue de 42,1% (37,2% - 47,0%), siendo la causa más frecuente (32%) el estar pendiente de resultados necesarios para la evaluación o tratamiento del paciente.

En el Servicio Pediátrico Quirúrgico C (hospital terciario) el porcentaje de ingresos inadecuados fue del 9,0% (5,8% al 12,1%), siendo la causa más frecuente (57%) un diagnóstico o tratamiento que pudo hacerse ambulatoriamente. El porcentaje de estancias innecesarias en este servicio fue de 28,2% (23,6% - 33,8%), siendo la causa más frecuente (33%) la no existencia de plan de tratamiento o evaluación en ese día.

Las variables relacionadas con la admisión inadecuada fueron: sexo mujer (servicio A), pertenencia a un grupo de edad más joven (servicio B y C), ingreso urgente (servicio C), ingresar en fin de semana (servicio C).

Las variables relacionadas con la inadecuación de la estancia fueron: pertenencia a grupo de edad más joven (servicio A y C), mayor duración del ingreso (servicio B y C), mayor tiempo transcurrido desde el ingreso (servicio A y C), si el ingreso fue también innecesario (servicio A, B y C), estancia en domingo (servicio C).

CONCLUSIONES:

1. El P-AEP es utilizable en nuestro medio, y muestra un alto nivel de reproductibilidad entre revisores, lo que concuerda con los obtenidos por Gertman y Restuccia.

2. El resultado del trabajo muestra un porcentaje de ingresos evitables, que fluctúa entre 3,7% para el Servicio Pediátrico A (hospital comarcal) al 17,8% en el Servicio Pediátrico B (hospital universitario), lo que sugiere que el carácter docente afecta a la inadecuación de los ingresos, aun cuando los servicios B y C pertenecen a un mismo hospital. Estos resultados están en concordancia con los publicados por Kreger que encontró un 10,5% de los ingresos innecesarios, Formby encontró un 13% y Smith quien llegó a encontrar un 29% de inadecuación en las admisiones pediátricas estudiadas.

3. En los tres servicios, la causa más frecuente de ingresos innecesarios se debe a diagnósticos o tratamientos que se podrían haber realizado de manera ambulatoria. Este motivo llega a ser el 90% en el servicio B, tasa muy superior a los otros dos servicios (A: 62%; C: 57%).

   La admisión prematura se configura como el segundo motivo de ingresos inapropiados en el servicio C (25%), lo que justifica por el carácter quirúrgico del mismo.

   Las diferencias en la tasa de ingresos innecesarios se podrían explicar por la participación de los residentes en la decisión del ingreso en el servicio B (ingresos inadecuados 17,8%) que no se da en el servicio C (ingresos inadecuados 9%). El personal facultativo en período de docencia tendría una menor capacidad discriminatoria de la potencialidad ambulatoria de la asistencia. Sería de gran interés poder correlacionar los estadios formativos (años MIR) y la tasa de inadecuación, ya que de confirmarse esta correlación debería incorporarse en su formación la habilidad para decidir si un diagnóstico o tratamiento podría realizarse ambulatoriamente.

4. Las variables que se han visto influyen en el ingreso innecesario son:

   - Sexo en el servicio A, interpretándose como una simple asociación estadística.
   - Los grupos de edad preescolar tienen menor número de ingresos inadecuados en los servicios B y C, al ser el resto de las edades los pediatras más conservadores en la evaluación del ingreso, evidenciándose sobre todo en la edad de lactante en el servicio quirúrgico, dada la dificultad diagnóstica en este tipo de patología y por tanto la preferencia al ingreso para "observación" en este grupo etáreo.
   - El tipo de ingreso programado es significativamente menos veces innecesario en el servicio quirúrgico al ser prevista en la mayoría una intervención al siguiente día.
   - Los días del fin de semana contienen un mayor número de ingresos inapropiados, al tener en ellos más proporción de ingresos por la vía urgente que el resto de los días.

5 Las variables que no tienen influencia en la inadecuación del ingreso son:

- La edad media, la estancia media y el mes.

6 Existe un gran número de estancias innecesarias, variando desde el 23,6% al 42,1%. Al igual que sucede respecto a los ingresos, la proporción de estancias innecesarias del servicio B es (42,1%) significativamente mayor que la observada en los otros dos servicios. Aun cuando la proporción de estancias innecesarias entre el servicio A (23,6%) y el C (28,2%) no difiere significativamente, los motivos de inadecuación son diferentes, ya que en el servicio C se manifiestan causas específicas de servicios quirúrgicos. Por otro lado, aun cuando los servicios A y B son de tipo médico y hay concordancia en cuanto a las causas responsables de la inadecuación, las diferencias organizativas entre ambos servicios provoca distinto peso relativo entre los motivos, así en el servicio A el 65% de las estancias inadecuadas se deben a la ausencia de un plan de tratamiento o evaluación activa, y en el B esta causa sólo representa y explica el 19% de las inadecuaciones, y por contra el "estar pendiente de los resultados" y "retraso por fin de semana" (causas ambas que se asocian a la complejidad organizativa del hospital) representan el 60% de las inadecuaciones en el servicio B, y solamente el 26% en el A.

Este nivel de inadecuación concuerda nuevamente con la literatura, Smith encontró un 22% de inadecuación de las estancias, kemper un 21%, llegando al 54% en una población pediátrica infectada por el VIH, Kreger por el contrario encontró un 13,3% y Formby un 10% de días de cuidados innecesarios.

7 Las variables que influyen en la inadecuación de las estancias son:

- La edad media en el servicio A, con mayor frecuencia en las edades más pequeñas.
- En los grupos de edad se encuentra similar diferencia en las edades de lactante en el servicio quirúrgico. Los lactantes igualmente producen mayor número de estancias innecesarias al ser una edad en donde el pediatra actúa de manera más conservadora.
- La duración del ingreso se relaciona de manera proporcional con el número de estancias innecesarias, en el servicio B y C.
- Igualmente, a mayor tiempo haya transcurrido desde el ingreso la estancia tiene mayor probabilidad de ser innecesaria en todos los servicios siendo significativo en el servicio A y el C.
- Las estancias innecesarias se dan con mayor frecuencia si el ingreso fue así mismo innecesario, en todos los servicios estudiados.
- El día de la semana y que sea fin de semana no provoca mayor número de estancias innecesarias salvo para el domingo en el servicio B. Ello tiene relación con el número de retrasos por fin de semana, más frecuentes en los servicios de mayor complejidad organizativa.

8 Las variables que no influyen en la inadecuación de la estancia son:

El sexo y el mes en el que se produce la estancia.

Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con los referidos por otros autores en estudios de población adulta de la Región de Murcia, así como en otras comunidades de España. Igualmente, estos grados de inadecuación, son similares en otras publicaciones de ámbito internacional.

6 La participación del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos

Investigador principal:	Gascón Cánovas, Juan José
Referencia proyecto:	95/0436
Año:	1995
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina de Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública
Ayuda concedida:	3.606,07 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Indicadores. Calidad. Prescripción

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha analizado y se ha determinado la utilidad del informe del usuario como fuente de información complementaria y, en ocasiones, exclusiva en la elaboración de indicadores de la prescripción y del uso real de medicamentos.
2. Se han elaborado indicadores genéricos y específicos de la prescripción y del uso real de medicamentos utilizando el informe de usuario como fuente de datos.
3. Se han identificado los principales problemas relacionados con la información recibida durante la prescripción y con la dispensación de medicamentos.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, recogiendo mediante un cuestionario la información proporcionada por el usuario sobre los problemas en la prescripción y en la utilización real de medicamentos durante un período de 12 meses.

Muestreo: Se eligió una muestra aleatoria de 1.108 usuarios de 8 centros de salud a partir de las hojas de movimiento de consulta de los últimos 3 meses.

Criterios de evaluación: a) constancia de que los medicamentos referidos por el paciente estaban registrados en la historia clínica; b) posología; y c) información sobre indicaciones especiales del medicamento.

Ámbito de estudio: Ocho centros de salud de Atención Primaria.

Sujeto de estudio: Usuarios atendidos durante los últimos 3 meses en centros de atención primaria de salud.

RESULTADOS:

Obj. 1.

Análisis y determinación de la utilidad del informe del usuario como fuente de información complementaria y, en ocasiones, exclusiva en la elaboración de indicadores de la prescripción y del uso real de medicamentos.

- En los apartados en los que se pregunta la indicación terapéutica del medicamento y el nombre de los medicamentos recetados en los últimos 12 meses la información proporcionada por el informe del usuario no ha sido útil para elaborar indicadores del uso racional de medicamentos en el 6,5±1,2 (se responden signos, síntomas y estados patológicos mal definidos) y en el 9,8± 1,5% (no recuerdan el nombre del medicamento, o éste no aparece en el vademecum) respectivamente.

Obj. 2.

Elaboración de indicadores genéricos y específicos de la prescripción y del uso real de medicamentos utilizando el informe de usuario como fuente de datos.

- A partir de los datos facilitados por el informe del usuario se han elaborado 16 indicadores de la prescripcion y del uso real de medicamentos, de los que el 56% se pueden elaborar únicamente mediante esta fuente de datos (indicadores exclusivos del informe del usuario), mientras que para el resto de indicadores, el informe del usuario puede ser sustituto útil y eficiente de la historia clínica como fuente de información. El 19% son indicadores de tipo específico (utilizan como unidad de estudio la indicación terapéutica del medicamento).

Obj. 3.

Identificación de los principales problemas relacionados con la información recibida durante la prescripción y con la dispensación de medicamentos.

- El problema más frecuente en la calidad de la prescripción y uso racional de medicamentos por el usuario, ha sido la ausencia de información sobre las normas de administración del medicamento, advertencia de uso e interacciones en el uso de medicamentos durante la fase de prescripcion, han constituido el problema más frecuente en la calidad de la prescripción y uso real de medicamentos por el usuario (30,3 ± 5,2).

CONCLUSIONES:

1 El informe del usuario es una fuente de datos útil para elaborar indicadores de la prescripción y del uso racional de medicamentos a la vez que permite completar la información de los medicamentos que no se registran habitualmente en la historia clínica.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Saturno PJ, Gascón JJ. Utilidad y validez del informe del usuario en el análisis integral de la calidad de la prescripción. En: Revista de Calidad Asistencial 1997;12(5):345. (XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

7 Mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria

Investigador principal:	Santo González, Armando
Referencia proyecto:	95/0437
Año:	1995
Organismo:	Insalud
Centro:	Equipo de Atención Primaria. Alquerías
Ayuda concedida:	8.414,17 euros
Fecha de inicio:	Julio de 1995
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Atención primaria. Calidad asistencial. Uso racional de medicamento

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Ya es posible conocer el perfil terapéutico de los médicos de atención primaria a nivel de principio activo.
2. Se puede determinar el nivel de calidad de la prescripción mensual de estos médicos en función del indicador de calidad diseñado.
3. Se está remitiendo con periodicidad bimensual esta información.
4. Junto al informe se propone a los médicos prescriptores cambios en la prescripción que suponen opciones de mejora con el fin de cambiar para mejorar.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo para obtener la cohorte histórica y prospectivo en el momento de implantar la intervención evaluadora.

Ámbito de estudio: Estudio multicéntrico en seis Centros de Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Médicos prescriptores y la prescripción mensual realizada por los mismos.

RESULTADOS:

Se ha observado una mejora de la calidad de la prescripción al haberse producido un aumento del porcentaje de envases y de recetas emitidas que son catalogadas como de uso óptimo.

La curva de regresión obtenida respecto al porcentaje de recetas emitidas indica en el caso de los médicos intervenidos como variable influyente el periodo de intervención, no siendo así en el caso de los médicos control.

Lo mismo sucede con la curva realizada sobre envases prescritos, mientras que en el caso de gasto generado no se observa una relación significativa.

CONCLUSIONES:

1. La intervención ha confirmado la hipótesis de trabajo. La elaboración y difusión hacia los médicos de informes elaborados con indicadores de calidad basados en el análisis por productos y siguiendo los intereses de los propios médicos mejora la calidad de la prescripción en mayor medida que el uso de informes diseñados a partir del análisis por grupos terapéuticos basados en intereses de gestión.
2. Una información detallada de la calidad de la prescripción realizada por los médicos, asociada a recomendaciones para realizar cambios encaminados a mejorar produce una respuesta positiva frente a la actual información remitida sobre indicadores cuantitativos y "cualitativos" que están siendo remitidos por la Gerencia de Atención Primaria.
3. Se han de investigar otras variables influyentes en la ecuación que expliquen en mayor medida la evolución sufrida por los indicadores.

8 Empleo racional de los antibióticos en Pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo grupo A para el diagnóstico de la faringoamigdalitis

Investigador principal:	Contessotto Spadetto, Claudio
Referencia proyecto:	96/1002
Año:	1996
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Pediatría
Ayuda concedida:	4.507,59 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 1996
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Faringitis estreptocócica. Abuso de antibióticos. Test rápido de detección de estreptococos grupo A

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha demostrado que el test rápido para la identificación de estreptococos grupo A (EGA) en faringe es aplicable en cualquier consulta pediátrica, y que es una técnica fiable y válida para subsanar las dificultades de diagnóstico microbiológico propias del medio extrahospitalario.

2. La identificación, por esta técnica, de las infecciones farigoamigdalares debidas a EGA, constituye una base sólida sobre la cual el pediatra puede tomar la decisión de restringir la antibioticoterapia casi exclusivamente a los casos con indicación microbiológica. En nuestra casuística, se logró una reducción en el uso de antibióticos de aproximadamente el 50%.

3. En nuestro estudio, la restricción del uso de antibióticos a la faringitis estreptocócica no se asocia a mayor número de segundas visitas u hospitalizaciones, ni a la aparición de otras complicaciones secundarias. Se ha demostrado, por tanto, que la actitud terapéutica propuesta no implica más riesgos que la actual estrategia del "antibiótico para todo".

4. Los usuarios demuestran un excelente grado de satisfacción por la introducción de este método diagnóstico y, en su gran mayoría, aceptan el cambio de actitud propuesto por su pediatra en pos de un manejo racional de la faringitis en edad pediátrica.

5 Penicilina y derivados siguen siendo los antibióticos de elección para el tratamiento de la faringitis aguda por EGA, siendo el 100% de las cepas sensibles. La utilización de macrólidos deberá ser ponderada en cada caso, ya que existe un número significativo de resistencias emergentes.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se realizó un estudio multicéntrico, aprobado por el comité de ética, ensayos clínicos y deontología de nuestro hospital, con la participación de pediatras del Hospital Los Arcos y de los centros de salud de la correspondiente zona de influencia: San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre Pacheco.

Ámbito de estudio: Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos y en las consultas de Pediatría de los Centros de Salud San Pedro del Pinatar, San Javier y Torre Pacheco.

Sujeto de estudio: Los niños y las niñas de edad comprendida entre 6 meses y 14 años con faringitis y/o amigdalitis aguda diagnosticada clínicamente. Para que el paciente pudiera ser incluido en el estudio, las características clínicas del cuadro debían de ser suficientemente evidentes como para que el médico se planteara el uso de antibiótico. Otros requisitos indispensables fueron: residir en la zona, disponer de contacto telefónico y que los padres firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron los enfermos sometidos a antibioterapia en los 3 días anteriores a la visita (10 días si se trataba de penicilinas retardadas o azitromicina), aquellos con inmunodeficiencias u otra patología subyacente capaz de alterar la respuesta inmune, así como los que tuviesen otras infecciones asociadas que condicionaran la administración del antibiótico (otitis media aguda, sinusitis, afectación del tracto respiratorio inferior, etc.). Por este motivo, hubo que excluir 37 pacientes del análisis final de los datos.

RESULTADOS:

Del análisis de los datos obtenidos de los 393 pacientes que cumplieron todos los requisitos del protocolo de investigación, resultó una prevalencia de EGA en faringitis agudas pediátricas cercanas al 30%.

El test rápido estudiado tuvo una sensibilidad superior al 91%, con un valor predictivo negativo del 96,4%. La especificidad de dicha técnica fue del 96,1%, siendo el valor predictivo positivo de más del 90%.

La utilización del test rápido permitió un ahorro de antibióticos de casi el 50% sobre lo esperado, lo que constituye un excelente resultado que, sin embargo, es mejorable, ya que casi un tercio de los antibióticos siguen siendo indicados sin justificación microbiológica.

La evolución clínica fue favorable en todos los casos, siendo destacable el hecho que el número de segundas visitas no aumentó de manera significativa en el grupo de los no tratados, como tampoco lo hizo el porcentaje de hospitalizaciones ni de otras posibles complicaciones de faringitis agudas. El porcentaje de curación microbiológica, es decir de erradicación del germen, no mostró relación con ningún tipo de antibiótico en particular, dependiendo mas bien de la duración de la terapia y de la adhesión a la misma por parte del paciente. No obstante, aun en las mejores condiciones, persistió el 2,7% de portadores crónicos después de la tercera tanda antibiótica.

El grado de satisfacción de los familiares resultó muy elevado en todos los encuestados, independientemente de que el paciente hubiese recibido antibiótico o no.

La utilización de los macrólidos clásicos está probablemente abocada al fracaso en más del 30% de los casos, por la presencia de fenotipos de EGA con resistencia inducida y, más raramente pero con más peso en la ausencia de resultados, con resistencia constitutiva.

CONCLUSIONES:

1. La faringoamigdalitis aguda de la población pediátrica de nuestra zona es de etiología estreptocócica en un porcentaje similar al referido en la literatura para otras regiones de España y del mundo.

2. El test rápido Quick Vue Strep A Test® ofrece una sensibilidad y especificidad adecuadas para orientar sin riesgos el tratamiento, siendo además de fácil manejo y aplicación. Su uso permite una disminución significativa del empleo de antibióticos en esta patología, aunque es evidente una cierta resistencia al cambio de actitud terapéutica por parte del profesional sanitario y del usuario.

3. La gran mayoría de usuarios acepta y está satisfecha de este nuevo enfoque diagnóstico - terapéutico, sobre todo cuando se ve respaldada por una actuación óptima del pediatra: exploración física completa, información detallada de la patología, y actitud lógica y coherente en el manejo de los episodios infecciosos sucesivos.

4. Penicilina y derivados siguen siendo el tratamiento de elección de las faringitis agudas estreptocócicas. La indicación de macrólidos debería reservarse para casos seleccionados de alergia a los anteriores.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Huici A, Ojeda JM, Cascales I. 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. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997. p. 65.

2. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F, Valverde J, Gutiérrez JD. Aceptación y validez de un test rápido de detección de Streptococcus pyogenes para el diagnóstico etiológico de la faringitis aguda del niño. XXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. Murcia, 27 y 28 de noviembre 1998. (Premio a la mejor comunicación de Atención Primaria).

3. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F. High - sensitivity rapid streptococcal test in the management of pharyngotonsillitis in children. Impact of its application in a suburban area of south-eastern Spain. III European Paediatric Congress. Madrid, 24-26 de abril 1998.

4. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F. Validez, aceptación y utilidad de un test rápido de detección de Streptococcus pyogenes para un mejor manejo de la faringitis aguda del niño. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 89-90.

5. Soriano Pérez MJ, Cámara Simón M, Avilés Inglés MJ, Ojeda Escuriet JM, Cascales Barceló I, Contessotto C. Evaluación de una técnica rápida de detección de Streptococcus pyogenes para el diagnóstico etiológico de la faringitis aguda del niño. VIII Reunión sobre Patología Infecciosa en Pediatría. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, 18 y 19 de marzo 1999.

6. Castaños Ortega L, García Rojo A, Huici Azorín A, Avilés Inglés MJ, Cámara Simón M, Contessotto Spadetto C. Impacto de la aplicación de una técnica rápida para la detección de Streptococcus pyogenes en la faringitis aguda del niño. XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Arona (Tenerife), 1-4 de diciembre 1999.

7. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo β- hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. An Esp Pediatr 2000;52(3):212-219.

9 Control de calidad en la nutrición artificial del Hospital General Universitario de Murcia

Investigadora principal:	Sánchez Álvarez, María del Carmen
Referencia proyecto:	96/1004
Año:	1996
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario de Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Intensiva (UCI)
Ayuda concedida:	2.884,86 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 1996
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Control de calidad. Nutrición parenteral

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Primordial: analizar todo el proceso de aplicación de la nutrición parenteral (NP) en un Hospital General.

1. Análisis de los problemas existentes en la aplicación de NP monitorizando todos los aspectos posibles de los mismos.
2. Si encontrásemos deficiencias se planificará una intervención con el objeto de aplicar medidas correctoras.
3. Reevaluación tras la intervención.
4. Monitorización nuevamente de todo el proceso como fase final del ciclo de mejora. Intentaremos cumplir los requisitos de calidad adecuados para cerrar así el círculo de control de calidad.

DISEÑO:

Unidades de estudio:

Universos pacientes. Criterios: C1. Indicación nutrición total parenteral (NTP); C2. Inicio NTP en relación al ayuno previo; C3. Duración NTP; C4. Tipo de pauta NTP; C5. Concordancia aporte calórico; C6. Latencia inicio NTP; criterios 14, 15, 16, 17 y 18. Complicaciones NTP y C19. Obtención de parámetros antropométricos.

Universos bolsas NTP. Criterios: C7. Retraso administración; C8. Errores en la NTP; C9. Interrupción NTP; C10. Devolución bolsas NTP y C11. Rotura de bolsa.

Universos catéteres. Criterios: C13. Implantación de catéteres de vías centrales; C20. Cultivo catéteres utilizados en NTP y C21. Resultado negativo de cultivo de catéteres.

Universos analíticas. Criterio C22. Control bioquímico NTP y C23. Control bioquímico del estado nutricional.

Universos controles bacteriológicos. Criterio C12. Control bacteriológico de las bolsas de NTP.

Criterios de evaluación:

23 criterios distribuidos en siete apartados: 1. Datos de filiación del paciente (criterios 1 al 3); 2. Características de la nutrición parenteral total (TPN, por sus siglas en inglés) (criterios 4 y 5); 3. Metodología TPN (criterios 6 al 12); 4. Complicaciones NTP (criterios 13 al 18); 5. Estudio de parámetros antropométricos (criterio 19); 6. Estudio de catéteres centrales (criterios 20 y 21) y 7. Estudio de parámetros analíticos (criterios 22 y 23).

Ámbito de estudio:

Hospital General Universitario de Murcia.

Sujeto de estudio:

Todos los pacientes sometidos a nutrición parenteral. La inclusión de los mismos se realizó tras recibir la petición desde los distintos servicios y establecer la indicación por parte del clínico de nuestro equipo, una vez evaluada la patología subyacente y necesidad de la técnica mediante la situación nutricional del paciente.

CONCLUSIONES:

Universos pacientes

1997

Similares al estándar. (No diferencias significativas):

1. Criterios de complicaciones atribuibles a (NTP): metabólicas, sépticas, insuficiencia cardíaca, hepáticas y biliares.
2. Tipo de pauta.
3. Composición de NTP.
4. Tiempo de NTP.

Diferencias significativas respecto al estándar:

1. Indicación de TPN.
2. Tiempo de ayuno.
3. Control parámetros antropométricos al inicio TPN.
4. Concordancia calórica TPN con respecto a necesidades del paciente.
5. Latencia de inicio de TPN.

INTERVENCIÓN

Mejoría (Estadísticamente significativa):

1. Tiempo de NTP.
2. Obtención de parámetros antropométricos.
3. Complicaciones metabólicas.

Mejoría (no significativa):

1. Indicación de NTP.
2. Latencia inicio de NTP.
3. Complicaciones biliares.

1998

Similares al estándar:

1. Obtención de parámetros antropométricos al inicio TPN.
2. Latencia inicio TPN.
3. Tipo de pauta TPN.
4. Composición para TPN.
5. Complicaciones atribuibles a la NTP: metabólicas, sépticas, insuficiencia cardíaca, hepáticas y biliares.

Diferencias respecto al estándar:

1. Indicación TPN.
2. Tiempo ayuno previo TPN.
3. Tiempo NTP.
4. Concordancia calórica.

Se puede concluir respecto a este universo que si bien la carga de incumplimientos se centra sobre todo en los cuatro últimos parámetros ha existido mejoría tras nuestra intervención aunque sin conseguir alcanzar el "gold estándar". Por tanto, debe existir una nueva reintervención sobre dichos parámetros que copan el mayor tanto por ciento de incumplimientos totales.

Universos bolsas. En este apartado todos los criterios se asemejan, en su resultado, al estándar universal. En dos criterios (interrupción NTP y retraso en la administración de la NTP) se mejora (significativamente) tras nuestra intervención, superándose los niveles aceptados internacionalmente y en ambos casos de forma estadísticamente significativa.

Universos catéteres. Existe una similitud respecto al estándar en el criterio de complicaciones mecánicas respecto a inserción, mantenimiento o retirada del catéter, con mantenimiento del resultado tras la intervención.

En los otros dos criterios que definen el universo:

- Cultivo de punta de catéteres retirados.

- Cultivo negativos de puntas cultivadas.

Malos resultados con porcentajes muy inferiores a los estándares incluso después de las medidas correctoras y que conllevan el mayor porcentaje de incumplimientos tanto de este grupo como del estudio en general.

Universos analíticas. Es este el universo con mayor tanto por ciento de fallos aunque también el que mayor mejoría presenta entre uno y otro período; mejoría que sin embargo no se refleja en las diferencias de los diferentes parámetros con el estándar en la última parte del estudio.

Sin embargo el universo que menor dificultad presenta, al menos bajo nuestro punto de vista, para su corrección y por tanto para la consecución de los estándares, ya que el principal escollo estriba en el tipo de impreso de solicitud de analíticas.

El impreso de solicitud presenta un apartado dedicado a la nutrición pero en el que no se inserta parámetros como la albúmina, pre-albúmina, etc. que deben ser añadidos a mano por el interesado.

Universo bacteriología. Con éxito de cumplimientos con resultados del 100% en concordancia con los estándares aceptado universalmente. En este apartado, por tanto, no fueron necesarias medidas correctoras.

Finales: En general consideramos satisfactorios nuestros resultados tanto "pre" como "post" intervención; sin embargo, y teniendo en cuenta las diferencias finales estadísticamente significativas en muchos de los apartados con respecto a los estándares universales creemos necesario continuar realizando medidas correctoras que nos permitan optimizar nuestro servicio: la NTP.

10 ¿Son fiables los criterios del Insalud para valorar la cartera de servicios? Estudio de la fiabilidad y validez de indicadores

Investigador principal:	Gomariz García, Juan José
Referencia proyecto:	96/1007
Año:	1996
Organismo:	Insalud
Centro:	Centro de Salud San Diego. Lorca
Departamento/servicio/unidad:	Atención Primaria. Centro de Salud
Ayuda concedida:	5.409,11 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 1996
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Fiabilidad. Diabetes. Calidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha llevado a cabo la segunda evaluación de los nueve criterios de la cartera de servicio de diabetes una vez redefinidos más un décimo criterio que en la primera evaluación sí resultó como criterio fiable pero lo incluimos como testigo para comprobar si seguía siendo fiable.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Muestreo: Se evaluaron de forma individual e independiente por cada uno de los dieciséis médicos participantes en el estudio mediante muestreo sistemático aleatorio en cada estrato (médico). La muestra fue de 30 historias clínicas.

Criterios de evaluación: 10 criterios para la segunda evaluación (diagnóstico, anamnesis, valoración, anamnesis sobre la presencia /ausencia de síntomas de repercusión visceral, exploración física, estudio analítico básico, fondo de ojo, electrocardiograma informado, control y consejo sobre medidas higiénico sanitarias).

Ámbito de estudio: Cinco Centros de Salud de la Comunidad de Murcia; cuatro pertenecientes a la Gerencia de Lorca y el quinto perteneciente a la Gerencia de Cartagena.

Sujeto de estudio: Normas técnicas mínimas (NTM) del Insalud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Reevaluación de diabetes.

1 Índice de Kappa.

Al analizar el acuerdo entre los observadores de forma global (el acuerdo de todos los observadores) para cada NTM utilizando el índice de Kappa, los valores globales que se obtienen en todos los casos están por encima del 0,4: valor que indica un acuerdo aceptable.

Si se considera el índice Kappa por centros, se observa en todos ellos Kappa aceptables, incluso superiores al tener en cuenta todos los centros en conjunto.

2 Concordancia General.

Los resultados obtenidos muestran cierta concordancia entre los observadores de forma global, siendo el valor más alto de los dieciséis evaluadores un 93% para la NTM referente a "antecedentes personales".

3 Concordancia específica.

Los resultados obtenidos al analizar la concordancia específica oscilaron entre el 36% del criterio referente a "ejercicio" y el 83% del criterio referente a la hipoglucemia.

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de validar los criterios y mecanismos de evaluación de la actividad asistencial antes de generalizar su uso, y sugiere una probable ausencia o realización parcial de este proceso previo en los criterios utilizados por la administración.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Saturno Hernández PJ, Santiago García C, Gomariz García JJ, Díaz Espiñeira JJ, Gómez Jara P, Latín Martínez R. ¿Son fiables los criterios del Insalud para evaluar la cartera de servicios? Resultados de un estudio de concordancia para normas de atención a hipertensos. Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Granada, 13-16 de noviembre 1996.

2. Santiago García Mª C, Gomariz García JJ, Díaz Espiñeira JJ. Fiabilidad de criterios para medir calidad en evaluaciones multicéntricas. Resultados de un ciclo completo de mejora para normas de atención al hipertenso. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997. p. 21-22.

3. Gomariz García JJ, Santiago García MC, Saturno Hernández PJ, Díaz Espiñeira JJ, Manzano J. Fiabilidad de criterios para medir calidad: resultados de un ciclo completo de mejora para normas de atención al hipertenso. XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Valencia, 10-13 diciembre 1997.

4. Gomariz García JJ, Santiago García MC, Díaz Espiñeira JJ, Gómez Jara P, Luquín Martínez R, Gris Peñas A. Estudio de fiabilidad y validez de indicadores para el programa de diabetes. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 97-98.

11 Programa de evaluación y mejora de la calidad de las fases pre y post analíticas de las exploraciones analíticas realizadas en el Área VI de la Región de Murcia

Investigador principal:	Díez Almajano, José Antonio
Referencia proyecto:	96/1008
Año:	1996
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Laboratorios de análisis clínicos
Ayuda concedida:	3.005,06 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 1996
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Fase preanalítica. Fase postanalítica. Laboratorio. Toma de muestras

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Con carácter general: Se han cuantificado y establecido los indicadores de forma fiable, se ha establecido un programa de evaluación continuo, estable y exhaustivo, se han establecido circuitos de colaboración, evaluación, seguimiento y mejora internos en el laboratorio, eventualmente con la Gerencia de Atención Primaria y con algunos equipos de los centros periféricos. Se ha implicado a personal facultativo, de enfermería y administrativo.

El alcance del programa ha tenido una vocación general dado que el número de pacientes asistidos desde 1996 a 1999 es de casi un millón y han sido evaluadas todas las características en su conjunto a todos ellos. Y uno de los mayores logros conseguidos es la implantación de un programa de evaluación continuo, estable y exhaustivo que permita el seguimiento de los errores planteados y detectar otros que pudieran surgir y adoptar las estrategias de mejora. Como se ha puesto de manifiesto por los cambios en la cumplimentación derivados del uso del Terminal autónomo de Recetas Médicas (TAIR) durante la ejecución del programa.

1 FASE PREANALÍTICA:

1.1. Preparación del paciente.

- En las encuestas realizadas se pone de manifiesto que son minoría las personas que acuden sin estar en ayunas o habiendo tomado fármacos (<10%).

- La información para la preparación del paciente es deficiente y probablemente inteligible.

Estrategias de mejora adoptadas:

- Se ha extendido a todos los centros el uso del catálogo del laboratorio donde se indica la información a dar al paciente para la preparación previa.

- Se han implantado en todos los centros periféricos las hojas informativas de preparación al paciente.

- Se ha difundido la necesidad específica de la preparación para la recogida de la orina para cultivo.

1.2. Toma y recogida de especímenes y muestras.

- Se han cuantificado todos los tipos de error propuestos, por centro periférico.

- Se ha decidido caracterizar los errores en dos tipos (administrativo y de praxis o técnico), pues así se agrupan las causas y los mecanismos de intervención. El primero es más frecuente (espécimen no tomado o recibido) en todos los especímenes a excepción de la sangre recogida en tubo sin anticoagulante (suero con hemólisis).

- Los especímenes con mayores errores e impacto son: la orina, tanto la no recogida de la muestra reciente como la contaminación en ésta para cultivo; y la hemólisis en la sangre tomada en tubo sin anticoagulante.

Estrategias de mejora adoptadas:

- Se ha presentado el programa de evaluación de la calidad de la toma de muestras con carácter general a los centros periféricos, se ha informado de los resultados de la fase de evaluación y se ha concluido la necesidad de la mejora y se han expuesto las acciones a realizar en particular.

- Para combatir específicamente las muestras no recibidas, se ha incorporado en el impreso de petición información al respecto de las muestras y recipientes de recogida de las magnitudes biológicas más usualmente solicitadas.

- Se ha iniciado el seguimiento individualizado de los centros, con especial incidencia en 6 centros que suponen el 69% del total de los errores, especialmente por su mayor carga demográfica.

- Se han iniciado los seminarios con los centros periféricos sobre circuitos administrativos y aspectos generales de toma de muestras.

- Se han iniciado los cursos de formación y apoyo al personal administrativo y sanitario de los centros periféricos.

1.3. Condiciones de transporte.

- Se ha concluido que deben modificarse las rutas de recogida de las muestras; reduciéndose el tiempo trascurrido desde la toma de las muestra hasta la llegada al laboratorio, rediseñar los itinerarios de las rutas, modificarse las condiciones de transporte y profesionalizar el transporte.

Estrategias de mejora adoptadas:

- Se ha establecido convocar un concurso público para la prestación del Servicio de Transporte de Muestras en el que se tengan en cuenta las características técnicas, que se consideran como mínimamente aceptables (tiempo transcurrido máximo desde la toma < 2 horas, inviolabilidad de la cadena de frío desde el centro periférico hasta el laboratorio, etc.).

- Se han establecido y aplicado sistemáticamente condiciones de transporte, horarios máximos de llegada y condiciones de conservación de las muestras en el laboratorio hasta su análisis.

2 FASE POSTANALÍTICA:

En paralelo se ha implantado una red telemática para la transferencia de dictámenes de las exploraciones en los centros periféricos y el laboratorio que ha influido muy positivamente en la mejora de la fase postanalítica. Actualmente el 36% de la población dispone de los dictámenes de los resultados analíticos en las consultas de su médico de atención primaria antes de 12 horas de la toma de muestras y hasta un 75% antes de 24 horas, frente a un 0% en 1996.

2.1. Tiempo de entrega de resultados:

- Se ha evidenciado que el tiempo invertido para la entrega de los resultados era superior al deseable (24 horas) en gran parte de los centros periféricos. Evidenciándose que los pasos críticos son la distribución desde la "puerta del laboratorio" hasta la "puerta del centro periférico", atribuible a la mensajería.

Estrategias de mejora adoptadas:

- Inclusión en el concurso público ya mencionado en el apartado 1.3. de las condiciones de máximo retraso en la entrega y distribución de los resultados.
- Implantación de una red telemática de transmisión de los resultados al 75% de la población de atención primaria.

2.2. Pérdida de impresos:

- Han alcanzado el objetivo de <2%, 11 de 17 destinos y en aquellos que se ha incidido sobre el personal administrativo o mediante la instalación de estaciones informáticas lo cumplen todos ellos.

Estrategias de mejora adoptadas:

- Aprovechando la extensión de la red telemática se han incluido cursos de formación del personal auxiliar y administrativo con resultados óptimos.
- Se ha decidido incluir la fecha de nacimiento en los informes para facilitar la clasificación de los resultados en los centros de salud que emplean sistemáticamente la historia clínica.

2.3. Deficiente cumplimentación.

La fase postanalítica en lo que hace referencia a la cumplimentación de la información ha tenido que ser reconducida pues se ha producido desde el último cuatrimestre de 1997 un cambio de codificación e identificación de los pacientes en la atención primaria que ha empeorado notablemente todos los indicadores. Así por ejemplo la no cumplimentación del número de asegurado empeoró desde el 2-4% al 14-20% durante el último cuatrimestre de 1997, pero en años posteriores se ha conseguido obviar este efecto e incluso mejorarlo, con resultados óptimos (<1%).

Estrategias de mejora adoptadas:

- Aprovechando la extensión de la red telemática se han incluido cursos de formación del personal auxiliar y administrativo con resultados óptimos.
- Iniciar la remisión individualizada a los médicos prescriptores de los indicadores de cumplimentación.

DISEÑO:

Universo: Todos los especímenes biológicos de sangre y orina tomados en 26 módulos periféricos de extracción del Área de Salud asignados al hospital (280.000 pacientes atendidos y 850.000 especímenes). Estos datos están recogidos en el Archivo del Sistema Informático de Laboratorio Omega (Boehringer Mannheim España).

Muestreo: Se evaluaron todas las exploraciones analíticas correspondiente al universo.

Ámbito de estudio: Centros de salud y consultorios del Área de Salud VI de la Región de Murcia y en los del área urbana, con independencia de que el médico prescriptor sea de atención primaria o de atención especializada.

Sujeto de estudio: Exploraciones analíticas realizadas a pacientes de atención primaria y especializada realizadas en los Laboratorios de Análisis Clínicos del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

RESULTADOS:

Se ha establecido un circuito objetivamente efectivo para controlar la recepción y 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: (del año 1996).

Espécimen Error	Sangre en Tubo Azul	Sangre en Tubo Morado	Sangre en Tubo Negro	Sangre en Tubo Rojo	Orina Diaria	Orina Reciente
Nº 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 más 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%, correspondiente a una proporción similar de la población asistida.

CONCLUSIONES:

Las medidas adoptadas para corregir los errores son:

1. 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.
2. 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.
3. 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 informativas de la toma de muestras (en especial hemólisis de la sangre, contaminación de la orina).

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Díez Almajano JA, García Oltra E, Ortolá Devesa JB, Ruipérez Martínez C. Evaluación y mejora de la calidad preanalítica extrahospitalaria de las exploraciones analíticas del Hospital Morales Meseguer. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997. p. 56-57.

2. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Resumen del catálogo de los Laboratorios del Hospital Morales Meseguer. Guía para la realización de exploraciones analíticas, 2ª edición, noviembre 1997.

12 Calidad de las derivaciones de Atención Primaria a Especializada. Estudio ADPES del Área III de Murcia

Investigador principal:	Vidal Bugallo, Juan Bautista
Referencia proyecto:	96/1009
Año:	1996
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Rafael Méndez
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Interna
Ayuda concedida:	4.146,98 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 1996
Duración:	27 meses
Palabras clave:	Calidad. Derivaciones. Interconsulta. Atención primaria. Atención especializada

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Hemos conseguido demostrar que la calidad de la derivación, estimada a través de la calidad formal del documento, de la opinión de los especialistas que reciben la derivación, y de la valoración de un grupo de expertos mejora de forma importante, consistente y coherente tras intervenciones sucesivas.

2. En nuestro estudio encontramos un deterioro significativo de la calidad formal de los datos administrativos a lo largo de tres años, que creemos motivado por la generalización de uso de una etiqueta identificativa, con beneficio o mejora relativa de -18% (IC 95% de 27 a -8).

3. Las intervenciones consistentes en la simple difusión por vía administrativa, de un documento de consenso sobre la mejora de las derivaciones, no produjo cambios significativos, que sí se observaron tras actividades de difusión personalizada de los acuerdos, exposición y discusión de los resultados previos en los centros de salud.

4. Encontramos una mejora importante de la cumplimentación de datos médicos de 1996 a 1999, estimada a través de la calidad formal del documento de derivación, con una mejora relativa de 23,4% (IC95% de 15 a 33) para los documentos de calidad formal regular o buena. Una mejor opinión del médico del hospital sobre la cumplimentación suficiente del documento de 48,6% (IC95% de 31 a 69) y de la valoración ciega por grupo de expertos de 56% (IC95% de -4 a 125).

5 La indicación de la derivación mejora en opinión del médico receptor del documento en un 34,8% (IC 95% de 19 a 53) y en opinión de los expertos en un 31% (IC95% de -21 a 117) en incremento relativo de las derivaciones totalmente adecuadas.

6 Realizamos un estudio de validación de la calidad formal de los datos médicos y de la opinión del médico del hospital, considerando patrón áureo la opinión del grupo de expertos. Encontramos una concordancia elevada en la cumplimentación de los datos, pero esta disminuye algo en la estimación de la indicación. Calculamos sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de probabilidad usando la metodología de valoración de pruebas diagnósticas.

7 Consideramos haber diseñado un método coherente, sensible y eficiente de valoración de la calidad de los documentos de derivación, que creemos puede ser mejorado con la elaboración de un modelo predictivo logístico. Tenemos los datos de distribución de las tasas de derivación entre centros de salud y especialidades, pero en el momento actual las tasas cuantitativas nos parecen irrelevantes.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo de intervenciones y evaluaciones sucesivas.

Evaluación de la capacidad diagnóstica y concordancia entre métodos.

Muestreo: Se seleccionó, mediante tablas aleatorias, una muestra de 50 documentos de cada año, cuyos datos médicos fueron transcritos literal y mecanográficamente y ordenados de forma aleatoria, y evaluados por un grupo de 6 médicos (3 de atención primaria y 3 de atención especializada) respecto al grado de cumplimentación de los datos y a la adecuación de la derivación tomando como referencia el documento de consenso y su mejor criterio clínico. A los expertos se les proporcionó la transcripción de los datos médicos y la especialidad de destino, no conocían la procedencia del documento ni el año de recogida.

Ámbito de estudio: Área de Salud de 126.000 habitantes con 7 centros de salud y un hospital de área.

Sujeto de estudio: Selección de 1493 documentos de derivación remitidos a consultas médicas del hospital en el periodo de 4 semanas de primavera en 1996, 1997 y 1999.

Fueron los documentos de derivación para "Nueva Consulta" procedentes de Atención Primaria dirigidos al Área Médica del Hospital. Los periodos de recogida de datos fueron periodos de cuatro semanas consecutivas en marzo de 1996, en marzo de 1997 y en mayo de 1999. Recogimos los datos identificativos, variables demográficas, de cumplimentación de datos administrativos, de cumplimentación de datos médicos, se recogió la opinión del especialista que recibía al enfermo sobre la legibilidad, el grado de cumplimentación del documento y la adecuación de la derivación.

Se estimó la calidad formal del documento por el número no ponderado de datos administrativos y médicos que constaban y se estratificó en niveles de calidad previamente definidos.

RESULTADOS:

Dividiremos los resultados en dos partes, en la primera los resultados del estudio de intervención propiamente dicho y en la segunda los resultados comparativos de los distintos métodos de evaluación usados: calidad formal, opinión del especialista del total de documentos y la valoración por expertos en una muestra.

A. Estudio de intervención:

1. Calidad formal 1996, 1997 y 1999.

- Se recogieron 1493 documentos de derivación válidos para la evaluación de calidad formal. Los documentos cuyos datos médicos fueron ilegibles se incluyeron en el análisis. Los datos administrativos y médicos se agruparon en tres niveles de calidad: insuficiente, regular o buena según el número de ítems recogidos.

- En el análisis de la calidad formal de los datos administrativos encontramos una disminución de la calidad de los datos remitidos, con un empeoramiento relativo del 18% con intervalos de confianza del -27 a -8%. Dicha disminución es atribuible al uso de una etiqueta automatizada que no contemplaba múltiples datos valorados en nuestro estudio.

- Hallamos diferencias significativas en la calidad formal de datos médicos. Se expresan el aumento de probabilidad de una derivación de calidad buena o regular en los años 1997 y 1999 respecto a la situación de 1996, las diferencias alcanzan niveles significativos en 1999 en el que la probabilidad de calidad formal buena o regular aumenta un 23,4% con unos intervalos de confianza del 95% entre 15% y 33%.

2. Opinión del especialista:

- Registramos la opinión del especialista receptor del documento respecto al grado de cumplimentación del mismo y a la indicación de la derivación. En el análisis básico de la calidad percibida por el especialista se observa un importante aumento de la cumplimentación suficiente de los documentos de derivación que alcanza significación ya en 1997 y se mantiene la mejoría de forma que en 1999 la mejoría respecto a la situación basal es del 48% con unos límites de confianza para el 95% entre 31% y 69%. La mejora de la adecuación de la indicación es también importante y paralela y se manifiesta como tendencia sin alcanzar el nivel de significación requerido en 1997, para obtener en 1999 una mejora ya significativa del 35% respecto a la situación basal con límites del 95% de 19% y 53%.

- Existe, pues, una importante mejoría en la calidad del documento de derivación percibida por el especialista en sus aspectos de cumplimentación del documento e indicación de la derivación.

3. Grupo de expertos:

- Un panel de 6 expertos evaluó la cumplimentación e indicación de las derivaciones conforme a los criterios de consenso y con el mismo método que el usado para recoger la opinión del especialista. Se seleccionó para ello una muestra aleatoria de 50 documentos de cada año de estudio.

- Los 150 documentos obtenidos se compararon con el total de los documentos recogidos para excluir un sesgo muestral.

- Los datos del centro de salud de procedencia, especialidad consultada y la comparación por sexos no mostraron diferencias significativas. Se encuentran diferencias en la cumplimentación con una mejoría de la misma del 56% (-4, 125) entre el 96 y el 99, sin embargo debido a la limitación del tamaño muestral y la consiguiente ampliación de los intervalos de confianza sólo se alcanza significación estadística con la agrupación de los datos de 1996 y 1997 en contraste a 1999.

- Los resultados de la valoración de indicación por los expertos muestran una tendencia a la mejoría en las indicaciones de 31% (-21, 117) que no alcanza la significación por la limitación de la muestra. Es notable el paralelismo en las mejoras de calidad percibida por los expertos y el especialista consultor.

B. Estudio comparativo de los métodos de evaluación:

- Utilizamos el método de evaluación de pruebas diagnósticas, consideramos patrón áureo la media de la opinión del grupo de expertos referida al documento de derivación objeto de amplio consenso en área de salud. Y confrontamos con este patrón los diagnósticos de cumplimentación de calidad formal de los datos médicos y del especialista.

- Calculamos para cada comparación la sensibilidad, especificidad y valores predictivos y cocientes de probabilidad con intervalo de confianza de 95% positivos y negativos (suficiente (S), insuficiente (I) en el caso de la cumplimentación, para esta comparación estratificamos la calidad formal en dos niveles: calidad (C, de 0 a 5 ítems) y no calidad (NC, de 6 a 9 ítems). La indicación se confronta en tres niveles de indicación del especialista y expertos (inadecuada (NA), parcialmente adecuada (PA) y totalmente adecuada (TA), y con una calidad formal en tres estratos, equiparando buena a TA, regular a PA y mala a NA.

- Calculamos además el índice de concordancia simple (ICS) y el índice kappa de concordancia entre observadores descontando del ICS la concordancia atribuible al azar.

- Los resultados del método de evaluación de cumplimentación muestran una concordancia simple aceptable y un índice kappa satisfactorio, la calidad formal es muy específico y permite identificar los documentos mal cumplimentados con gran eficiencia, sin embargo su sensibilidad es baja y es por tanto un instrumento incapaz de identificar los documentos bien cumplimentados, la elevada razón de probabilidad + se ve limitada por el pequeño número de documentos con suficiente calidad formal. La opinión del especialista presenta unos índices de concordancia similares y una distribución más balanceada entre sensibilidad y especificidad, particularmente útil para identificar una fracción importante de los documentos suficientemente cumplimentados. Sus razones de probabilidad positiva y negativa permiten un notable incremento de la probabilidad post prueba.

- En la valoración de la indicación los índices de concordancia son menores que en la cumplimentación, destaca la sensibilidad de la opinión del especialista para la identificación de las derivaciones adecuadas, y la especificidad de la calidad formal para las derivaciones adecuadas, junto a la sensibilidad y la elevada razón de probabilidad de la mala calidad formal para identificar las derivaciones no adecuadas. La elevada sensibilidad de una derivación de buena calidad para las derivaciones adecuadas se ve limitada por el pequeño número de documentos que alcanzan calificación de buena calidad médica formal.

CONCLUSIONES:

1. La calidad estimada de las derivaciones de enfermos de los centros de salud a las consultas del área médica de un hospital, mejora de forma importante, consistente y coherente, mediante un proceso de intervención sucesiva.

2. La elaboración de una guía orientativa consensuada, la relación directa entre los médicos y médicas de los centros de salud y el hospital, la comunicación de la situación real a los médicos y médicas involucrados e involucradas y su participación activa en las actividades de mejora parecen ser condición necesaria.

3. Persisten importantes oportunidades de mejora sucesiva de la calidad de la derivación. Puede haber un fondo de resistencia a la mejora que necesita ser definido y de identificarse del diseño de intervención específica.

4. La comunicación directa, la colaboración y la accesibilidad deben ser la guía de las relaciones entre el personal sanitario de los centros de salud y los hospitales, garante de mantener una continuidad sin fisuras en el proceso asistencial, único para cada persona.

5. Los tres métodos usados, calidad formal, opinión del médico de hospital y del grupo de expertos mostraron cambios similares de la cumplimentación e indicación en el estudio de intervención.

6. La relación entre los tres métodos es aceptable y la opinión del grupo de expertos puede deducirse de los otros en caso de cumplimentación suficiente y adecuación total o nula de indicación. La indicación parcial es más difícilmente predecible.

7. Un modelo predictivo logístico podría mejorar la precisión de la estima.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Vidal Bugallo JB, Arbona Martín AM, Casado Galindo EJ, García Guerrero L, Ibáñez García M, Valero Delgado F. Análisis de la calidad de las derivaciones de primaria a especializada. Estudio ADPES. Revista de Calidad Asistencial. 1997;12(5):321 (XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

2. Vidal Bugallo Juan B. Calidad de las Derivaciones de A. Primaria a Especializada. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997.

13 Estudio regional a nivel poblacional de monitorización en el infarto agudo de miocardio: utilización de trombolíticos como indicador de calidad asistencial

Investigador principal:	Felices Abad, Francisco
Referencia proyecto:	97/0501
Año:	1997
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario de Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Intensiva (UCI)
Ayuda concedida:	4.808,10 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Infarto agudo de miocardio (IAM). Cardiopatía isquémica. Fibrinolisis. Trombolisis. Calidad asistencial

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Conocer la frecuencia de prescripción de fármacos trombolíticos en los Servicios de Medicina Intensiva (UCI) de los hospitales de la Comunidad de Murcia, así como identificar el grupo de población que no recibe este tratamiento y que hubiese podido beneficiarse del mismo.
2. Obtener datos epidemiológicos en el conjunto de pacientes que, en nuestra Región, sufren un ataque cardiaco agudo y son ingresados en la UCI.
3. Iniciar un programa de garantía de calidad en el marco hospitalario de toda la Comunidad Autónoma de Murcia, utilizando la monitorización de este tratamiento en el infarto agudo de miocardio (IAM). Desarrollar y completar, si la tasa de utilización de trombolíticos fuese baja, un ciclo de mejora en el Hospital General Universitario de Murcia.

    3.1. Diseño de intervención.

    3.2. Reevaluación tras intervención.

    3.3. Monitorización del nivel de calidad alcanzado.

DISEÑO:

Universo: Todos los pacientes dados de alta o fallecidos con el diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio (IAM) en los Servicios de Medicina Intensiva (UCI).

Muestreo: No procede.

Ámbito de estudio: Cinco hospitales públicos de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes que ingresaron en las UCI de la Región de Murcia, distribuidas en los 5 hospitales públicos que cuentan con este servicio (Hospital General Universitario, Virgen de la Arrixaca, Morales Meseguer, Rafael Méndez de Lorca y Hospital Nuestra Señora del Rosell de Cartagena) y que sean dados de alta o fallezcan con el diagnóstico de IAM. La historia clínica y el registro ARIAM nos permitió establecer la tasa de utilización del tratamiento trombolítico.

CONCLUSIONES:

1. Nuestro estudio se diseño con el objeto de obtener una descripción exacta de la práctica trombolítica que actualmente existe en nuestra Región, relacionándola con las evidencias derivadas de los ensayos clínicos disponibles. Hemos confirmado que reciben tratamiento trombolítico más de la mitad de los pacientes ingresados por IAM en los Servicios de Medicina Intensiva (UCI) de los hospitales de nuestra comunidad. Esta es la mayor tasa observada en las publicadas hasta la fecha, tanto en Europa como en los EE.UU.

2. Los trombolíticos se prescribieron principalmente en las UCI. Cuando el fármaco se administra en las áreas de urgencias de los hospitales participantes en este estudio es debido a "presión asistencial" en Intensivos y cuando se hace en el Hospital Comarcal es por ser ese el primer centro que atiende al paciente, que posteriormente es derivado a la UCI de referencia.

3. La alteplasa, un fármaco de segunda y tercera generación, es el trombolítico más utilizado. Sorprende la elevada prescripción de estreptocinasa (un trombolítico de primera generación), lo que puede ser debido a la elevada proporción de pacientes ancianos tratados. En estos casos, la edad mayor de 75 años es percibida por los clínicos como el factor más determinante en la relación riesgo /beneficio de la trombolisis.

4. Ningún paciente recibió este tratamiento antes de su ingreso en un centro hospitalario y este hecho constata con la realidad conocida de que el IAM es una enfermedad extrahospitalaria y que el retraso en llegar al hospital es elevado, por lo que algunos pacientes pudieron ser candidatos a ser trombolisados antes de su ingreso. Lo anterior, demanda el que se complete la implantación de un Sistema Integral de Urgencias en nuestra comunidad y que en él se introduzcan cambios organizativos (base de datos compartida con el Grupo ARIAM y protocolo de actuación claro y definido para el infarto de miocardio) y quizás educativos. Aquí vemos una buena "oportunidad de mejora" si queremos ser realmente precoces en la administración de los trombolíticos, si queremos hacer realidad el aforismo "en el IAM el tiempo es vida" o "en el IAM cada segundo cuenta".

5. La eficacia de los trombolíticos es tiempo dependiente. El 37% de los tratamientos se realizaron en las 2 primeras horas (periodo de la máxima eficacia - PME), alcanzándose hasta el 83% en las 6 primeras horas. Hay que ganar todavía "tiempo al retraso" para configurar un porcentaje de trombolisis ideal que supone que reciban este tratamiento al menos el 50% de los pacientes (elegibles) con IAM en las 2 primeras horas, el 80% en las 3 primeras horas y el 100% dentro del periodo de 6 horas. Puesto que el PME la angioplastia no se ha mostrado superior a los trombolíticos y considerando que hay una clara tendencia a tratar de implantar este modelo de nuestra región, alcanzar lo propuesto significará no sólo ahorrar vidas, sino también esfuerzo al personal sanitario y dinero al sistema.

6 Si se aboliera la tasa no justificada o de déficit terapéutico y de déficit evitable, nuestros datos sugieren que, dentro de los límites de la evidencia, la tasa máxima posible de tratamiento trombolítico en el IAM podría elevarse desde la tasa observada actual (56,4%: un objetivo máximo a alcanzar en la mayor parte de los países de Europa y EE. UU. y que nosotros ya hemos conseguido) hasta el 75,5%. Lo anterior representa incorporar al tratamiento trombolítico al 19,1% de pacientes que podrían beneficiarse de él y que actualmente no lo hacen. Para llegar a este grado de efectividad y alcanzar el objetivo ideal en nuestra región, es necesario reducir el retraso (fundamentalmente el componente prehospitalario), y actualizar los conocimientos sobre la enfermedad coronaria entre el personal sanitario que primero atiende a estos pacientes. Así aumentaría el porcentaje de casos candidatos al tratamiento y el grado de beneficio obtenido.

7 En los años venideros son de esperar nuevos y prometedores desarrollos en los campos de la inhibición de la agregación plaquetaria, de la mejora de la estabilización de la placa, de la estimulación del crecimiento de nuevos vasos y del tratamiento guiado por la estructura genética individual. Es probable que estos nuevos desarrollos nos lleven a importantes cambios en el tratamiento de la enfermedad coronaria y hemos de estar atentos para extrapolar los resultados de los ensayos clínicos bien realizados hacia la asistencia rutinaria. Sólo así podremos sustentar nuestra práctica médica en evidencias demostradas y alcanzar una atención sanitaria de máxima calidad científico - técnica.

8 A pesar de todos estos avances, la prevención sigue siendo el mejor método de abordar este importante problema de salud pública. De lo contrario, nada podrá evitar que millones de personas mueran en todo el mundo, incapaces, sus corazones, de soportar las agresiones a las que son sometidos.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Felices F, Segura J, Gil B, Blanco T, Espinoza JL y Grupo ARIAM. Un programa de Garantía de Calidad (Ciclo de Mejora) aplicado a la fibrinolisis en el infarto agudo de miocardio. Proyecto ARIAM. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial; Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997. p. 35-39.

14 Mejora de la fiabilidad de la recogida y transcripción de los datos de pacientes en el área de hospitalización: ingresos y altas por servicio y adscripción de camas

Investigador principal:	Carrillo González, Andrés
Referencia proyecto:	97/0502
Año:	1997
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital General Universitario José Maria Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Control de Gestión, Admisión, Informática, Archivo de H. clínicas
Ayuda concedida:	2.704,55 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	36 meses
Palabras clave:	Admisión. Traslados internos. Calidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Los resultados de los estudios estadísticos (coincidencia en los criterios establecidos por encima del 99%) nos permiten afirmar que la fiabilidad de nuestro Sistema de Información de Hospitalización (SIH) es muy alta y que no requiere de una actuación global sino una evaluación concreta de los casos a los que se refieren las discrepancias.
2. Se han encontrado tres tipos de casos erróneos: a) traslados internos (TI) entre servicios; b) ingresos improcedentes desde Urgencias; y c) altas improcedentes.
3. En lo que se refiere a los TI para conocer las causas de los errores se ha elaborado un desarrollo informático muy completo que permite hacer un seguimiento exhaustivo de todos los casos.
4. A partir de este seguimiento se ha encontrado que los errores administrativos estaban centrados en los TI entre servicios médicos y se ha modificado el protocolo que daba lugar a estas confusiones habiéndose solucionado así los TI erróneos.
5. En lo referido a ingresos improcedentes desde el Servicio de Urgencias, se ha implementado una solución informática que permite separar el "preingreso" del "ingreso" evitándose así los casos de ingresos informáticos que realmente no sucedían.
6. En cuanto a las altas improcedentes igualmente se ha realizado un desarrollo informático que permite anular las altas que se comprueban mal mecanizadas de forma que informáticamente el paciente continúa ingresado.
7. La validación general del SIH nos ha permitido avanzar en la contabilidad analítica hacia la obtención del coste por paciente en esta disciplina el Hospital Morales Meseguer es el centro más avanzado de todo el territorio del Insalud.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se realizaron dos estudios estadísticos. El primero; retrospectivo, comparó la información de la historia clínica con los datos registrados informáticos. El segundo, concurrente, contrastó los datos informáticos con la plantilla de enfermería y la situación real mediante observación directa.

Universo: Del primer estudio fueron las altas de hospitalización de enero-abril de 1997 (población de 4.453 altas). Del segundo fue el censo de ocupación diaria de camas durante dos meses (abril y mayo de 1998) con una población de 17,518 estancias.

Muestreo: En el primer estudio para garantizar la representatividad de la muestra los casos fueron elegidos por el método aleatorio simple mediante un generador automático de números aleatorios. Para un error de muestreo del 5% y una significación del 95% ha sido precisa una muestra de 353 casos.

La muestra del segundo estudio fue de 780 casos seleccionados mediante muestreo estratificado por Unidades de Enfermería, ambos estudios con un error de muestreo del 5% y grado de significación del 85%.

Criterios de evaluación: Los criterios del primer estudio fueron los datos que se van a contrastar, los que superan las limitaciones antes reseñadas, son: a) día y hora de ingreso; b) día y hora de alta; c) servicio de ingreso; y d) servicio que da el alta.

En el segundo estudio pretendíamos evaluar criterios que no podían medirse en el estudio retrospectivo sobre las historias clínicas: concretamente la adscripción del enfermo y la cama y servicio en cada momento y por tanto que las modificaciones (TI entre camas y servicios) se informaban correctamente.

Ámbito de estudio: Área de influencia del Hospital Morales Meseguer (Área VI y tres zonas básicas de salud del Área 1), y pacientes ingresados de otras áreas.

Sujeto de estudio: Episodios de hospitalización capturados en el aplicativo informático del hospital.

RESULTADOS:

- El desenlace positivo de los dos estudios estadísticos nos llevan a afirmar que nuestro sistema de información de hospitalización es muy fiable.

- Los tres tipos de errores que se habían detectado, TI entre servicios, ingresos improcedentes desde urgencias y altas improcedentes, han sido solventados satisfactoriamente.

CONCLUSIONES:

1. El trabajo nos ha permitido conocer más profundamente la organización de nuestro sistema de información acentuando nuestra confianza en el mismo como pieza básica de la organización de nuestro hospital.

2. La realización de este estudio ha sido determinante para la implantación del Plan de Renovación Tecnológica y de la Contabilidad Analítica hacia el Coste por Paciente.

3. El trabajo es fácilmente exportable a otros hospitales, pues permite, mediante una metodología sencilla, revisar un sistema de información como el de hospitalización cuya trascendencia para la gestión del hospital es evidente.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Carrillo A, Fernández MP, Moreno JM, Marcos F, García MD, Rueda ML. Mejora de la fiabilidad de la recogida y trascripción de los datos de pacientes en el Área de hospitalización en el Hospital Morales Meseguer. En: Programa y Libro de Comunicaciones: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1997. p. 79-80.

2. Carrillo A, Fernández MP, Moreno JM, Marcos F, García MD, Rueda ML. Evaluación y mejora de la calidad en el Sistema de Información de Hospitalización (Hospital Morales Meseguer) En: Revista de Calidad Asistencial 1998;13(6):301. (XVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.)

3. Carrillo González A, Fernández Martín MP, Moreno Rodríguez JM, Marcos Navarrete F, García Ruipérez MD, Rueda Martínez ML. Evaluación y mejora de la calidad en el Sistema de Información de Hospitalización en el Hospital Morales Meseguer. En: Libro de Ponencias. La calidad aplicada a la información clínica: IX Jornadas Nacionales de Documentación Médica; 2000. p. 75-77.

15 Estudio de los efectos psíquicos y físicos del síndrome de burnout en el personal del Hospital Los Arcos: una oportunidad de mejora

Investigador principal:	Paricio Núñez, Pedro
Referencia proyecto:	97/0503
Año:	1997
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Interna
Ayuda concedida:	5.559,36 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Burnout. Absentismo laboral

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Aplicación de encuestas a todo el personal:

- De efectos físicos del burnout.
- De efectos psíquicos del burnout.
- Cuestionario de salud mental general.
- Encuesta de causas (extraída del diagrama de afinidades).

2 Análisis de causas:

- Diagrama de afinidades a grupos de categorías profesionales.
- Elaboración de encuesta de causas.

3 Análisis de "consecuencias":

- Análisis de absentismo laboral.
- Análisis de cumplimiento del Contrato Programa.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Universo: Se estudiaron todos los sujetos que reunían los requisitos preestablecidos en la definición de caso. A fecha 1 de enero de 1998 eran retribuidos a través del Hospital Los Arcos un total de 289 trabajadores que estaban en nómina al menos 1 año continuado, según relación suministrada por el departamento de personal. En esta relación se incluía desde personal directivo a personal de oficios, pasando por las diferentes profesionales sanitarias.

Muestreo: Se estudió todo el universo.

Ámbito de estudio: Hospital Los Arcos.

Sujeto de estudio: Todo trabajador del Hospital Los Arcos con contrato de duración igual o superior a un año, incluido en nómina en el último año, contando como fecha de referencia el 1 de enero de 1998 y trabajar en cualquier parte del edificio que integra el hospital, (médicos, médicas, DUE, auxiliares de clínica, celadores, administrativos y personal de oficios de mantenimiento, cocina, etc.).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Los resultados obtenidos indican que globalmente y por estamentos el índice de burnout en nuestro hospital, no es muy intenso y no existe una correlación estadísticamente significativa con las bajas laborales. La distribución de bajas por colectivo es tremendamente heterogénea y no parece tener relación con los efectos psíquicos ni físicos del burnout. Únicamente parece haber cierta correlación con el estado de salud mental general, medido con el Cuestionario de Salud Mental General (GHQ, por sus siglas en inglés).
2. Sí hemos encontrado una fuerte relación (con amplia significación estadística) entre los grupos profesionales la tasa de bajas laborales.
3. A lo largo del estudio y a través del uso del diagrama de afinidades se llega a la encuesta de causas e identificación de oportunidades de mejora que también es peculiar en cada uno de los colectivos.
4. Dada la complejidad de soluciones propuestas por el personal y la dificultad para su solución, no será si no a largo plazo cuando se resuelvan alguna de ellas (fundamentalmente las que implican aumento de plantilla y creación de hospital nuevo, así como las mejoras en las retribuciones).
5. La utilidad fundamental del trabajo ha sido hacer un diagnóstico de las consecuencias físicas y emocionales del estrés laboral, así como un estudio de los incentivos que cada colectivo reclama para mejorar su situación laboral.

De los datos extraídos de los resultados de la encuesta de causas, podríamos realizar un retrato robot de cada estamento, sin mayor pretensión que un ligero parecido con la realidad.

1. Los DUE son profesionales cuyos rasgos fundamentales son sentirse mal pagados y escaso interés en oír hablar de mayor disciplina y control.

2 Los auxiliares se sentirían como profesionales esencialmente mal pagados y con escaso apoyo por parte del resto del personal.

3 Los celadores se sienten descontentos con casi todo, y particularmente se sienten ignorados y a veces traicionados. Tampoco tienen excesivo interés en oír hablar de mayor disciplina y control.

4 Los administrativos se sienten bastante bien tratados por sus superiores, pero no tienen muy claro sus objetivos laborales. Echan en falta una mejor distribución de espacios arquitectónicos, pero lo compensan con buenas relaciones interprofesionales.

5 El personal de oficio echa mucho de menos el trabajo en equipo y tampoco se empeña en oír hablar de mayor disciplina y control. En un segundo término se encuentran desincentivados y desilusionados por la calidad de los materiales con que trabajan.

6 Los facultativos piensan que es difícil mejorar la comodidad y flexibilidad de sus horarios laborales. Aunque no se sienten suficientemente incentivados están bastante a gusto en su mundo de interrelaciones profesionales. Su mayor preocupación es la pequeñez del hospital y su imposibilidad de crecer.

Análisis de causas de bajas laborales:

1 De un total de 198 bajas laborales estudiadas correspondientes al año 1998, podemos establecer dos grupos claros: el primer grupo constituido por 54 procesos relacionados con los efectos físicos del burnout, a cuya cabeza figura en solitario el dolor de espalda como causa más importante, seguido de lejos por cuadros de mareo y vértigo.

2 El segundo grupo con un total de 144 casos, no relacionados con el síndrome de burnout está claramente encabezado por los procesos gripales, seguido muy de cerca por la patología traumatológica (esguinces, traumatismos, fracturas y tendinitis).

3 En resumen podríamos decir que el 27,3% de todas las bajas de nuestro hospital en ese periodo de tiempo, están claramente relacionadas con la sintomatología provocada por el síndrome de burnout.

Análisis de cumplimiento del Contrato Programa:

1 Comparando los grados de cumplimiento entre servicios con respecto a la estancia media pactada, apreciamos que en ninguno de ellos llega, ni sobrepasa el 100%. Los rangos de estancia media oscilan entre el 92 y el 97%. Esto significa que las Unidades Ponderadas Asistenciales (UPAS) totales producidas no se han realizado a costa de prolongar las estancias innecesariamente, si no de disminuirlas ligeramente y supone un claro indicador de calidad.

2 En el grado de cumplimiento con respecto a las UPAS es donde observamos la mayor diversidad. En el límite inferior tenemos las especialidades médicas con un 85% y el superior a las especialidades quirúrgicas con un 116%. Esta diferencia no puede ser atribuida a una prolongación de la estancia media quirúrgica, ya que ambos servicios poseen estancias medias equivalentes (92% y 93%) respectivamente. La explicación más probable es una menor afluencia de enfermos al área de hospitalización de medicina y una mayor afluencia al área quirúrgica.

3 Los resultados de la actividad ambulatoria están todos discretamente incrementados, con un rango que oscila entre el 101% y el 113%, expresando una mayor carga laboral en el Área de consultas externas y Urgencias.

4 En el análisis global de UPAS se consiguen unos resultados ajustadísimos con respecto a los pactados (99,9%), lo que supone en términos reales que los infracumplimientos de algunos servicios se ven compensados por los extracumplimientos de otros servicios, quedando el resultado final exquisitamente equilibrado.

16 Encuesta SERVQUAL a los clientes internos de los servicios centrales del Hospital Los Arcos: utilización como instrumento de evaluación y mejora de la calidad

Investigador principal:	González Martínez, Pedro
Referencia proyecto:	97/0504
Año:	1997
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Cirugía General
Ayuda concedida:	5.589,41 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Servqual. Satisfacción. Clientes internos

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Adaptación de la encuesta Servqual a los servicios centrales (Anestesia, Laboratorio y Radiología).
2. Evaluación de los servicios centrales del Hospital Los Arcos por sus clientes internos mediante la encuesta Servqual de expectativas, percepciones y ponderación.
3. Identificación de oportunidades de mejora utilizando el diagrama de afinidades en reuniones con los clientes internos, así como con el personal de los servicios centrales.
4. Análisis de las propuestas de mejora y establecimiento de compromisos de actuación por parte de los responsables de los servicios y de la Dirección Médica.
5. Se ha conseguido implantar la mayor parte de las propuestas de mejora.
6. Reevaluación de la calidad percibida por los clientes internos de los servicios centrales mediante la encuesta Servqual de percepciones.
7. Segunda reevaluación utilizando la encuesta Servqual de expectativas, percepciones y ponderación.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Universo: Todos los profesionales de los Servicios de Anestesia, Laboratorio y Radiología de la plantilla orgánica del hospital.

Muestreo: Se utilizan todos los casos (universal).

Criterios de evaluación: Grado de satisfacción (entendido como grado de cumplimiento de las expectativas) de los clientes internos de los servicios centrales del Hospital Los Arcos (Anestesia, Laboratorio y Radiología), expresado en 5 criterios: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, y empatía.

Así como la importancia relativa de cada uno de ellos expresada por los clientes internos.

Ámbito de estudio: Servicios centrales del Hospital Los Arcos: Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiología y Anestesia.

Sujeto de estudio: Personal médico, usuario de los servicios centrales con una estancia previa en el hospital de, al menos 3 meses (para garantizar que tiene una opinión formada sobre los servicios centrales) y cuya situación laboral prevea una estancia en el hospital superior a un año, a partir de la primera evaluación, con el fin de garantizar al máximo que en la segunda evaluación sean encuestados los mismos casos que en la primera.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 ENCUESTA SERVQUAL (primera evaluación):

1.1. Adaptación de la encuesta. La adaptación de la encuesta no presentó mayores problemas y como vimos en el pilotaje fue perfectamente comprendida por los clientes internos de los servicios centrales. Tuvimos alguna dificultad por la falta de seguridad, en cuanto a confidencialidad de los datos, por el hecho de incluir en la encuesta preguntas de tipo epidemiológico (sexo, edad, años de experiencia y servicio al que pertenecían), por lo que se decidió no incluir estas variables en el estudio.

1.2. Grado de participación. Se ha observado un alto grado de participación tanto en la primera (85%) como en la segunda evaluación (100%), a pesar de que a muchos de los encuestados se les entregó más de una encuesta (por ejemplo los servicios quirúrgicos fueron encuestados sobre los tres servicios centrales) y el alto número de declaraciones de las encuestas (22 en expectativas y otras 22 en percepciones), así como la ponderación.

Las diferencias entre la primera y segunda evaluación las achacamos al hecho de que en la segunda sólo se exploraron las percepciones y por tanto era menos tedioso el trabajo de contestar (no se entregaron expectativas ni ponderación).

1.3. Resultados de la encuesta de expectativas. La puntuación no-ponderada revela como criterio más valorado la seguridad y el menos los elementos tangibles. No obstante la diferencia de las medidas de ambos criterios no alcanza a un punto. Por servicios, la fiabilidad ha sido el criterio más valorado en radiología y laboratorio y la seguridad en anestesia.

1.4. Resultados de la importancia relativa de los criterios. Los elementos tangibles han sido, aquí también, el criterio menos valorado (11%) siendo la fiabilidad el más (40%), de forma que la fiabilidad, por si sola, acapara casi la mitad de la puntuación.

1.5. Resultados de la encuesta de percepciones: PUNTUACIÓN SERVQUAL (diferencia entre expectativas y percepciones):

- Se observa que, de forma global, la puntuación Servqual es negativa (las percepciones son inferiores a las expectativas), siendo especialmente importante el déficit observado en el Servicio de Radiología (-97) y más concretamente en los criterios: elementos tangibles (-24) y fiabilidad (-35) de dicho servicio.

- Sólo el Servicio de Anestesia tiene puntuaciones positivas en los criterios de fiabilidad (+1) y seguridad (+2).

- No obstante, estos resultados deben ser matizados por dos hechos que a nuestro juicio son importantes:

  a) "Cautividad" de los clientes: no hay referencia en el tiempo, de forma simultánea, de otros servicios y por tanto resulta difícil la comparación (se comparan recuerdos, no experiencias concurrentes).

  b) No se conoce el precio de los servicios: éste es uno de los datos considerados fundamentales para los autores del Servqual. Son pues, servicios gratuitos, con lo que ello supone de cara a su evaluación.

A) BÚSQUEDA DE OPORTUNIDADES DE MEJORA:

La metodología utilizada (diagrama de afinidades) se ha mostrado útil para obtener propuestas de mejora. Los participantes de las reuniones de clientes internos valoraron de forma positiva el anonimato.

Aunque alguna de las propuestas revelaban cierto grado de conocimiento de los usuarios del trabajo realizado en los servicios centrales (por ejemplo: "Calibración más frecuente de los aparatos de laboratorio"… se hace de forma automática todos los días…), en general su análisis revela un déficit en la realización del servicio (46% de las propuestas) o normas de calidad equivocadas (43%).

En cuanto a la implicación en las soluciones a los problemas, es el servicio el que de una u otra forma aparece como mayor responsable en el 66% de las propuestas recogidas.

B) SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS PLANTEADOS:

- La mayoría de las propuestas planteadas por los clientes internos a los servicios han sido solucionadas de forma total (74%) o parcial (13%).

- También se ha solucionado un alto porcentaje de problemas detectados por el propio servicio y que puede solucionar el mismo: el 50% se ha solucionado totalmente y el 23% parcialmente. Llama la atención el hecho de que las propuestas de mejora presentadas por el propio servicio hayan sido solucionadas en menor proporción que las planteadas por sus clientes.

- En cuanto a las propuestas planteadas a la institución por los clientes han sido relativamente pocas en número (7,6%) y se han solucionado total o parcialmente en el 86% de los casos.

- Ha sido más difícil para la institución solucionar las demandas de los propios servicios: en el 46% de los casos no se han solucionado las propuestas.

- Cuando han estado implicados ambos (institución y servicios) en la solución de propuestas, los resultados han sido dispares, de las 15 propuestas de mejora planteadas se han solucionado 6 totalmente y 5 parcialmente.

- En general, se observa una mayor dificultad para la solución de las propuestas cuando éstas son planteadas por los propios servicios (lógicamente, algunas tienen un fuerte carácter reinvindicativo) y cuando en la solución está implicada la institución (en algunos casos la solución conlleva un elevado coste económico).

C) REEVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA:

En general, se observa una mejoría en la calidad percibida respecto a la primera evaluación, pero estos datos nos parecen poco consistentes ya que no hemos explorado las expectativas, y éstas según los autores del Servqual, también pueden haber cambiado en el tiempo.

Por ello creemos oportuno, en breve plazo, volver a explorar las expectativas, percepciones y ponderación de la calidad de los clientes internos de los servicios centrales de nuestro hospital. Utilizaremos para ello la misma metodología seguida en la primera evaluación.

2 ENCUESTA SERVQUAL (tercera evaluación):

2.1. Adaptación de la encuesta. Utilizamos la encuesta de la primera evaluación, al igual que en aquella ocasión, tuvimos alguna dificultad por la falta de seguridad, en cuanto a confidencialidad de los datos, por el hecho de incluir en la encuesta preguntas de tipo epidemiológico (sexo, edad, años de experiencia y servicio al que pertenecían), por lo que se decidió no incluir estas variables en el estudio.

2.2. Grado de participación. Se ha observado un alto grado de participación tanto en la primera (85%) como en la segunda (100%) y tercera evaluación (próxima al 100%), a pesar de que a muchos de los encuestados se les entregó más de una encuesta (por ejemplo los servicios quirúrgicos fueron encuestados sobre los tres servicios centrales) y el alto número de declaraciones de las encuestas (22 en expectativas y otras 22 en percepciones), así como la ponderación.

2.3. Resultados de encuesta de expectativas. La puntuación no- ponderada revela como criterio más valorado la fiabilidad y el menos los elementos tangibles. No obstante la diferencia de las medias de ambos criterios no alcanza a un punto. Por servicios, la fiabilidad ha sido también el criterio más valorado en Radiología, Laboratorio y Anestesia.

2.4. Resultados de la importancia relativa de los criterios. Los elementos tangibles han sido, aquí también, el criterio menos valorado (12%) siendo la fiabilidad el más (35%), de forma que la fiabilidad, por sí sola, acapara casi la mitad de la puntuación.

2.5. Resultados de la encuesta de percepciones: PUNTUACIÓN SERVQUAL (diferencia entre expectativas y percepciones):

- Se observa que, de forma global, la puntuación Sevqual es negativa (las percepciones son inferiores a las expectativas), siendo el más importante déficit observado en el Servicio de Anestesia (-59) y más concretamente en los criterios: fiabilidad (-23) y empatía con (-15) de dicho servicio.

- A diferencia de la primera evaluación, ningún servicio presenta valoración positiva en ninguno de los criterios evaluados.

- No obstante, estos resultados deben ser matizados por dos hechos que a nuestro juicio son importantes:

  a) "Cautividad" de los clientes: no hay referencia en el tiempo, de forma simultánea, de otros servicios y por tanto resulta difícil la comparación (se comparan recuerdos, no experiencias concurrentes).

  b) No se conoce el precio de los servicios: este es uno de los datos considerados fundamentales para los autores del Servqual. Son pues, servicios gratuitos, con lo que ello supone de cara a su evaluación.

3 COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA Y TERCERA EVALUACIÓN:

No se observa una mejoría significativa de la calidad percibida, de forma global, no obstante llama la atención los siguientes hechos:

3.1. Porcentaje de clientes "satisfechos": hemos considerado clientes satisfechos a aquellos cuya diferencia de puntuación total entre percepciones y expectativas era positiva o igual a cero.

Globalmente ha mejorado en un 1%. El análisis por servicios muestra una mejoría notable en el Servicio de Radiología han aumentado un 13% los clientes satisfechos. Llama igualmente la atención el empeoramiento relativo en cuanto a clientes satisfechos que tiene el Servicio de Anestesia que pasa del 31,3% al 26,3%, algo similar ha ocurrido con el Servicio de Laboratorio.

No hemos encontrado relación en este punto con el número y la solución a las propuestas de mejora planteadas (tanto por los clientes como por el propio servicio).

3.2. Diferencias entre expectativas y percepciones entre la primera y tercera evaluación:

- En el Servicio de Anestesia han aumentado las expectativas en lo que se refiere a los criterios: seguridad, empatía y elementos tangibles y han disminuido con respecto a la fiabilidad.

- En el Servicio de Radiología han existido pequeñas variaciones: han aumentado las expectativas en cuanto a seguridad, elementos tangibles y capacidad de respuesta y han disminuido en cuanto a fiabilidad y empatía.

- Las diferencias más llamativas se han encontrado en el Servicio de Laboratorio: han disminuido de forma notable las expectativas en cuanto a la capacidad de respuesta, encontrando también una disminución menos importante en las expectativas de fiabilidad y pequeños aumentos en elementos tangibles, seguridad y empatía.

Las diferencias en las percepciones entre la primera, segunda y tercera evaluación, han sido poco importantes, únicamente cabe mencionar:

- Una disminución paulatina de la fiabilidad en el Servicio de Anestesia.

- También se observa una disminución respecto a anteriores evaluaciones en la fiabilidad en laboratorio.

- Por lo que respecta a los demás criterios se aprecia estabilidad o mejoría en todos los servicios.

3.3. Diferencia en la puntuación SERVQUAL entre la primera y tercera evaluación:

Se observa una disminución de la puntuación Servqual en el Servicio de Laboratorio y especialmente en el Servicio de Anestesia.

No encontramos explicación lógica a este hecho, no obstante cabe hacernos una pregunta en los servicios que han "empeorado" ¿Qué habría ocurrido de no haber efectuado acciones de mejora?, posiblemente las percepciones habrían sido peores. No obstante, los responsables de los servicios habrían de tener presentes estas circunstancias.

El Servicio de Radiología, que partía como el peor valorado en la primera evaluación presenta una notoria mejoría, aunque existen diferencias en cuanto a expectativas y percepciones, su diferencia ha disminuido.

17 Programa de garantía de calidad en un Servicio de Medicina Intensiva (UCI): la monitorización de la infección nosocomial

Investigador principal:	Palazón Sánchez, Antonio César
Referencia proyecto:	97/0506
Año:	1997
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Intensiva (UCI)
Ayuda concedida:	1.322,23 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Medicina Intensiva. Infección nosocomial. Control de calidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Monitorizar los indicadores de infección nosocomial en un Servicio de Medicina Intensiva.
2. Analizar y comparar estos indicadores con las recomendaciones por los CDC (Centers Disease Control).
3. Poner en marcha un programa de intervención para la potencial mejora de dichos indicadores.
4. Mejora de los estándares de infección nosocomial (IN) admitidos actualmente con la consiguiente mejora en la calidad de un Servicio de Medicina Intensiva.
5. Reducción de la mortalidad asociada a IN.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo sobre los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Intensiva, de un hospital de segundo nivel, que consta de 10 camas polivalentes.

Muestreo: Tamaño muestral total corresponde a 200 pacientes consecutivos en el primer periodo de estudio y otros 200 durante el segundo.

Criterios de evaluación:

C1. Pacientes que se encuentren bajo ventilación mecánica o anticoagulados recibirán vía enteral 30 minutos antes de la ingesta oral 1 g de sucralfato antes de la 4ª comida (cada 6 horas), pinzando la sonda nasogástrica si existe 20 minutos después.

C2. Todo paciente postoperatorio que ingrese en UCI con profilaxis antibiótica previa al ingreso recibirá el mismo tratamiento profiláctico durante el tiempo establecido.

C3. La cateterización venosa se realizará bajo las medidas estrictas de asepsia establecidas (limpieza y desinfección de la zona, guantes, mascarilla, etc.).

C4. El sondaje vesical se realizará de acuerdo a lo establecido para los catéteres venosos.

C5. La toma de la muestras para realizar cultivos antimicrobianos mediante aspiración endotraqueal, se realizará con catéter no reesterilizable, debiendo ser procesada la muestra no más de cinco minutos tras la toma, siguiendo las mismas condiciones de asepsia establecidas.

Ámbito de estudio:

Servicio de Medicina Intensiva con una capacidad de 10 camas, con 666 ingresos/año, en el seno de un hospital general de adultos de segundo nivel.

Sujeto de estudio:

Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI) más de 24 horas y hasta 72 horas tras el alta de UCI, durante el marco temporal comprendido entre enero de 1998 a diciembre de 1999.

Criterios de exclusión:
Pacientes ingresados antes del comienzo del periodo del marco temporal y que permanecen ingresados al finalizar el mismo.

RESULTADOS:

En el presente estudio hemos tratado de comprobar si la instauración de unas medidas de intervención pueden ser herramientas útiles para disminuir la infección nosocomial de pacientes ingresados en UCI. El marco de estudio se ha situado en el contexto de un Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente con diez camas de un Hospital General de Adultos. Tras un periodo observacional en el que se incluyeron doscientos pacientes se iniciaron las medidas correctoras incluyendo otros doscientos.

Entre estas medidas correctoras (criterios) figuraban, la administración de sucralfato como medio para disminuir la posible contaminación bacteriana desde el tracto digestivo al respiratorio, una política de profilaxis antibiótica basada en respetar el tratamiento previo al ingreso en UCI (fundamentalmente para pacientes postoperatorios), y la toma de una serie de medidas basadas esencialmente por una parte en la asepsia a la hora de instaurar catéteres venosos o sondas vesicales, y por otra en la rapidez de procesamiento de las muestras corporales para determinación de cultivos antimicrobianos. Estas hipótesis de trabajo se verían aceptadas si se producía una disminución de la infección nosocomial en cualquiera de las dimensiones estudiadas: neumonía (asociada o no a ventilación mecánica), infección de catéteres vasculares, infección urinaria e infección de herida quirúrgica.

Los criterios para definir la infección nosocomial utilizados han sido, a nuestro entender, bastantes estrictos por cuanto consideramos como tal la que aparece tras las 48 horas siguientes al ingreso en UCI y la que aparece a las 72 horas tras el alta de la misma. De esta forma se evitan posibles contaminaciones de los datos previos al ingreso y tras el alta del mismo.

Analizando el cumplimiento de los criterios propuestos tras la primera fase del estudio comprobamos una alta proporción de los mismos referente a los criterios para la inserción y cuidados de catéteres vasculares y sondas vesicales así como para el procesamiento de las muestras. Sin embargo existen incumplimientos a los que no somos ajenos y cuya explicación puede atribuirse a varios factores. Entre ellos podemos citar los periodos vacacionales (ausencia del personal investigador), el cambio de personal fijo por eventual (inevitable), los periodos festivos (dificultad para el procesamiento de las muestras como se exigía en el protocolo propuesto), etc., pueden haber influido en estos resultados.

El análisis de los cumplimientos de los dos primeros criterios, administración de sucralfato y profilaxis antibiótica resulta aún más llamativo. Sin embargo de los 38 pacientes ventilados mecánicamente en el grupo B cumplieron el protocolo todos los pacientes, por el contrario de los pacientes bajo anticoagulación (80) sólo cumplieron el protocolo 12, el resto de incumplimientos fue debido en un 82% de los casos a olvidos del protocolo, alteraciones gastrointestinales concomitantes, y contraindicación secundaria a complicaciones de la enfermedad que provocó el ingreso (fundamentalmente hemorragia digestiva). El cumplimiento del criterio de preservar la misma profilaxis antibiótica al ingreso en UCI fue aún menor, fundamentalmente debido a la instauración de protocolos de antibióticos profilácticos denominados cortos en cirugía programada (menor de dos días generalmente).

Las características epidemiológicas de los dos grupos estudiados son bastantes similares, y aunque existe una mayor prevalencia del sexo masculino debemos señalar que es una proporción constante de todos los ingresos de nuestro servicio.

El número de infecciones nosocomiales se cifró en 31 casos (7,5%) para el primer grupo (A) y en 20 casos (5%) para el segundo (p=NS), lo que aporta unas tasas de infección nosocomial del 15,5% y del 10% respectivamente, cifras relativamente bajas con respecto a otras series (Aylife, 8% - 42%). No obstante no debemos olvidar que cerca del 66% de nuestros ingresos están catalogados como patología coronaria que, teóricamente, tienen un riesgo de infección nosocomial muy bajo.

La mortalidad atribuible en los grupos estudiados es prácticamente idéntica 10,5% y 10% para el grupo A y B respectivamente, cifras prudentes comparadas con datos publicados en el estudio EPIC sobre 4.501 pacientes (20,6%).

La tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en nuestro estudio es de 3,5% muy inferior a lo publicado en series previas del Estudio Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial en UCI (ENVIN - UCI) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) que oscilan en el 6,85%. De los 7 pacientes que presentaron NAVM en el segundo grupo destaca una edad significativamente superior en relación a los pacientes del mismo grupo que no precisaron ventilación mecánica y que también desarrollaron una neumonía nosocomial (70 años vs. 49), y que la mortalidad fue de 3 pacientes (43%) para el grupo con NAVM y de sólo uno en el grupo de neumonía no asociada a ventilación mecánica (25%) ($p<0,05$). Estos valores de mortalidad asociada a NAVM se aproximan a los previos publicados por Fagon et al. En cualquier caso parece que la edad en las series que nos preocupan ejerce también un poderoso factor pronóstico.

Las tasas de incidencia de infecciones por sonda uretral obtenidas en el primer periodo de estudio siguen las notificadas previamente, pero tras las medidas correctoras hemos podido comprobar que las mismas pueden reducirse a la mitad (7% grupo A vs. 3% grupo B). Estos resultados sin duda ofrecen una valoración positiva de las medidas adoptadas para este fin. El mismo comentario merecen las infecciones por catéter y de la herida quirúrgica aunque la disminución, cuando se produce no es significativa.

CONCLUSIONES:

1. La realización de un método de seguimiento y vigilancia de la infección nosocomial en la UCI permite establecer unas características propias del tipo de UCI y comparar los resultados obtenidos con estándares publicados. En general, la infección nosocomial en nuestro ámbito puede considerarse como aceptable. La instauración de medidas correctoras debe ajustarse a distintos modelos de patología. Los factores de riesgo innatos a determinadas poblaciones de pacientes son difíciles de aislar a la hora de generar un patrón pronóstico acerca de qué pacientes podrán desarrollar posteriormente una infección nosocomial.

2. La mortalidad atribuible a la infección nosocomial no puede disminuirse con las medidas de control propuestas en este estudio, aunque existe una mínima tendencia a disminuirla.

3. En vista de estos datos y dado que la mortalidad registrada en este estudio es, en vista de resultados previos, más que aceptable, quizás sería conveniente analizar un grupo más numeroso para ver si esta tendencia sigue un curso paralelo a lo observado.

18 Profilaxis antibiótica: optimización de los recursos en la práctica asistencial del Hospital General Universitario de Murcia

Investigador principal:	Palazón Sánchez, Eugenio Luis
Referencia proyecto:	97/0508
Año:	1997
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario de Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Cuidados intensivos
Ayuda concedida:	1.502,53 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Profilaxis antimicrobiana. Cirugía

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Evaluación de la situación actual de la problemática de nuestro centro, mediante la recogida anónima de casos clínicos, determinando finalmente 3 parámetros básicos:

   - Grado de cumplimiento de la profilaxis.

   - Seguimiento correcto de las recomendaciones vigentes en cuanto a elección del fármaco y duración del tratamiento.

   - Porcentaje de infecciones de la herida quirúrgica.

2. En el supuesto que los resultados de esta primera fase consoliden la impresión preliminar de un seguimiento escaso de las actuales recomendaciones, plantear una serie de medidas encaminadas a corregir defectos en la aplicación de las vigentes normas.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Muestreo: La muestra la constituyeron 100 pacientes en cada fase.

Criterios de evaluación: Criterio 1. El paciente lleva profilaxis; criterio 2. Es adecuada la elección y criterio 3. Es correcta la duración.

Ámbito de estudio: Hospital General Universitario de Murcia.

Sujeto de estudio: Todos aquellos pacientes sometidos a cirugía electiva con indicación de profilaxis antibiótica.

RESULTADOS:

Primera fase del proyecto.

Movidos por el interés de la problemática, el presente proyecto, evalúo en una primera fase la situación de la profilaxis antimicrobiana en cirugía electiva en el Hospital General Universitario de Murcia, en base a las recomendaciones que sobre este tema, había emitido la Comisión de Infecciones y Política antibiótica de dicho hospital.

En esta primera fase, se evaluaron de manera prospectiva un total de 76 pacientes programados para cirugía electiva.

La edad media de los pacientes fue de 66,67 años (DE 13.32) rango 25-89 años y la distribución por sexo mostró 41 varones (53,95%)

En esta primera fase, se valoraron 3 parámetros básicos:

1. Grado de cumplimiento de la profilaxis: 69 (90,79%) de los pacientes valorados, tenían prescrito algún tipo de profilaxis antibiótica (criterio 1 de los valorados), siendo importante la dispersión en cuanto a los fármacos utilizados en nuestro medio, lo que contrasta con el reducido arsenal terapéutico recomendado en las normas de profilaxis (6 productos activos en estas normas: cefazolina, amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefoxitina, metronidazol y gentamicina).

2. Seguimiento de las recomendaciones locales vigentes en cuanto a elección del fármaco y duración del tratamiento:

   2.1. En cuanto a la elección correcta del fármaco (criterio 2), un 66,47% de los casos (n = 49), fueron tratados con fármacos no recomendados por las vigentes normas de uso local.

   2.2. La duración de la profilaxis (criterio 3) fue un criterio incumplido en el 59,21% de los pacientes estudiados (n = 45).

3. Porcentaje de infecciones de herida quirúrgica: 5 pacientes estudiados en esta fase (6,58%), desarrollaron infección de la herida, y de éstos, sólo un (20%), cumplió las normas establecidas, tanto en elección como en duración.

Mecanismos de intervención:

Objetivada la existencia de un incumplimiento importante de las normas, aproximadamente el 60% de pacientes sometidos a cirugía electiva en nuestro centro, nos propusimos la puesta en marcha de unas medidas correctoras, destinadas a intentar mejorar el grado de adhesión a las normas de profilaxis antibiótica.

A) Divulgación personalizada de las normas de profilaxis antibiótica en cirugía, entre todos los facultativos del hospital, mediante impresos de sencillo transporte y consulta rápida, con especial énfasis en los grupos de profesionales, más directamente implicados, a saber equipos quirúrgicos y anestésicos, de indudable repercusión sobre la calidad de este elemento asistencial.

B) Divulgación de los fármacos antimicrobianos de uso controlado en el hospital, que precisan una solicitud expresa al Servicio de Farmacia, ninguno de los cuales se encuentra incluido en las normas de profilaxis antibiótica.

Para cumplir estos objetivos, se imprimieron ejemplares de las normas recogidas con las recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica del Hospital General Universitario de Murcia, solicitando posteriormente a la Dirección Médica del Hospital General Universitario, que los remitiera de manera personalizada a todos los facultativos del centro. Pese al envío por parte de la dirección a todos los servicios de los folletos impresos, un sondeo realizado 30 días tras este envío, objetivó que un 53,4% (8 de 15) de las personas encuestadas, desconocía la existencia de las recomendaciones impresas, por lo que se procedió a nueva divulgación por parte del equipo investigador.

Segunda fase del proyecto.

Tras las medidas de mejora desarrolladas, se recogieron con idéntica metodología a la empleada en la primera fase, un total de 55 pacientes, igualmente sometidos a cirugía electiva.

- Con respecto a las características demográficas de la muestra, la media de edad fue de 68,04 (DE 13,96) con un rango de 26-93 años. La distribución por sexo mostró un 76,36% de varones (n = 42).

Los resultados de esta fase, valorando con igual metodología los criterios considerados en la primera parte del estudio fueron:

1. Grado de cumplimiento de la profilaxis:

Un 96,96% de los pacientes incluidos (n = 53), siguieron algún tipo de norma de profilaxis. Es de destacar en esta fase, una reducción en el número de fármacos utilizados en la profilaxis, pasando de la gran dispersión de la fase anterior (15 variedades) a 8 tipos distintos, aproximándose bastante a las recomendaciones emanadas desde la comisión.

2. Seguimiento de las recomendaciones locales vigentes en cuanto a elección del fármaco y duración del tratamiento:

2.1. En cuanto a la elección correcta del fármaco, un 40% de los casos (n = 22), fueron tratados con fármacos no recomendados por las normas.

2.2. La duración de la profilaxis (criterio 3) fue un criterio incumplido en el 63,64% de los pacientes estudiados (n = 35).

3. Porcentaje de infecciones de herida quirúrgica: 2 pacientes estudiados en esta fase (3,64%), desarrollaron infección de la herida, y de ambos casos, sólo cumplieron las normas establecidas en cuanto a elección del antimicrobiano indicado, siendo incorrecta la duración.

CONCLUSIONES:

1 Hemos apreciado un cambio significativo en las costumbres de nuestro centro respecto al tema considerado pues, de ser la incorrecta elección del fármaco (criterio 2) el principal criterio incumplido en la primera fase del estudio, en la segunda, es la duración incorrecta (criterio 3) la principal fuente de incumplimientos.

Sin duda, esta posición, aún lejos de lo ideal (que sería el total seguimiento de las normas), es más positiva y explicable, pues, si bien es cierto que con respecto a la elección del fármaco a utilizar, existe poca dispersión en la literatura, la duración es un tema más controvertido y todavía existe un amplio sector de la profesión que comulga con la idea que cuanto más tiempo se mantenga un antibiótico profiláctico, menor será el riesgo de infección, afirmación que no se puede mantener con la evidencia científica actual.

2 Resulta positivo también, el hecho de haberse reducido la dispersión en el arsenal terapéutico antibiótico empleado en la profilaxis antimicrobiana en cirugía, y aunque igualmente todavía estamos lejos de la situación más idónea, es clara la tendencia conseguida hacia el empleo de los fármacos con más frecuencia recomendados en las pautas actuales (cefazolina y amoxicilina - clavulánico).

3 Hemos apreciado un descenso en la tasa de infecciones postoperatorias de la herida quirúrgica entre las dos fases analizadas (6,58% vs. 3,64%), pese a la mayor utilización de regímenes terapéuticos menos "agresivos" durante la segunda fase, hecho en consonancia con la mayor parte de opiniones que en la actualidad existen sobre la profilaxis.

Llama asimismo la atención el hecho que, precisamente los dos pacientes infectados, se incumplió el protocolo en cuanto a una duración más prolongada de la recomendada, lo cual, apoyaría el hecho que el mantener el tratamiento antimicrobiano más allá de 24-48 horas, no reduce el riesgo de infección.

Nuestros resultados, sugieren que una política de concienciación de la población sanitaria implicaba en cuanto al seguimiento de las normas recomendadas de profilaxis antimicrobiana en cirugía, puede contribuir a un empleo más riguroso del arsenal terapéutico disponible, sin implicar un aumento en el riesgo de infecciones posquirúrgicas.

Sin duda, en un futuro, exista una tendencia progresiva a una mayor adhesión a las pautas recomendadas, hecho, que sin duda alguna no se verá acompañado de un incremento en el número de infecciones.

19 Administración inadecuada de broncodilatadores y corticoides inhalados a pacientes respiratorios crónicos en el medio hospitalario

Investigador principal:	Sánchez Nieto, Juan Miguel
Referencia proyecto:	97/0509
Año:	1997
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Unidad de Investigación
Ayuda concedida:	2.488,19 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	17 meses
Palabras clave:	Administración inadecuada. Fármacos inhalados y hospital

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Incrementar el grado de conocimientos y la destreza en la medicación inhalada de los profesionales sanitarios (DUE) responsables del cuidado de los pacientes con enfermedades de las vías aéreas (EPOC y asma).
2. Establecer un programa de adiestramiento para pacientes sobre las técnicas de administración de medicación inhalada que se ha perpetuado aun cuando se concluyó la fase de evaluación de los resultados y permanece activo en la actualidad.
3. Aportar la experiencia alcanzada durante el ciclo de mejora para introducir diferentes protocolos en la Vía Clínica del EPOC desarrollada en nuestro hospital.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Ciclo de mejora de calidad asistencial.

Universo: Base institucional.

Muestreo: Sistemático. Tamaño de la muestra de 40 a 50.

Criterios de evaluación: Contenido de los criterios encuesta - demostración de pacientes.

Criterio 1. Contesta afirmativamente a la pregunta: ¿Le han dado algún tipo de información o le han enseñado como utilizar la medicación inhalada desde que ingresó en el hospital? Si/No

Criterio 2. Se le han prescrito fármacos inhalados a pacientes que la situación respiratoria o el estado físico hacen improbable que éste se autoadministre los inhaladores o reconoce no hacerlo.

Criterio 3. El paciente agita el cartucho antes de iniciar la toma: Si/ No.

Criterio 4. El paciente gira la rueda inferior del Turbuhaler® hasta oír "clic".

Criterio 5. El paciente realiza la espiración antes de acoplar la boquilla a los labios.

Criterio 6. En el cartucho presurizado el paciente inicia la inspiración justo antes de realizar la pulsación (disparo).

Criterio 7. En el dispositivo Turbuhaler® el paciente realiza una inspiración rápida y enérgica.

Criterio 8. Una vez realizada la inspiración, aguanta la respiración (apnea) al menos cinco segundos.

Contenido de los criterios test - demostración de DUE

Criterio 1. Contesta correctamente cuatro preguntas de respuesta sencilla sobre el "dispositivo presurizado".

Criterio 2. Contesta correctamente tres preguntas sencilla sobre el dispositivo en polvo seco Turbuhaler®.

Criterio 3. El profesional agita el cartucho antes de iniciar la toma: Si/No.

Criterio 4. El profesional gira la rueda inferior del Turbuhaler® hasta oír "clic".

Criterio 5. El profesional realiza la espiración antes de acoplar la boquilla a los labios.

Criterio 6. En el cartucho presurizado el profesional inicia la inspiración justo antes de realizar la pulsación (disparo).

Criterio 7. En el dispositivo Turbuhaler® el profesional realiza una inspiración rápida y enérgica.

Criterio 8. Una vez realizada la inspiración, aguanta la respiración (apnea) al menos cinco segundos.

Ámbito de estudio: Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: 1. Profesionales: DUE adscritos a las plantas de hospitalización de Medicina Interna y Neumología; 2. Pacientes ingresados en las plantas de Medicina Interna y Neumología con diagnósticos de EPOC y asma que precisan administrarse fármacos inhalados.

RESULTADOS:

Primera fase: análisis del problema.

De julio a diciembre del 97 se estudiaron:

- 54 pacientes ingresados consecutivamente en las planta de Medicina Interna y Neumología con diagnósticos de EPOC o asma, a los que se les prescribió medicación inhalada en las órdenes de tratamiento. 37 hombres (68,5%) y 17 mujeres (31,5%).

- 52 profesionales: DUE adscritos a las plantas de hospitalización de Medicina Interna y Neumología.

A 49 pacientes (90,7%) se les había informado, al ingreso en el hospital de como utilizar la medicación inhalada por parte de algún enfermero/a. (Criterio 1).

Solamente a 6 pacientes (11,1%) se les prescribió medicación inhalada aunque eran incapaces de administrársela por ellos mismos. Los criterios que miden la destreza en la maniobra de inhalación, criterios 3 al 8 fueron cumplidos por 7 pacientes (12,0%). Los pasos más importantes de la maniobra de inhalación: espiración (criterio 5), inspiración (criterio 6) y apnea (criterio 8) se realizan incorrectamente en el 70% de los pacientes. El paso de la maniobra peor realizada fue la espiración (criterio 5). Los pacientes que nunca habían tomado medicación inhalada incumplían más el criterio 8 (p=0,003).

Los criterios 1 y 2 (siete preguntas) que valoraban el conocimiento teórico sobre los dispositivos testados en el estudio: cartucho presurizado (cuatro preguntas) y polvo seco o Turbuhaler® (tres preguntas) son contestadas correctamente por 3 encuestados (5,7%). El conocimiento sobre el dispositivo en "polvo seco" Turbuhaler®, es menor que sobre el "dispositivo presurizado", 17 versus 57%. El criterio de demostración de la técnica de inhalación más incumplido por los DUEs es el criterio 6 que mide la coordinación entre inspiración y pulsación con el "cartucho presurizado". Los criterios 3 al 8 que miden la maniobra completa de inhalación son realizados correctamente por un 9% de los DUE evaluados. Los ocho criterios evaluados son cumplidos por dos DUE (3,5%).

Segunda fase: medidas de intervención.

Se incluyen en el Programa de Formación 61 DUE, de ellos se seleccionan una vez valorada la destreza y los conocimientos teóricos mediante la encuesta - demostración siete monitores. En los talleres han sido adiestrados un total de 103 pacientes.

Tercera Fase: re-evaluación.

41 profesionales son reevaluados mediante la misma sistemática y tests seguidos en la fase primera.

El criterio 6 que mide la coordinación entre inspiración y pulsación con el cartucho sigue siendo el más incumplido en esta fase del estudio. Existe una mejora significativa en el comportamiento global de todos los criterios evaluados. Los ocho criterios evaluados son cumplidos por 17 encuestados (41%) frente a dos (3,5%) de la primera fase. En los criterios dos (p= 0,000002), tres (p= 0,0525) y ocho (p= 0,00001) sufren un cambio significativo tras las medidas de intervención.

58 pacientes que han estado en los Talleres de iniciación, y que previamente ingresaron de forma consecutiva en las plantas de Medicina Interna y Neumología, son reevaluados para los criterios 3 al 8 con idéntica sistemática a la seguida en la fase primera del estudio. Los criterios más incumplidos son el 4 y el 7 que corresponde a girar la rueda inferior del Turbuhaler® hasta oír clic y realizar una inspiración rápida y enérgica con este mismo dispositivo. Existe una mejora significativa en los criterios tres (p= 0,03), criterio cinco (p= 0,00001), criterio siete (p= 0,007) y criterio ocho (p= 0,00001).

CONCLUSIONES:

1. El nivel de conocimientos teóricos sobre los dispositivos de inhalación entre los profesionales sanitarios encuestados, es extremadamente bajo.

2. Los pasos más importantes que demuestran la destreza de los pacientes y profesionales en las maniobras de inhalación, con los dispositivos testados: "cartucho presurizado" y "Turbuhaler®"; se realizan incorrectamente, en más de dos tercios de los pacientes y profesionales sanitarios estudiados.

3. Los pasos de demostración de la técnica de inhalación más incumplido por los pacientes fue la apnea y en el personal sanitario la coordinación entre inspiración y pulsación con el "cartucho presurizado".

4. Mejora significativamente la destreza en ambas unidades de estudio al completar el ciclo de calidad, espiración y apnea en los DUE y agitar el cartucho, espiración, inspiración rápida y enérgica y apnea en los pacientes.

5. Mejora significativamente los conocimientos teóricos sobre los dispositivos de inhalación entre los profesionales sanitarios encuestados, tras realizar el programa de formación.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Sánchez Nieto JM, López Martínez P, Alemany Francés L, Caballero Rodríguez J, Alcaraz Martínez J. Administración inadecuada de fármacos inhalados en el medio hospitalario. Revista de Calidad Asistencial 1998; 13(6):319. (XVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

2. Implantación de un Programa de Calidad Asistencial en un Hospital de Área: Administración Inadecuada de Fármacos Inhalados. Premio Metas. Revista de Enfermería 1999.

3. Sánchez Nieto JM, López Martínez P, Cos Zapata A, Crespo Paesa P, Alcaraz Martínez J, Caballero Rodríguez J, López López E. Programa de Formación de Personal Sanitario en Técnicas de Medicación Inhalada. Revista de Calidad Asistencial 1999; 14 (6):489. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

4. Programa de Formación de Personal Sanitario en Técnicas de Medicación Inhalada. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). 15-18 mayo 2000.

20 Programa de evaluación y mejora de la calidad aplicado al desarrollo del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)

Investigador principal:	Herranz Valera, José Javier
Referencia proyecto:	97/0510
Año:	1997
Organismo:	Insalud
Centro:	Centro de Salud "Virgen de la Consolación (Molina - La Ribera)
Departamento/servicio/unidad:	Medicina General
Ayuda concedida:	3.606,07 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	10 meses
Palabras clave:	Prevención. Promoción. Calidad. Auditoría. Informes de usuarios

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Conocer el nivel de cumplimiento del PAPPS en nuestro centro.
2. Identificar los objetivos de mejora en relación al PAPPS.
3. Identificar las causas de las deficiencias.
4. Diseñar estrategias de mejora.
5. Valorar las diferencias en la información que aporta el informe del usuario y la auditoría de historias.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se plantea un doble ciclo evaluativo completo mediante dos técnicas diferentes (informe del usuario report of patients, tal y como se diseñó y validó en el proyecto PROSPER - SPAIN).

- Primer paso. Remisión por correo de 480 cuestionarios (modelo validado previamente en el proyecto PROSPER mediante el test de Kappa, sensibilidad y especificidad), para obtener, en función de la tasa de respuesta obtenida en el pilotaje del proyecto, 100 cuestionarios contestados. Remitiendo una carta de recuerdo al mes del envío del cuestionario (cuestionarios no devueltos y no constestados)

- Segundo y tercer paso. Presentación de datos, discusión y diseño de intervenciones conjunto con la auditoría de historias.

- Cuarto paso. Remisión de un nuevo cuestionario con la misma metodología del primero.

- Auditoría interna y retrospectiva. Mediante revisión cruzada de historias por los propios profesionales (PEER - REVIEW) diseñando previamente criterios normativos y explícitos para cada variable con sus excepciones y especificaciones.

Universo: Pacientes de 18 a 80 años atendidos en el Centro de Salud de Molina durante el periodo de estudio.

Muestreo: Estratificado por edad mediante extracción sistemática de un listado de la población diana ordenado por edad. Tamaño: 141 pacientes fueron necesarios para la auditoria. Confianza 95% y precisión 10%. Cuando no se encontró alguna de las historias seleccionadas se sustituyó por la inmediata siguiente. Para el informe del usuario: 480 cuestionarios. Confianza 95% y precisión 10%.

Muestreos complementarios: Dado el bajo número de casos obtenidos para algunas de las variables del estudio, ya que son actividades dirigidas a determinados grupos y no población general, se procedió a extraer dos muestreos complementarios utilizando la misma metodología de extracción y sustitución de casos ya descrita. Las citadas muestras fueron:

1. 55 historias de hombres y mujeres mayores de 45 años, para completar la información necesaria para los criterios exploración mamaria, mamografía, anamnesis sobre metrorragia y vacunación antigripal.

2. 35 historias de mujeres mayores de 35 años para completar la información necesaria para el criterio citología cervicovaginal.

Criterios de evaluación: Criterios para la auditoría clínica.

1. Todo paciente mayor de 18 años debe tener hecha anamnesis sobre consumo de tabaco en los últimos dos años.

2. Todo paciente mayor de 18 años fumador debe tener hecho consejo antitabaco en los últimos dos años.

3. Todo paciente mayor de 18 años deberá tener hecha anamnesis sobre consumo de alcohol en los últimos dos años.

4. Todo paciente deberá tener hecha una toma de tensión arterial en los últimos cuatro años si es menor de 40 años o en los últimos dos años si es mayor de 40 años.

5. Todo paciente debe tener hecha una determinación de colesterol total: una en hombres de menos de 35 años o en mujeres de menos de 45 años. Una en los últimos 5 años si es varón mayor de 35 años o mujer mayor de 45 años.

6. Todo paciente mayor de 20 años debe tener una medición de talla.

7. Todo paciente mayor de 20 años debe tener realizada una medición de peso en los últimos dos años.

8. Todo paciente mayor de 20 años debe tener calculado el índice de masa corporal (IMC) en los últimos dos años.

9. Todo paciente mayor de 18 años debe tener recogida en su historia clínica la recomendación de ejercicio físico.

10. Toda persona mayor de 18 años debe tener puesta una dosis de toxoide antitetánico en los últimos 10 años.

11. Toda persona mayor de 65 años debe estar vacunada contra la gripe en el último año.

12. Toda mujer mayor de 40 años debe tener hecha una exploración mamaria en el último año.

13. Toda mujer mayor de 50 años debe tener hecha una mamografía en los últimos dos años.

14. Toda mujer mayor de 35 años debe tener hecha una citología cervico - vaginal en los últimos 5 años.

15. Toda mujer mayor de 50 años debe tener registrada la presencia o no de hemorragia postmenopáusica en el último año.

16. Toda mujer menor de 35 años debe estar vacunada de rubéola.

Ámbito de estudio: Centro de Salud de Molina.

Sujeto de estudio: Pacientes de 18 a 80 años atendidos en el Centro de Salud de Molina en el periodo de estudio.

RESULTADOS:

Los resultados se expresan en frecuencias y porcentajes de cumplimiento, intervalo de confianza y análisis de Pareto y se comparan los métodos mediante intervalo de confianza y ji - cuadrado, expresando las diferencias en valores absolutos y relativos.

Entre los resultados destacan: Peor cumplimiento en somatometría (15,9% y 31,7%) y mamografía (3,2% y 11,5%), mejor cumplimiento en vacunación antigripal (41,5% y 73,9%) y medición del colesterol (48,1% y 65,9%), y las grandes diferencias entre los métodos, destacando mejores resultados en el informe de usuario ($p<0,05$ en todas las actividades excepto mamografía), resaltando vacunación antitetánica, citología y consejo antitabaco (diferencias absolutas del 61,6%; 38,6% y 33,6% respectivamente).

CONCLUSIONES:

1. El nivel de cumplimiento de los criterios de calidad en torno al PAPPS en el centro es aceptable según los resultados del Informe de Usuarios y deficiente de acuerdo con los de la Auditoría de Historias.

2. Las principales deficiencias encontradas en el cumplimiento de los criterios de calidad se centran en la medición de peso, anamnesis sobre consumo de tabaco y medición de la tensión arterial. Entre las tres suman el 60% de todos los incumplimientos ("pocos vitales").

3. Las principales causas de las deficiencias identificadas se centran en torno al deficiente registro de actividades, la falta de motivación y una organización de consultas que no favorece el desarrollo del PAPPS.

4. Las principales medidas correctoras propuestas son la elaboración de protocolos de cumplimiento y registro, las sesiones de formación y divulgación y la reorganización de consultas dando contenido específico al PAPPS.

5. No pudimos desarrollar las medidas propuestas y volver a evaluar para comprobar la eficacia de las mismas debido a los desajustes lógicos que sufrió el equipo con el traslado de local y a la pérdida en el mismo del sistema de información informatizada que se había utilizado hasta entonces.

6. El informe de usuarios ofrece, en este tipo de actividad, una información más completa y fiable para evaluar el PAPPS y es, por lo tanto, una alternativa metodológica válida a la auditoría de historias.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Herranz Valera JJ, Rubio Espín A, Martínez Gonzálvez AB, López Román FJ, Vargas García M, Albaladejo Serrano AP. Evaluación de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Auditoría Clínica versus Informe de Usuario. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Arona, Tenerife. 11-14 diciembre 1999.

21 Criterios de calidad asistencial en la atención al paciente hipertenso

Investigador principal:	Antón Botella, José Joaquín
Referencia proyecto:	97/0513
Año:	1997
Organismo:	Insalud
Centro:	Centro de Salud Santomera
Ayuda concedida:	4.958,35 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	17 meses
Palabras clave:	Criterios de calidad. Hipertensión arterial

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha analizado la variabilidad del contenido de los criterios.
2. Hemos realizado una revisión crítica de los criterios propuestos y desarrollado criterios de calidad basados en evidencias científicas.
3. Hemos valorado el cumplimiento de los criterios en los dos centros de salud.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Muestreo: Base institucional, muestreo aleatorio de las historias clínicas del centro para los criterios 1 y 2 y muestreo aleatorio de todos los pacientes incluidos en programa para el resto de los criterios.

El tamaño de la muestra para la valoración de los criterios relacionados con la detección ha sido de 368 historias clínicas de mayores de 14 años en el Centro de Salud de Alcantarilla y Santomera. Para la valoración de los criterios de proceso y resultados la muestra ha sido de 278 y 292 pacientes hipertensos incluidos en programa en los Centros de Salud de Alcantarilla y Santomera respectivamente. El cálculo se ha realizado considerando un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5% suponiendo un cumplimiento del 50% (máxima indeterminación).

Criterios de evaluación: Los criterios utilizados fueron 38. Relacionados con el cribado HTA (criterio 1 y 2); diagnóstico HTA (criterio 3 y 4); estudio inicial (anamnesis criterios 5 al 7); exploración física (criterios 8 al 10), pruebas complementarias (criterios 11 y 12), valoración del grado de afección orgánica (criterio 13), valoración del riesgo cardiovascular (criterios 14 y 15); tratamiento y medidas higiénico dietéticas (criterio 16); indicación de tratamiento farmacológico (criterios 17 al 20); fármacos de primera elección (criterios 21 y 22), seguimiento (criterios del 23 al 34) y resultados (criterios del 35 al 38).

Ámbito de estudio: Centros de salud de la Comunidad de Murcia (n = 40). Centro de Salud de Santomera y Alcantarilla.

Sujeto de estudio: Pacientes mayores de 14 años con historia clínica abierta en los centros de salud antes del 31 de diciembre de 1998 para los criterios 1 y 2, y pacientes hipertensos registrados antes de la misma fecha para el resto de los criterios.

RESULTADOS:

1. Desde la población diana (varía desde 14 a > 20) o la periodicidad del cribado (varía desde cada 6 meses hasta cada 5 años); hasta la periodicidad de las visitas de seguimiento (entre cada mes y cada 4-6 meses) o la periodicidad de pruebas complementarias (entre 6 meses y 5 años), se observa variabilidad en las recomendaciones propuestas en los protocolos de los centros y en los documentos de referencia.

2. Parte de las recomendaciones de los documentos de referencia no se justifican con evidencias.

3. El grado de cumplimiento de los criterios de calidad es irregular en los dos centros evaluados. Destaca el bajo grado de valoración del riesgo cardiovascular (23,6% y 20,3%). El grado de control estricto de la presión arterial (PA < 140/90) es aceptable en ambos centros (44,4% y 41,5%).

CONCLUSIONES:

1. Hay gran variabilidad en las recomendaciones para la detección, diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento del paciente hipertenso entre los diferentes centros de salud de Murcia.

2. Una persona podría ser diagnosticada o no como hipertensa según de que centro dependa su domicilio dentro de una misma comunidad autónoma.

3. Una vez diagnosticada de hipertensión arterial, una persona recibirá fármacos o no dependiendo del centro de salud al que pertenezca y será tratado con un fármaco u otro dependiendo también de esta circunstancia.

4. Hay recomendaciones que revelan la falta de revisiones periódicas en los protocolos de los centros de salud.

5. Si los centros siguen sus propios protocolos existirán diferencias muy considerables en los procesos y recursos necesarios para atender a los pacientes hipertensos.

6. Es necesaria una revisión científica y sistemática de los protocolos locales para mejorar su fiabilidad y validez.

7. Sería más fácil desarrollar criterios de calidad a partir de protocolos clínicos de referencia si estos se construyeran correctamente.

8. Existe gran variabilidad en las recomendaciones de los protocolos de referencia sobre todo en las áreas de incertidumbre.

9. Una parte de las recomendaciones de los protocolos de referencia no se basan en evidencias.

10. En áreas con evidencias (fármacos de elección), éstas son interpretadas de diferente forma por diferentes grupos de expertos.

11. La gran mayoría de las recomendaciones prácticas de los protocolos de referencia no se justifican con evidencias.

12. Siguiendo la metodología propuesta por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), hemos desarrollado un conjunto de criterios explícitos y normativos para evaluar la calidad asistencial en la atención al paciente hipertenso, en los que se señala el grado de evidencia científica que los respalda.

13. Hay un amplio margen para la mejora en los dos centros de salud evaluados.

14. Los criterios referentes a valoración del riesgo cardiovascular, la exploración del fondo de ojo y la anamnesis son los de más bajo cumplimiento en ambos centros.

15. El grado de control estricto de la presión arterial es aceptable en ambos centros.

22 Estudio de la calidad estructural de los registros de enfermería en centros hospitalarios y de atención primaria pertenecientes al Municipio de Murcia

Investigadora principal:	López Montesinos, María José
Referencia proyecto:	97/0514
Año:	1997
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Escuela Universitaria de Enfermería
Departamento/servicio/unidad:	Dpto. de Enfermería
Ayuda concedida:	1.803,04 euros
Fecha de inicio:	Septiembre de 1997
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Calidad. Investigación. Enfermería

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Como resultado del estudio se ha alcanzado su objetivo, en cuanto a la comprobación del nivel de cumplimiento de los criterios seleccionados, que han medido la calidad del diseño estructural de los registros. Dependiendo de los centros y del nivel de atención que prestan, se reflejan variaciones entre los distintos centros, en cuanto al nivel de cumplimiento de cada uno de los criterios.

DISEÑO:

Metodologia y plan de trabajo

Para llevar a cabo nuestra investigación, se ha contado con la valiosa colaboración de las direcciones de enfermería de los distintos centros hospitalarios y de la gerencia y coordinadores de atención primaria. Este compromiso nos ha facilitado el acceso a la documentación precisa, para llevar a cabo el estudio, durante todo el proceso. La recogida de datos la hemos efectuado el equipo de investigación, con la colaboración de las personas designadas en los centros y personas que con el equipo, han efectuado el tratamiento estadístico de los datos, contando con la ayuda de la Unidad Docente de Bioestadística de la Facultad de Medicina.

Medición de la calidad estructural de 200 registros de enfermería del Hospital "Virgen de la Arrixaca", 101 del Hospital General Universitario, 100 del Hospital "Morales Meseguer", 49 del Centro de Salud de Santa María de Gracia y 50 del Centro de Salud de Vistabella, utilizados de enero a mayo de 1997.

Partiendo de las variables citadas anteriormente, los criterios seleccionados son los que a continuación detallamos, considerando como SATISFACTORIO el resultado, si su cumplimiento alcanza el 50%, ACEPTABLE O MEJORABLE si se cumple en un 30% Y NO ACEPTADO por debajo de un 30%.

Criterios de evaluación:

1º.- Presencia de algún registro de enfermería que se adapte al modelo teórico de cuidados de Virginia Henderson, en cada uno de los centros estudiados.

2º.- Presencia en el diseño estructural de los registros, de una valoración de las necesidades fisiológicas que detallan el modelo de cuidados: oxigenación, alimentación, eliminación, movimiento, higiene, sueño y termorregulación.

3º.- Presencia de una valoración de las necesidades psicológicas: seguridad, recreo, aprendizaje y espiritualidad.

4º.- Presencia de la valoración de las necesidades sociales: comunicación, vestido y trabajo.

5º.- Presencia de algún diagnóstico de enfermería.

6º.- Presencia en el registro de algún apartado para la planificación de objetivos y actividades:

6.1- planificación de objetivos.

6.2- planificación de actividades propias y delegadas.

7º.- Presencia de un impreso de evaluación final de todo el Proceso de Atención de Enfermería que demanda el modelo utilizado como marco de referencia:

7.1- evaluación con referencia de objetivos previos a alcanzar.

7.2- evaluación sin referencia alguna de objetivos previos.

8º.- Forma legible y clara del registro en su diseño estructural.

El plan de trabajo se desarrolló en tres etapas según cronograma establecido por el grupo:

A) Recogida de datos.

B) Análisis de los mismos y tratamiento estadístico.

C) Propuesta de medidas correctoras, tras la evaluación de los resultados y publicación de los mismos a los centros.

RESULTADOS:

En cuanto a las variables: la edad media de los clientes a los que pertenecen los registros estudiados es de 57/61 años. Sexo: hombres 293 (58,6%), mujeres 207 (41,4%). Estancia media de ocupación: en Centros de Atención Primaria 0 días. En centros Hospitalarios. 6,7 días. Ubicación en los centros: los 500 casos pertenecen a ingresos y visitas, en los diversos servicios de hospitalización o programas de AP de los Centros de Salud, que quedan reflejados en los resultados que adjuntamos a la memoria, estando sin ubicar 30 casos en cuyos registros no aparece constancia de en que programa o unidad se ha atendido o ingresado el paciente.

En cuanto al nivel de cumplimiento de los criterios:

Criterio 1º.- se considera satisfactorio al cumplirse en un 93,6% (469 casos).

Criterio 2º.- se considera mejorable ya que no se cumple en general más que en un 43,9% (221 casos), y en particular es significativo en el Hospital Morales Meseguer, donde el nivel de cumplimiento alcanza un 82,5%.

Criterio 3º.- no se acepta. Se cumple solo en un 9,8% (49,7 casos), siendo significativo en el H. Morales Meseguer que se alcanza un 19,7%.

Criterio 4º.- no se acepta. Se cumple en un 15% (75,3 casos), destacando el anterior centro citado con un 27,3%, en cuanto a su nivel de cumplimiento.

Criterio 5º.- no se acepta. Se cumple en un 6% (3 casos). H.M. Meseguer por encima de los otros centros con un 16%.

Criterio 6º.- no se acepta en cuanto a los objetivos ya que se cumple solo en un 1,6%, considerándose satisfactorio en cuanto a las actividades, ya que alcanzan un 56,6% en cuanto a su cumplimentación, sin destacar ni presentar significación, ningún centro sobre otro.

Criterio 7º.- se considera aceptable, ya que se cumple en un 47,8%, siendo aquí significativo el nivel de cumplimiento del criterio en los Centros de Salud con un 59% en el de Santa María de Gracia y un 94% en el de Vistabella, por encima del H. Virgen de la Arrixaca, que destaca de los otros centros hospitalarios con un 54,5%.

Criterio 8º.- se considera satisfactorio al cumplirse el criterio en todos los centros, dándonos un nivel de cumplimiento general de un 87,8%.

DIFERENCIAS ENTRE CENTROS HOSPITALARIOS Y DE ATENCION PRIMARIA.

Se cumple en %:

Crit. 1.- Hospitales = un 91,72%.- Centros de AP. = un 96,95%

Crit. 2.- " = un 48,1%.- " " = un 18,5%

Crit. 3.- " = un 11,3%.- " " = un 3,5%

Crit. 4.- " = un 17%.- " " = un 1,9%

Crit. 5.- " = un 7,5%. " " = un 6,1%

Crit.6.- En general /hospit. y centros de salud) = un 1,4% en cuanto a objetivos y 56,6% en cuanto a actividades.

Crit. 7.- Hospitales = un 36%.- Centros de AP = un 76,5%.

Crit. 8.- Se cumple en general en un 87,8%.

Como resultado final es evidente que destaca el nivel de cumplimiento de los criterios 2, 3 y 4 en los centros hospitalarios, por encima de los de Atención Primaria. Así mismo es significativa la diferencia, en cuanto al nivel de cumplimiento del criterio 7, en los Centros de Atención Primaria por encima de los Hospitalarios.

CONCLUSIONES:

1 Las medidas correctoras a adoptar serían de estructura en aquellos casos y centros en los que los registros no presentan en su diseño estructural, los apartados que corresponden a un plan de cuidados de enfermería, tal y como lo marca el Modelo Teórico de Virginia Henderson. Las medidas correctoras de carácter formativo, se harían necesarias en los casos en que apareciendo el apartado que alude al criterio, no se encuentra ubicado tal y como corresponde, por lo que el profesional no deja constancia de dato alguno. Nuestra propuesta inicial sería formar grupos de trabajo con los profesionales de los distintos centros, para la elaboración de un registro de enfermería que se adaptase a las necesidades concretas de cada nivel de asistencia en cada centro y unidad.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. López Montesinos MJ, Almansa Martínez P, Flores Bienert MD, Lidón Cerezuela B, Rojas Alcántara P. Calidad estructural de los registros de enfermería. XIII Jornadas de la Sociedad Española de Enfermería Docente. Cádiz, diciembre 1997.

2. López Montesinos MJ, Almansa Martínez P, Flores Bienert MD, Lidón Cerezuela B, Rojas Alcántara P. Estudio de la calidad estructural de los registros de enfermería. 1ª fase de un proyecto de investigación. XI Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Murcia, octubre 1998.

3. López Montesinos MJ, Lidón Cerezuela B, Almansa Martínez P, Rojas Alcántara P, Flores Bienert MD. Calidad estructural de los registros de enfermería. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 76.

4. Almansa Martínez P, López Montesinos MJ, Rojas Alcántara P, Flores Bienert MD, Lidón Cerezuela B. Enfoques actuales de la calidad de los registros enfermeros. Revista de Calidad Asistencial 1999;14(6):506. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

5. López Montesinos MJ, Espinoza Sánchez M, Martínez López N, Martínez López M, Zomeño Ros A. Necesidad de horas de atención de enfermería para una calidad asistencial. Rev. Enfermería Científica 1999;204-205:65-67.

6. López Montesinos MJ, Flores Bienert MD, Almansa Martínez P, Lidón Cerezuela B, Rojas Alcántara P, Canteras Jordana M. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería. Rev. Enfermería Científica 2001;230-231:90-93.

23 Plan para la evaluación y mejora de la calidad asistencial en patología vascular cerebral

Investigador principal:	Fernández Barreiro, Andrés
Referencia proyecto:	98/0502
Año:	1998
Organismo:	Unidad Docente de Neurología
Centro:	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Departamento/servicio/unidad:	Neurología
Ayuda concedida:	7.512,65 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	36 meses
Palabras clave:	Patología vascular cerebral. Urgencias. Atención primaria. Trombolisis. Asistencia especializada

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Desde el inicio del proyecto se han conseguido los siguientes objetivos:

1. Estudio descriptivo de la patología vascular cerebral aguda en nuestra área.
2. Coordinación entre las diferentes Unidades de Neurología de la Región y consenso sobre el tratamiento en fase aguda a estos pacientes.
3. Organización de un "equipo de ictus".
4. Educación a los profesionales de la salud mediante conferencias, congresos y publicación de capítulos de libros sobre el tema. Conferencias, ponencias y cursos a médicos de urgencias y atención primaria (Curso de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca, Curso de Formación en Medicina Interna del Colegio Oficial de Médicos, etc.), este punto se vio culminado con la publicación de un amplio capítulo titulado "Asistencia al paciente con accidente vascular cerebral en urgencias" en Urgencias Médico - quirúrgicas: Manual de problemas clínicos, editado por Diego Marín Librero Editor y de distribución nacional con la colaboración en un Curso de Actualización en Patología Cerebrovascular celebrado en Murcia los días 5 y 6 de octubre de 2001 para el que se reconoció acreditación como curso de Formación Continuada por el Sistema Nacional de Salud. Se han utilizado también sistemas de video para distribución entre profesionales sanitarios, en los que se representa la actuación correcta en la fase aguda del ictus en un medio real.

5 Educación sanitaria de la población general y de aquellos grupos especiales de riesgo como pacientes que ya han sufrido un ictus previo y a sus familiares. Para la educación a la población además de participaciones en prensa y radio, procedimos a la realización a lo largo de los años 1999 y 2000, de uno de los logros que consideramos más relevantes dentro del proyecto como fue la elaboración de un manual educativo para los familiares y pacientes con ictus cerebral titulado "Guía de cuidados para pacientes con ictus" con la impresión de varios miles de ejemplares y su distribución entre poblaciones especiales de riesgo para sufrir un ictus. Con este gesto se pretende conseguir un mayor conocimiento de la patología vascular cerebral, una rápida identificación de los síntomas de alarma que pondrían en marcha la "cadena del ictus" para conseguir una actuación eficaz en el menor tiempo posible. Se ha pretendido difundir la idea tiempo = cerebro entre la población. Pretendemos realizar en un futuro cercano, cuando dispongamos de neurólogo de guardia y de Unidad de Ictus, la difusión exhaustiva a la población general de síntomas de alarma, mediante paneles informativos y campañas publicitarias.

6 Aproximación del neurólogo al Área de Urgencias. Nuestro objetivo final es la consecución de la figura del neurólogo de guardia para lo cual hubiéramos necesitado de su aprobación por parte de la Gerencia de nuestro hospital, hecho que aún no hemos conseguido, así como la implantación en nuestro Servicio de una Unidad de Ictus Agudos que no se supondría gasto adicional alguno, salvo la imprescindible presencia del neurólogo de guardia. No obstante hemos adaptado los sistemas de trabajo dentro de la unidad, creando la figura del neurólogo en Urgencias, lo que permitiría acortar los tiempos de asistencia especializada, al disponer de neurólogo en Urgencias en horario de mañanas.

7 Se ha confeccionado un plan coordinado entre los diferentes Centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Unidades de Neurología para el tratamiento de los pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda.

8 Elaboración de protocolos, guías y vías clínicas para el tratamiento de la enfermedad vascular cerebral aguda.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Universo: Pacientes con diagnóstico clínico o sospecha de enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA) remitidos al Hospital Virgen de la Arrixaca desde el 1 de septiembre de 1998 al 31 de enero de 1999.

Muestreo: Muestreo de conveniencia. Tamaño de la muestra 90 casos.

Criterios de evaluación: Criterio 1. Todos los pacientes con sospecha clínica de ECVA deben ser trasladados al hospital dentro de las tres horas del inicio de los síntomas.

Criterio 2. A todos los pacientes con sospecha de ECVA deben realizarse hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax, electrocardiograma y tomografía axial computarizada.

Criterio 3. El TAC craneal y el resto de exploraciones deben completarse en menos de tres horas de su llegada al hospital.

Criterio 4. Todos los pacientes con ECVA deben ser valorados por el neurólogo.

Criterio 5. La asistencia por el neurólogo debe realizarse en las primeras seis horas del inicio de los síntomas.

Criterio 6. Los pacientes con ECVA no deben permanecer en urgencias más de 24 horas.

Ámbito de estudio: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados en la Unidad de Neurología o en Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

CONCLUSIONES:

1. La consideración del ictus como una emergencia médica y el desarrollo de los nuevos tratamientos específicos que deben aplicarse dentro de una estrecha ventana terapéutica han puesto de manifiesto la necesidad de establecer un sistema organizado para el manejo adecuado del ictus en fase aguda. Este programa debería considerarse como un proceso integral que incluya la atención fuera y dentro del hospital.

2. Los cuidados generales son esenciales y deben comenzar ya fuera del hospital, comprenden los cuidados respiratorios y cardíacos, el manejo hidroelectrolítico, especialmente el control de la glucemia, evitando el uso de soluciones glocosadas, el control de la presión arterial, evitando sobre todo su reducción en fase aguda, el tratamiento precoz de la hipertermia y la prevención y tratamiento de las complicaciones neurológicas y sistémicas. La atención precoz por el neurólogo y la asistencia en Unidades de Ictus Agudos reducen la mortalidad y la estancia hospitalaria, así como mejoran el resultado funcional. Con este programa hemos conseguido reducir el tiempo de latencia en la atención especializada al ictus, fomentando la formación y la educación a la población general y a los profesionales sanitarios e implantando un programa de funcionamiento extra e intrahosptalario.

3. En el futuro la implantación del neurólogo de guardia y de la Unidad de Ictus Agudos, coordinados con los sistemas de transporte (112) y los centros de atención primaria y otros hospitales mejorarán aún más estos resultados lo que repercutirá sin duda en la salud de los ciudadanos y reducirá el enorme coste económico y el impacto social que supone la patología vascular cerebral.

4. Pensemos que en nuestra comunidad, donde se ha demostrado en este estudio los pacientes acuden tarde al hospital después de sufrir un ictus, pero el principal y más importante de las carencias es que no son atendidos por un equipo especializado ni son ingresados en una Unidad de Ictus Agudos, hechos que de acuerdo a la literatura médica mundial se relaciona con menores tasas de mortalidad y con importantes mejoras en la calidad de vida residual.

5. Para nosotros el modelo ideal de atención al ictus agudo en nuestra comunidad partiría de una rápida identificación de los síntomas por parte del paciente y de los equipos de atención primaria, a continuación un rápido sistema de transporte al hospital, aquí se produciría la atención especializada por un neurólogo de guardia que llevaría a cabo la valoración clínica, participaría en la solicitud y realización de las exploraciones complementarias necesarias (analítica, tomografía axial computarizada (TAC), doppler troncos supraaórticos y transcraneal, etc.), iniciaría los tratamientos específicos y preventivos necesarios y procedería al ingreso en la Unidad de Ictus Agudos en los casos indicados en los que los tratamientos y la vigilancia intensiva sin duda mejorarían su evolución.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Fernández Barreiro A, Villaverde González R, Escribano Soriano JB, Herrero Tomás J, Contreras Palao MA. Factores que intervienen en el pronóstico de la enfermedad vascular cerebral aguda. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 126.

2. Guía de cuidados para pacientes con ICTUS. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, 1999.

3. Villaverde González R. Atención a la enfermedad vascular cerebral aguda en el Área de Urgencias. Abril 2000.

4. Villaverde González R. Clopidogrel en patología vascular cerebral. VI Congreso de la Sociedad Murciana de Cardiología. La Manga, Murcia. 15-17 de junio 2001.

24 Evaluación y mejora de la atención fisioterápica al paciente con cervicalgia mediante protocolización

Investigador principal:	Medina Mirapeix, Francesc
Referencia proyecto:	98/0503
Año:	1998
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Departamento de Fisioterapia
Ayuda concedida:	3.005,06 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	18 meses
Palabras clave:	Diseño de la calidad. Fisioterapia. Cervicalgia

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha evaluado la calidad de la atención fisioterápica en ocho centros de salud seleccionados entre el total de los existentes mediante un muestreo aleatorio simple. Se han evaluado 50 historias clínicas por centro utilizando criterios elaborados a partir del análisis de la evidencia con mayor validez en relación a la anamnesis, exploración y tratamiento fisioterápico.

2. Se ha realizado un primer análisis bivariante para analizar la influencia que tiene sobre la calidad asistencial variables en relación a tres conceptos: las características del usuario (edad, sexo, diagnóstico, etc.), el tipo de profesional (sexo, tipo de profesional, experiencia profesional, etc.) y la organización asistencial del centro (número usuarios/día, tipo de derivación, etc.).

3. Se ha evidenciado en el grupo de estudio una mejora significativa respecto al grupo control en relación al cumplimiento de casi todos los criterios utilizados. Carencias de determinado "aparataje" en los centros ha sido la principal causa por la que algunos criterios no han manifestado mejoría significativa.

4. Se ha evaluado el uso que los fisioterapeutas hacen de los protocolos que existían previamente a la intervención a partir de criterios extraídos de los protocolos recopilados. Se ha puesto de manifiesto en el grupo de estudio un incremento notable en la utilización del protocolo basado en la evidencia respecto al uso que venía realizando con el anterior protocolo del Área. El grupo control ha evidenciado un nivel de utilización homogéneo.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Cuasi experimental con reelaboración randomizada del protocolo de cervicalgia vigente en base a la evidencia en un grupo de centros para ser comparado con centros en los que no se modifica el protocolo.

Universo: Fisioterapeutas de atención primaria que disponen de protocolos.

Muestreo: Se selecciona en cada centro, y mediante un muestreo aleatorio sistemático, una muestra de 50 Fichas Clínicas de Fisioterapia correspondientes a pacientes atendidos de cervicalgia.

Criterios de evaluación: Elaboración de los criterios de calidad y de los propios de los protocolos existentes, se revisó más de 150 artículos y 30 libros para la elaboración de los criterios de calidad en relación a la anamnesis, exploración y tratamiento fisioterápico de la cervicalgia mecánica no traumática. Para la elaboración de los criterios se ha desestimado la traumática por el diferente abordaje frente a la no traumática y la mayor prevalencia de esta última.

En relación a los protocolos existentes en las unidades, se han recopilado 3 diferentes: uno por cada Área de Salud. El número de criterios que se han establecido para evaluar su utilización no ha sido el mismo ante la gran diversidad existente entre los 3 protocolos. En cualquier caso, para cada uno de ellos se ha extraído al menos 1 criterio de cada una de las 3 principales categorías previstas: anamnesis, exploración y tratamiento.

Antes de revisar el cumplimiento de un tipo y otro de criterio se ha analizado su fiabilidad a partir de 30 historias clínicas solicitadas a 3 fisioterapeutas diferentes, resultando fiables la mayoría, a excepción de 3 que sí lo han llegado a ser en una segunda evaluación realizada tras introducir las aclaraciones pertinentes a los criterios.

Ámbito de estudio: Centros de Salud de la Región de Murcia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. La puesta en marcha de protocolos basados en la evidencia supone una mejora importante en la calidad asistencial que se presta a la cervicalgia mecánica en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Un factor que ha contribuido a esta notable mejora ha sido que antes de la intervención existía en todos los centros un bajo cumplimiento generalizado de los criterios basados en la evidencia científica. Los criterios que más se cumplían eran la localización del dolor (con un rango entre 12 y 98%) y posturas y movimientos agravantes (0-50%), el cumplimiento del resto era ostensiblemente menor.

2. Existe en todos los centros de salud un bajo uso de los protocolos que teóricamente utilizan. Con excepción de los fisioterapeutas que han participado en la elaboración de un protocolo basado en evidencias.

3. Existe una importante variabilidad en lo que los fisioterapeutas registran tanto en relación a la anamnesis y exploración física como en relación al uso de terapias. Muchas de las terapias utilizadas no están basadas en la evidencia, suponiendo un importante coste suplementario en la atención. Por contra, muchas de las terapias basadas en esta evidencia no se utilizan.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Medina i Mirapeix F. La protocolización de la atención fisioterápica a la cervicalgia, IIIª Jornadas internacionales de Kinesiología y Fisioterapia. Córdoba (Argentina); 25 y 26 de junio 1999.

2. Montilla Herrador J, Salinas Palacios V, Meseguer Henarejos AB, Medina i MIrapeix F. Recursos bibliográficos de la base de datos Medline y las revistas electrónicas con relación a Fisioterapia y cervicalgia. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria; 1999. p.165-167.

3. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Meseguer Henarejos AB, Valera Garrido JF, Saturno Hernández PJ, Saura Llamas J. Análisis de la protocolización del tratamiento fisioterápico de la cervicalgia. Revista de Calidad Asistencial. 1999; 14(6):606-7. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

4. Francesc Medina i Mirapeix y Grupo de Evaluación de los Protocolos de Fisioterapia. Evaluación de los contenidos de los protocolos de Fisioterapia dirigidos a pacientes con cervicalgia. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de la Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 25-28.

5. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Valera Garrido JB, Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Escolar Reina P. Calidad de la valoración fisioterápica en pacientes con cervicalgia. En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p. 89-90.

6. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ, Saura Llamas J. ¿Qué validez tienen las recomendaciones que se incluyen en los protocolos de Fisioterapia? En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p. 93-94.

7. Medina i Mirapeix F, Valera Garrido JF, Lillo Navarro MC, Cano Muñoz R, Fernández Martín AM, Escolar Reina P. ¿Qué tipo de intervenciones se planifican para la atención fisioterápica a los pacientes con cervicalgia? En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p. 95-96.

8. Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Medina i Mirapeix F, Lillo Navarro MC, Jimeno Serrano FJ, Barceló García D. Características sociodemográficas de los pacientes con cervicalgia atendidos en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.107-108.

9. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, Salinas Palacios V, Jimeno Serrano FJ, Torres Vaquero AI. Construcción de criterios para medir la validez del tratamiento de la cervicalgia mecánica. En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.109-110.

10. Montilla Herrador J, Meseguer Henarejos AB, Cano Muñoz R, Valera Garrido JF, Millán Robles F, Alcántara FJ. Fiabilidad de los criterios para evaluar la calidad asistencial de la cervicalgia. En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.111-112.

11. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Meseguer Henarejos AB, Cano Muñoz R, Rabal Conesa C, Saura Llamas J. Utilización de los protocolos de cervicalgia elaborados por consenso entre fisioterapeutas. En: Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.129-130.

12. Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Rabal Conesa C, Millán Robles F, Sainz Rubio C. Diseño de un algoritmo clínico para la valoración fisioterápica del paciente con cervicalgia. Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.147-148.

13. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Esteban Argente I, Sánchez Pérez S, Campillo Pomata JL, Lomas Vega R, Estudio antes - después sobre la calidad de la atención fisioterápica del paciente con cervicalgia. Libro de Actas: XIII Congreso Nacional de Fisioterapia; 2000. p.169-170.

14. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, Cano Muñoz R, Sánchez Pérez S, Jimeno Serrano FJ. Los algoritmos clínicos: una herramienta necesaria en Fisioterapia. Su aplicación en la cervicalgia mecánica. Fisioterapia actual 2000; nº 0:33-41.

25 Evaluación de administración de oxígeno intrahospitalario en los pacientes ingresados en Medicina Interna

Investigador principal:	Caballero Rodríguez, Julián
Referencia proyecto:	98/0504
Año:	1998
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital General Universitario José María Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Sección de Neumología. Servicio de Medicina Interna
Ayuda concedida:	2.704,55 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	8 meses
Palabras clave:	Oxigenoterapia. Hospital

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Incremento del conocimiento teórico y práctico respecto a la administración de oxígeno a nivel hospitalario por parte del personal sanitario (facultativos y enfermería).
2. Introducción de Guía de Manejo del Oxígeno Intrahospitalario en forma de un sencillo formulario localizado en las unidades de enfermería de cada planta de hospitalización.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Universo: Pacientes ingresados en Medicina Interna.

Muestreo: Muestreo sistemático. Tamaño de la muestra de 60 a 90 casos.

Criterios de evaluación: Criterio 1. La indicación de oxigenoterapia está basada en los resultados de una gasometría arterial basal (GAB) previa. La presión arterial de oxígeno (paO2) en dicha GAB debe ser menor de 60 mmHg.

Criterio 2. La idoneidad de la dosis de oxígeno (FiO2) administrada está valorada mediante la realización de una gasometría arterial mientas el paciente recibe el oxígeno pautado; la gasometría arterial debe haberse realizado entre los 30 minutos y las 24 horas posteriores al inicio de la administración de oxígeno.

Criterio 3. La indicación de oxigenoterapia se mantiene hasta el momento de la visita.

Criterio 4. En las órdenes médicas se especifica el dispositivo de administración.

Criterio 5. En las órdenes médicas consta la concentración de oxígeno administrado (FiO2).

Criterio 6. El paciente está recibiendo oxígeno en el momento de la visita.

Criterio 7. La pauta de administración del oxígeno que consta en las órdenes médicas coincide con la observada en el dispositivo de administración colocado a la cabecera del paciente.

Criterio 8. El oxígeno se está administrando y no se objetivan fallos en el sistema de administración.

Ámbito de estudio: Servicio de Medicina Interna del Hospital Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna que tengan pautado oxígeno en los días evaluados.

RESULTADOS:

1. Primera fase. Evaluación preintervención

Se incluyeron 93 casos (49 hombres 52,7% y 44 mujeres 47,3%). El número total de respuestas fue de 744 y el número de cumplimientos totales de 432 (58,2% IC95% - 54,4 - 61,6%), el de incumplimientos 312 (41,9% IC95% - 38,4-45,6).

Los criterios 8 y 4 son los que representan un mayor grado de cumplimientos, 83,9% y 82,8% respectivamente. El criterio 2, con un 16,1%, es el menos cumplido. El resto de criterios presentan un cumplimiento situado entre el 50 y el 80%.

Sólo 5 casos (5,4%) cumplen los 8 criterios establecidos.

El 70,8% de los incumplimientos fueron debidos a cuatro criterios (1, 2, 3 y 7) destacando el criterio 2 que es incumplido en el 82,8% de casos y representa por si solo el 24,6% de los incumplimientos totales.

2. Segunda fase. Reevaluación post intervención

En la reevaluación, cuatro meses después de la aplicación de las medidas de intervención, se incluyeron 85 casos (52 hombres 61,0 % y 33 mujeres 39,0%). El número total de respuestas fue de 680. Los cumplimientos fueron 488 (71,8% IC95% - 68,2 - 75,1) y los incumplimientos 192 (28,2% IC95% - 24,9 - 31,8).

Cinco de los criterios superan el 70% de cumplimientos Cr 4 (90,6%); Cr 8 (83,5%); Cr 5 (77,7%); Cr 7 (74,1%); Cr 1 (72,9%). Los criterios 5 y 6 se sitúan en el 57,6% y 68,2% respectivamente. El criterio 2 sigue siendo el que presenta menor grado de cumplimiento (49,4%).

El 67,2% de los incumplimientos totales fueron debidos a los criterios 1, 2, 3 y 6. El más incumplido sigue siendo el criterio 2, representando el 22,3% del total de incumplimientos.

Trece casos cumplieron los 8 criterios. (15,3%).

3. Comparación de resultados pre y post intervención

La comparación de los criterios preintervención y post intervención se realizó mediante la prueba de ji-cuadrado. Se analizó la razón de ventajas previa a la intervención y posterior a la intervención mediante la Odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El estudio estadístico se realizó con el programa estadístico Epi Info 6.04.

El número de cumplimientos totales aumenta en la evaluación post intervención (71,8%) respecto a la preintervención (58,2%); la magnitud de la diferencia entre el número de cumplimientos según OR es de 1,84 (1,47-2,29).

La comparación de los criterios ente sí, antes y después de la intervención, muestra una mejoría en el porcentaje de cumplimientos para los criterios 1, 2, 3, 4, 5 y 7. Los criterios 6 y 8 presentan un leve deterioro en la fase de post intervención.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas sólo para los criterios 1 (46,2 a 72,9% OR: 3,29; p= 0,001), Cr 2 (16,1 a 49,4% OR: 5,08; p< 0,0001) y Cr 7 (50,5 a 74,1; p= 0,001).

La comparación del número de criterios cumplidos antes y después de la intervención muestra que tras la intervención aumenta el número de cumplimientos en cada unidad estudiada. Los incrementos son estadísticamente significativos en los que cumplen más de 3 criterios 67 (72,0%) vs. 75 (88,2% p= 0,007), más de 4 criterios 45 (48,4%) vs. 49 (57,6% p= 001) y más de 6 criterios 45 (15,0%) vs. 32 (37,6% p= 0,0005).

CONCLUSIONES:

De la evaluación preintervención se puede concluir respecto a la oxigenoterapia intrahospitalaria que:

1. Es una forma de tratamiento indicada de forma incorrecta en más de la mitad de los casos (Cr 1).
2. Una vez iniciada, el control de su eficacia se hace en menos de 1/3 de casos (Cr 2 y 3).
3. El método de administración se indica en las órdenes médicas, de forma correcta en 2/3 partes de los casos (Cr 4 y 5).
4. La ejecución de las órdenes médicas se hace de forma incorrecta en cerca de la mitad de los casos (Cr 6 y 7).
5. Los fallos "groseros" del sistema fugas, colocación inadecuada o desperfectos en el sistema de administración son los que menos inciden en la administración inadecuada de la oxigenoterapia (Cr 8).

De la evaluación post intervención se puede concluir que la intervención propuesta:

1. Globalmente, con unas medidas de intervención que pueden considerarse "mínimas", mejora la administración de oxígeno intrahospitalario por parte del personal estudiado.
2. Mejora de forma significativa la indicación y control de la oxigenoterapia por parte de los facultativos prescriptores (Cr 1 y 2).
3. Mejora de forma significativa la ejecución de las órdenes médicas por parte de la enfermería.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Caballero Rodríguez J, Baeza Alcaraz A, Hernández Roca L, Alemany Francés L, Franco Campos MA, Sánchez Nieto JM. Administración inadecuada de oxígeno intrahospitalario. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 87-88.

26 Sistema de monitorización de la calidad en aguas de abastecimiento

Investigadora principal:	Gómez Campoy, María Elisa
Referencia proyecto:	98/0505
Año:	1998
Organismo:	Consejería de Sanidad y Política Social
Centro:	Dirección General de Salud Pública
Departamento/servicio/unidad:	Sección de Sanidad Ambiental
Ayuda concedida:	2.061,47 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	30 meses
Palabras clave:	Monitorización de la calidad. Aguas de abastecimiento

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Se ha alcanzado el objetivo correspondiente al diseño del sistema de monitorización de la calidad, de forma que se han seleccionado los indicadores, se ha estudiado su comportamiento a lo largo de un año y finalmente se ha validado el sistema de monitorización de la calidad propuesto.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

Criterios de selección de indicadores: Simplicidad muestreo, sencillez analítica, límite detección, existencia nivel guía o concentración máxima admisible en legislación, información que aporta, comportamiento de variables durante el periodo de estudio.

Ámbito de estudio: Sistema de Vigilancia de Aguas de abastecimiento al municipio de Murcia.

Sujeto de estudio: Boletines analíticos correspondientes a los años 1997 y 1998.

RESULTADOS

Los indicadores seleccionados, así como su comportamiento en las redes de distribución de aguas durante dos años se recogen en la siguiente tabla:

INDICADORES SELECCIONADOS	UNIDADES	VALOR MEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Conectividad	µS/cm (20 ºC)	869,85	311,27
Materia orgánica	mg/l O2	1,28	0,46
Cloro residual libre	mg/l	0,68	0,27
Turbidez	u.n.f.	0,24	0,24
Recuento heterótrofos, 22 ºC (*)	u.f.c	4,11	16,04
Índice de azul de metileno (carbón activo)	% mg azul metileno adsorbido/g carbón	42,5	2,5
Índice de yodo (carbón activo)	% mg yodo adsorbido/g carbón	42,5	2,5

(*) De forma simultánea se determinará Clostridium perfringens.

Los resultados de la fase de puesta en marcha del sistema de monitorización que se ha desarrollado indican que se ha sobrepasado la media en 19 ocasiones de 23 y la media más una desviación estándar en una ocasión de 23.

Los resultados de la relación entre las variables (sales) entre sí, indican que las variables en las que se aprecia relación lineal son: sulfato y magnesio, sulfato y calcio, cloruro potasio, cloruro y sodio, cloruro y magnesio y sulfato y cloruro. Para el caso del aluminio no se observa asociación en estas pruebas.

CONCLUSIONES:

1. El sistema que se plantea posibilita la monitorización de la calidad de las aguas en cuanto a su contenido en sales. En concreto los resultados indican que monitorizando la conductividad, se puede garantizar que las variables sulfatos, cloruros, residuo seco, nitratos, magnesio, sodio y potasio están dentro de los límites estudiado.

2. De los resultados obtenidos parece desprenderse que la conductividad puede ser un buen indicador del contenido en iones en el agua de abastecimiento, teniendo en cuenta que no se ha podido obtener conclusiones para concentraciones de iones que puedan ocasionar un riesgo para la salud pública, ya que las aguas de abastecimiento no presentan afortunadamente valores elevados y este estudio se ha realizado sobre muestras reales.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Gómez Campoy ME, Sanz Navarro J, Gutiérrez Molina C, Albacete García CR, Sintas Lozano F, González Martínez - La Cuesta E. Diseño de un sistema de monitorización de la calidad de las aguas de abastecimiento. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de la Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 134.

27 Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante 1997

Investigador principal:	Negro Álvarez, José María
Referencia proyecto:	98/0506
Año:	1998
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA)
Departamento/servicio/unidad:	Alergología
Ayuda concedida:	1.202,02 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	8 meses
Palabras clave:	Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). CMBD. Asma

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Conocer el porcentaje de ingresos y estancias innecesarias, identificando los criterios de adecuación y las razones de inadecuación tanto de las estancias como de los ingresos.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo y retrospectivo.

Universo: Historias clínicas de los listados del conjunto mínimo básico de datos de hospitalización (CMBDH) de ingresos clasificados por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) del año 1997. Ingresos dados de alta en el HUVA durante el año 1997, que pertenezcan a los GRD 096, 097, 774 y 775.

Muestreo: Se revisaron todas las historias clínicas correspondientes al universo de los listados del CMBDH de ingresos clasificados por GRD del año 1997.

Criterios de evaluación: En el proceso de evaluación se utilizó la versión modificada del "Appropriateness Evaluation Protocol" (AEP), consiste en un conjunto de: a) 16 criterios referidos a la gravedad del paciente y a los servicios necesarios en el momento del ingreso, b) 27 criterios referidos a la estancia del paciente, que incluyen la prestación de servicios médicos y de enfermería y la situación clínica del paciente. Los criterios dudosos fueron revisados por todos los profesionales participantes en el estudio para evitar desacuerdos en la aplicación de los criterios del AEP, así como para asegurar una revisión uniforme y completa de las historias clínicas.

Ámbito de estudio: Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca".

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados en los Servicios de Alergología, Neumología y Medicina Interna.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes que forman la muestra estudiada fue de 50,30 ± 21,17 años (edad máxima de 89 y mínima de 11 años). 101 fueron mujeres y 56 hombres. La estancia media fue de 5,31 ± 3,92 días, no encontrándose diferencias significativas al comparar globalmente los grupos. En lo relativo a la estancia media, encontramos diferencias significativas al comparar los GRD 096 y 097, ($p<0,01$) y al comparar el GRD 096 con el GRD 775 ($p<0,001$). No se pudo comparar los GRD 096, 097, y 775 con el 774 por tratarse de una muestra pequeña, ya que de este último GRD, sólo teníamos dos pacientes.

Con el diagnóstico de bronquitis y asma, edad mayor de 17 años, con complicaciones y/o comorbilidades se localizó 41 ingresos, lo que constituyeron el 27,11% de los estudiados; sin complicaciones y/o comorbilidades revisamos 102 ingresos (64,96). Con el GRD 774 han sido sin datos de alta 2 pacientes (1,27%), en tanto que con el GRD 775 lo fueron 12 (7,64%).

En los 41 pacientes dados de alta con el GRD 096, la edad ha oscilado entre 24 y 89 años (media: 60,66 ±16,26). Los 102 pacientes del GRD 097 han presentado una edad entre 18 y 86 años (media: 51,14 ± 18,96). En los 2 pacientes dados de alta con GRD 774 la edad media fue de 14 ± 4,22 años (con un rango de edades entre 11 y 17 años) y finalmente los 12 correspondientes al GRD 775 presentaron una edad media de 13,91 ± 1,78 años (con un rango de edades entre 11 y 17 años).

Como era de esperar encontramos diferencias significativas al comparar las edades de los pacientes del GRD 096 con los de 097 ($p<0,01$). Al igual que al comparar las edades de los pacientes GRD 096 y GRD 097 con el GRD 775 ($p<0,001$).

Los 157 ingresos cumplieron algún grado del criterio de adecuación. Todos los pacientes objeto del estudio causaron alta por curación o mejoría.

Para realizar el estudio estadístico de las adecuaciones o inadecuaciones, de las estancias, hubo que excluir a 14 pacientes de Medicina Interna que totalizan un total de 90 estancias. Esto fue debido a que al estar en obras nuestro hospital, una sección de Medicina Interna fue trasladada al Hospital Morales Meseguer, por lo que nos fue imposible revisar las historias clínicas completas de estos pacientes.

De los 143 pacientes, 50 presentaron durante su estancia alguna inadecuación, siendo su distribución, por GRD, no encontrándose en ningún caso diferencias significativas.

De las 743 estancias, 93 (12,52%) se consideraron inadecuadas. Éstas, comienzan a observarse a partir del tercer día de hospitalización en las que se presentan el 1,4% de los pacientes, porcentaje que aumenta progresivamente en los días posteriores.

La estancia media de los pacientes mayores de 17 años, con bronquitis y asma con complicaciones y/o comorbilidades, que presentaban todas las estancias adecuadas, fue de 6,47 ± 6,14 días, en tanto que los que presentaban días de estancia inadecuadas fue de 8,94 ± 5,6 esto es, 2,47 días de estancia clínicamente innecesaria. La estancia media para los pacientes del GRD 097 con todas las estancias adecuadas fue de 3,93 ± 2,28 días, el promedio de estancia en los pacientes que presentaron alguna inadecuación fue de 6,37 ± 2,46 días, 2,44 días de estancia clínicamente innecesaria. La estancia media para los pacientes dados de alta con el GRD 774 fue de 3 ± 1,41 días, y todas han resultado adecuadas, y finalmente la estancia media para los del GRD 775 con todas las estancias adecuadas fue de 3,3 ± 0,94 días; el promedio de estancias en los que presentaban algún criterio de inadecuación fue de 5,5 ± 2,12 días, 1,08 días de estancia clínicamente innecesaria.

A los pacientes con bronquitis y asma con complicaciones y/o comorbilidades correspondieron 263 estancias, de éstas fueron inadecuadas 47 (17,87%). Los pacientes con bronquitis y asma sin complicaciones y/o comorbilidades consumieron 431 estancias, de las que fueron inadecuadas 42 (9,74%), encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($p<0,01$).

Las 6 estancias de los pacientes del GRD 774 fueron adecuadas y de las 43 estancias del GRD 775, cuatro resultaron inadecuadas.

Encontramos diferencias significativas en las estancias de los GRD 096 y 097, según estuvieran ingresados en Alergología o Medicina Interna, $p<0,005$ y $<0,01$ respectivamente. No así al comparar los ingresos en Alergología o Neumología.

Se han encontrado 8 causas o criterios de inadecuación de la estancia, siendo la más frecuente el que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos puedan realizarse como pacientes externos; la segunda causa es que los pacientes están pendientes de resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas, seguido muy de cerca por que no se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de hospitalización. El resto de causas observan frecuencias significativamente más bajas.

En la mayoría de pacientes con estancias inadecuadas se indicaron dos causas, en el 50,8% y en el 16,2% tres causas de inadecuación.

CONCLUSIONES:

1. La aplicación del AEP ha resultado útil para detectar y cuantificar las causas más frecuentes de inadecuación, lo que permite a los alergólogos recapacitar sobre las posibilidades de mejora, y a la Dirección del Centro, poner en marcha medidas de mejora para facilitar el trabajo de los profesionales, así como cuantificar las inadecuaciones producidas por deficiencias del sistema.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Jiménez Molina JL, Negro Álvarez JM, Pascual Camús A, Ródenas Checa J, Guerrero Fernández M, Ferrándiz Gomis R. Mejora de la gestión de camas hospitalarias, tras la realización y difusión de un estudio AEP. Avance de resultados. En: Programa y Libro de Comunicaciones: II Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud; 1999. p. 77.

2. Jiménez Molina JL, Negro Álvarez JM, Pascual Camús A, Ródenas J, Guerrero M, Montoya JL, Ferrándiz Gomis R. Mejora de la gestión de camas de un Servicio de Alergología después de la aplicación difusión del protocolo de adecuación del ingreso y estancia hospitalaria (AEP). Revista de Calidad Asistencial 1999; 14(6):557. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

3. Jiménez Molina JL, Negro Álvarez JM, Pascual Camús A, Ródenas J, Guerrero M, Montoya JL, Ferrándiz Gomis R. Disminución de las estancias innecesarias, tras la aplicación y difusión del Protocolo de Adecuación del Ingreso y Estancia Hospitalarias (AEP). XI Congreso Nacional de Hospitales. Murcia, 1999. (Póster con Mención Honorífica).

4. Negro Álvarez JM, Jiménez Molina JL, Félix Toledo R, Pascual Camús A, Miralles López JC, López Sánchez JD, Ferrándiz Gomis R, Guerrero Fernández M, Hernández García J. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Mejora de la gestión de las camas en la Sección de Alergología, tras la difusión de un estudio previo. Alergol Inmunol Clin 2003;18(2):61-70.

5. Negro Álvarez JM, Jiménez Molina JL, Félix Toledo R, Pascual Camús A, Ferrándiz Gomis R, Montoya Martínez JL, Guerrero Fernández M. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes de 0 a 14 años con bronquitis o asma, o ambas, dados de alta en un hospital universitario. Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2003; 34(1):12-21.

28 Diseño de una encuesta de satisfacción mediante la participación del usuario en dos zonas básicas de salud

Investigadora principal:	Santiago García, Maricarmen
Referencia proyecto:	98/0509
Año:	1998
Organismo:	Insalud
Centro:	Centro de Salud Cartagena Oeste
Ayuda concedida:	6.581,08 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Encuesta de satisfacción. Calidad. Grupos focales

OBJETIVOS ALCANZADOS:

De las ocho fases que establecimos en el proyecto inicial de investigación hemos concluido con éxito las siguientes:

1. Fase I: Trabajo de campo y realización de los grupos focales.
2. Fase II: Formulación de las preguntas del cuestionario.
3. Fase III: Diseño del cuestionario.
4. Fase IV: Pretest de comprensión de preguntas y diseño del cuestionario.
5. Fase V: Diseño del cuestionario para pilotaje.
6. Fase VI: Pilotaje para validación complementaria.
7. Fase VII: Análisis del pilotaje.
8. Fase VIII: Diseño definitivo de la encuesta.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio cualitativo, metodología de grupos focales, análisis de expectativas y necesidades de los pacientes atendidos en los equipos de atención primaria de la Región de Murcia y de la Comunidad de Navarra.

Estudio psicométrico de elaboración de una encuesta de calidad de pacientes atendidos en los equipos de atención primaria.

Universo: Población adulta atendida en los equipos de atención primaria de la Región de Murcia.

Muestreo: Conveniencia por elaboración de grupos focales, atendidos con criterios de participación según grupo de edad, lugar de residencia y ámbito rural o urbano. Muestra de conveniencia, sistemática para la validación psicométrica del cuestionario.

Ámbito de estudio: Usuarios de atención primaria de la Región de Murcia y del Servicio de Salud de la Comunidad Foral de Navarra.

Sujeto de estudio: Usuarios del Sistema Regional de Salud.

RESULTADOS:

1. Las investigaciones realizadas con grupos focales nos ayudan a explicar a través de un método científico como el usuario percibe una experiencia determinada y son una buena técnica de investigación cualitativa que valora la perspectiva del usuario. La realización del análisis de las necesidades, expectativas de usuarios de atención primaria, identificando las categorías que componen el cuestionario de calidad de atención de los usuarios. A partir de dichas categorías se elaboró un cuestionario de calidad para medir la satisfacción.

2. Se procedió a la validez y fiabilidad del cuestionario que una vez depurado se utilizó como instrumento de monitorización de la calidad en el Sistema Murciano de Salud, desde el año 2003.

CONCLUSIONES:

1. La metodología cualitativa permitió la elaboración de un instrumento de medida de la calidad de la atención recogiendo las necesidades de los usuarios.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. P. Saturno. Nueva encuesta posthospitalización del INSALUD. ISBN: 84-930932-8-9. Depósito Legal: MU- 1430-2001. Junio 2001.

29 La calidad de los Sistemas de Información en Atención Primaria de Salud

Investigador principal:	Martínez Núñez, Valero
Referencia proyecto:	98/0510
Año:	1998
Organismo:	Consejería de Sanidad y Política Social
Centro:	Dirección General de Salud
Departamento/servicio/unidad:	Centro de Área de Lorca
Ayuda concedida:	4.808,10 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	25 meses
Palabras clave:	Calidad. Sistemas de información. Atención primaria

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Objetivo general: Conocer la calidad percibida por los profesionales sanitarios de atención primaria sobre los sistemas de información.

Objetivos específicos:

1. Construir y validar un cuestionario para conocer la calidad percibida por los usuarios internos del Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP).
2. Conocer el grado de adecuación del SIAP con la estructura organizativa a la que sirven, analizando su fiabilidad y validez.
3. Analizar la complejidad de los circuitos utilizados, la disponibilidad de la información y la flexibilidad y adaptación a los cambios producidos así como el grado de normalización del SIAP.
4. Conocer el grado de interrelación con otros sistemas de información sanitarios.
5. Analizar la participación de los profesionales sanitarios en el diseño, implantación y funcionamiento del SIAP.
6. Conocer la satisfacción de los profesionales sanitarios con el actual SIAP.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio transversal mediante la recogida de respuestas de los usuarios del SIAP a cuestionarios autocontestados sobre experiencias concretas sobre percepción y uso de SIAP.

Muestreo: Tipo de muestreo estratificado aleatorio sistemático. Para cada uno de subgrupos poblacionales se calculó una muestra representativa para la Región de Murcia, con un nivel de confianza del 95%, p/q = 50% y una precisión del 5%.

Ámbito de estudio: Atención Primaria de Salud, Gerencias de Atención Primaria y centros de salud.

Sujeto de estudio: Equipos directivos de las Gerencias de Atención Primaria, Coordinadores de centros de salud, profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria (EAP). Se seleccionaron con los siguientes criterios de inclusión: Estar integrado en el EAP y tiempo de trabajo de más o menos 1 año. Criterios de exclusión: Todos los EAP en los que esté en funcionamiento el OMI-AP, no estar integrado en el EAP y no trabajar en el centro en el momento en el que se obtiene el listado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Participación:

1. La participación en la encuesta ha sido algo menor a la esperada. La tasa de participación ha sido de 327 respuestas de 626 cuestionarios enviados (52,24%). La mayor tasa de respuesta se obtuvo en la Gerencia de Cartagena con un 56,05% de respuestas. El colectivo de profesionales sanitarios que más respondieron a la encuesta fue el de médicos/pediatras con un 54,58%.

Características generales de los sistemas de información:

1. El 86% de los encuestados cree que no se ha tenido en cuenta su opinión en el diseño de los sistemas de información.
2. El 74% de los encuestados cree que no existen documentos normalizados para la recogida de información en todos los centros sanitarios.
3. El 73% de los encuestados no encuentran motivos para la recogida de información.
4. El 67% de los encuestados consideran que dedican excesivo tiempo a la recogida de información.
5. El 64% de los encuestados piensan que todos los datos que se recogen diariamente en los sistemas de información no son utilizados en su totalidad.
6. El 81% de los profesionales sanitarios consideran que el sistema les devuelve la información tarde y por consiguiente carente de validez inmediata.
7. El 79% del total de los encuestados creen que la información devuelta en forma de indicadores es de difícil interpretación, creen por tanto que el SIAP no utiliza un lenguaje adecuado a sus necesidades o conocimientos.

8 El 72 % de los encuestados cree que el sistema de información garantiza la confidencialidad de los datos de los pacientes.

9 El 65 % de los encuestados no cree que la confidencialidad de sus datos profesionales está garantizada.

10 El 68% de los encuestados cree que el SIAP no es una herramienta que facilite la actividad asistencial diaria.

11 El 61% de los encuestados cree que la información que reciben del SIAP no es de utilidad en su trabajo.

12 El 71 % de los encuestados considera que el actual sistema de información no le permite conocer los problemas de salud de la población atendida.

13 El 80% considera que la información facilitada por el SIAP no es un reflejo de la realidad asistencial.

14 El 85% cree que el SIAP no permite conocer el rendimiento de los profesionales sanitarios.

15 El 73% cree que el SIAP no permite conocer la calidad de la atención prestada.

16 El 77% de los encuestados cree que el SIAP está diseñado para facilitar la gestión de las Gerencias de Atención Primaria.

17 La satisfacción de los encuestados con el SIAP medida en una escala de 1 al 10 fue de 3,44; el 77% de los encuestados le da una puntuación inferior a 5 puntos. El único colectivo profesional que aprueba el sistema de información es el de equipos directivos con una puntuación media de 5,7; el resto de colectivos suspende al SIAP, con notas inferiores como media a 4 puntos.

Componentes del Sistema de Información en Atención Primaria

1 En el sistema de registro de actividades asistenciales del EAP, más el 77% de los encuestados tiene acceso a esta información, el 68% considera los datos que recibe como poco o nada fiables, la utilidad de esta información es considerada como regular en el 46% y como baja o muy baja en el 34%; el 66% de los encuestados no utiliza esta información en su actividad diaria.

2 En el sistema de registro evaluación de la cartera de servicios, el 89% de los encuestados tiene acceso a la información, el 55% considera los datos como poco o nada fiables, la utilidad de esta información es considerada alta o muy alta por el 49%, el 50% de los encuestados no utiliza esta información en su actividad diaria. El 65% están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que la evaluación de la cartera de servicios refleje la calidad de la asistencia prestada.

3 En el sistema de registro pruebas complementarias y derivaciones a especializada, el 79% de los encuestados tiene acceso a la información, el 74% consideran como fiables o muy fiables los datos de laboratorio, las pruebas de radiología y derivaciones a especializada son consideradas como poco o nada fiables en más del 60%. En cuanto a la utilidad de la información recibida sobre laboratorio, radiología y especializada sólo aproximadamente el 20% de los encuestados la considera útil. Sólo las pruebas de laboratorio son utilizadas en la actividad asistencial diaria por el 79% de los encuestados, el resto de pruebas no se utilizan en más del 65% de los casos.

4 En el sistema de registro del uso racional del medicamento, más del 90% de los encuestados tiene acceso a la información, más del 70% consideran como fiables o muy fiables los datos que reciben sobre perfil prescriptivo, gasto generado, consumo de fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) y consumo de genéricos. La utilidad de esta información es considerada como alta o muy alta para aproximadamente el 45% de los encuestados, en más del 65% de los casos se utilizan estos datos en la actividad asistencial diaria.

30 Influencia del tratamiento inicial y precoz del infarto agudo de miocardio no complicado sobre su morbimortalidad y la estancia hospitalaria

Investigador principal:	Martínez Hernández, Juan
Referencia proyecto:	98/0513
Año:	1998
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Santa María del Rosell
Departamento/servicio/unidad:	Medicina Intensiva
Ayuda concedida:	1.202,02 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	24 meses
Palabras clave:	IAM no complicado. Alta precoz. Estancia hospitalaria

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Incidencia del infarto agudo de miocardio (IAM) no complicado. Entre nuestros pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio, los no complicados representan el 40% de los mismos.
2. Estancia en UCI y hospitalaria del IAM no complicado. La estancia media en UCI fue de 84 ± 72 horas, y la estancia hospitalaria de 9,8 ± 2,7 días.
3. Asistencia a los pacientes con IAM no complicado. Estos pacientes recibieron tasas adecuadas de trombolisis, ecocardiografía, ergometría y coronariografía.
4. El perfil de los pacientes con IAM no complicado suelen ser varones, sin antecedentes de infarto, de localización inferior y con una corta estancia en UCI.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo y descriptivo.

Universo: Registro de 566 pacientes ingresados consecutivamente por infarto agudo de miocardio de menos de 24 horas de evolución entre 1998 y 1999.

Muestreo: Todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio no complicado. Muestra de 244 casos.

Criterios de evaluación: Los criterios de infarto agudo de miocardio no complicado fueron ausencia de las complicaciones siguientes: 1) complicaciones isquémicas, angina o reinfarto; 2) insuficiencia cardiaca; 3) complicaciones mecánicas, rotura de pared libre, rotura del tabique o rotura mitral; 4) arritmias, fibrilación auricular, taquicardia ventricular o fibrilación ventricular; y 5) trastornos de conducción agudos, bloqueo AV de alto grado o bloqueos de rama de nueva aparición.

Ámbito de estudio: Hospital Santa María del Rosell.

Sujeto de estudio: Todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio no complicado.

Criterios de inclusión:
Presencia de al menos dos de los siguientes criterios: dolor torácico de características isquémicas de más de treinta minutos de duración; signos de lesión y/o isquemia en electrocardiograma de 18 derivaciones, con elevación o descenso de al menos 2 mm del ST en dos derivaciones consecutivas; elevación de marcadores de necrosis miocárdica, con cifras de creatinquinasa mayores del doble del valor de referencia de nuestro laboratorio 190 UI/l.

Criterios de exclusión:
No cumplir los criterios de infarto agudo de miocardio y/o presencia de complicaciones.

RESULTADOS:

1. Características basales de todos los pacientes.

En el periodo de estudio de octubre de 1997 a octubre de 1999 se han registrado un total de 566 casos de infarto agudo de miocardio. Se han perdido en el seguimiento 11 casos y fallecieron 74 pacientes (12,1%), de los cuales 64 fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos y 10 en planta de Cardiología.

La edad media de los pacientes fue de 66 ± 11,9 años. La distribución por sexo fue 157 mujeres (27,7%), y 409 varones (72,3%). Los síntomas fueron atípicos de cardiopatía isquémica en 86 pacientes (15,2%). Presentaron antecedentes de infarto de miocardio previo 113 pacientes (20,0%), angor previo 196 (32,3%), insuficiencia cardíaca 92 (16,2%) y enfermedad cerebrovascular 49 (8,7%). Como factores de riesgo cardiovascular se recogen diabetes mellitus en 252

(45,0%), hipertensión arterial en 277 (49,0%), obesidad 90 (15,9%), hipercolestesterolemia 239 (42,2%), tabaquismo 183 (32,3%), presentaban antecedentes familiares de cardiopatía isquémica 82 pacientes (14,5%). El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la llegada al hospital fue de 244 ± 352 minutos. El tiempo desde el inicio de la clínica hasta el ingreso en UCI fue de 382 ± 437 minutos. El intervalo de tiempo desde el inicio de los síntomas y el inicio de la trombolisis 200 ± 152 minutos. Se realizó trombolisis a 324 pacientes (57,2%) y angioplastia transluminal percutánea primaria a 3 pacientes (0,5%). La localización del infarto fue: anterior en 177 (31,2%), inferior 196 (34,6%), no Q 89 (15,7%) y de localización indeterminada en 31 pacientes (5,5%). Presentaban insuficiencia cardiaca según la clasificación de Killip: grado II 73 (12,9%); III 64 (11,3%), y IV 10 (1,8%). La estancia de los pacientes en UCI fue de 93 ± 73 horas y la estancia hospitalaria de 10,59 ± 6 días. Se registraron complicaciones en 342 pacientes (60,4%) y no la presentaron 224 pacientes (39,6%). Este último grupo de pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado es el objetivo del estudio.

2. Características de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado.

La muestra de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio no complicado está compuesta por 224 casos. La revisión al año se completó en 217 (96,9%) y se perdieron en el seguimiento 7 (3,1%) pacientes. La distribución por sexo fue de 43 mujeres (19,2%) y 181 varones (80,8%). La edad media fue de 63,6% ± 11 años. Su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 84 ± 72 horas. La estancia hospitalaria fue de 9,8 ± 2,7 días.

Las características epidemiológicas y clínicas de estos pacientes son las siguientes: antecedentes de infarto se registró en 34 pacientes (15,2%); ACV en 16 (17,1%); angor en 68 pacientes (30%); insuficiencia cardíaca 15 (6,7%); diabetes mellitus en 78 (34,8%); hipertensión 114 pacientes (50,9%); obesidad 34 (15,2%); hipercolesterolemia en 110 pacientes (49%); tabaquismo en 92 pacientes (41,5%); antecedentes familiares han sido registrados en 36 casos (16,1%); los síntomas fueron atípicos en 20 pacientes (8,9%). La localización del infarto fue: anterior en 59 casos (26,3%), inferior en 105 pacientes (46,8), no Q fue considerado en 44 pacientes (19,6%) e indeterminado en 7 (3,1%. Presentaron situación de Killip II, 9 pacientes (4%). El tratamiento trombolítico fue aplicado en 123 enfermos (54,9%). El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 254 ± 326 minutos. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso en UCI fue de 425 ± 455 minutos. El retraso desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la trombolisis 232 ± 161 minutos. Los procedimientos realizados a los pacientes con infarto no complicado fueron: ecocardiograma a 211 pacientes (94,2%), ergometría 145 pacientes (74%), y cateterismo a 44 pacientes (19,6%). En el seguimiento se registró una mortalidad de 12 pacientes (5,3%).

3. Complicaciones durante la evolución en el primer año de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado.

Los reingresos de los pacientes con infarto no complicado fueron: primer ingreso, 51 pacientes (22,7%). Los motivos de este primer reingreso fueron: angina 9 (4%), reIAM 3 (1,3%), insuficiencia cardíaca 3 (1,3%), otras causas cardíacas 11 (4,9%), causas extracardíacas 9 (4%), revascularización diferida 16 (7,1%). El segundo reingreso ocurrió en 21 pacientes (9,3%), los motivos de reingreso fueron: angina 8 (3,6%), insuficiencia cardíaca 2 pacientes (0,9%), otras causas cardíacas 3 (1,3%), causas extracardíacas 4 (1,8%), revascularización diferida (1,8%). Un tercer reingreso ocurrió en 8 pacientes (3,5%) por angina en 3 pacientes (1,3%), otras causas cardíacas (arritmia) 2 pacientes (0,9%), extracardíacas 1 (0,4%), revascularización diferida 2 (0,9%).

4. Características de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado y estancia menor de siete días.

Los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio no complicado y estancia hospitalaria menor de 7 días fueron 34 (15,1%), de los 224 con IAM no complicado. En el seguimiento se perdieron 3 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 65 ± 14 años. La distribución por sexo fue de 13 mujeres (38,2%) y 21 varones (61,8%). Como antecedentes se registraron: infarto 2 (5,9%); ACV 5 (14,7%); insuficiencia cardíaca 2 (5%); diabetes mellitus 12 (35,0%); hipertensión 19 (56%); obesidad 5 (14,7%); hipercolesterolemia 14 (41,0%); hábito tabáquico 11 (32,5%);

antecedentes familiares en 5 pacientes (14,7%). Los síntomas fueron atípicos en 4 pacientes (11,8%). La localización de la necrosis fue a nivel anterior en 5 casos (14,7%), inferior 17 (50%), no Q 9 (8,8%). Situación de Killip II la desarrollaron 3 pacientes (8,8%). Recibieron trombolisis 16 pacientes (47,1%). El tiempo desde inicio de los síntomas hasta el ingreso en el hospital fue de 391 ± 563 minutos. El tiempo desde inicio de los síntomas hasta el ingreso en UCI fue de 547 ± 780 minutos. El tiempo desde los síntomas hasta la trombolisis fue de 205 ± 75 minutos. La estancia en UCI de los pacientes con IAM no complicado y con estancia menor de 7 días fue de 67 ± 17 horas y la estancia hospitalaria de 6 ± 1 día. Los procedimientos realizados a estos pacientes fueron: ecocardiografía a 29 pacientes (85,3%); ergometría a 19 pacientes (55%); cateterismo a 5 pacientes (15%). La mortalidad hospitalaria fue de 2 pacientes (5,8%).

5. Complicaciones durante la evolución en el primer año de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado y estancia hospitalaria menor de 7 días.

Los reingresos se registraron en 7 pacientes por un primer reingreso (20,5%), los motivos fueron insuficiencia cardíaca 1 (2,9%), otras causas cardíacas 1 (2,9%), causas extracardíacas 2 (5,9%), revascularización diferida 3 (8,8%). Un segundo reingreso se produjo en 7 pacientes (20,5%), cuyos motivos fueron por angina 2 (5,9%), por revascularización diferida 1 (2,9%), extracardíacas 4 (11,7%). Cinco pacientes tuvieron un tercer reingreso (14,7%), todos ellos por revascularización diferida.

CONCLUSIONES:

1. Los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no complicado constituyen el 40% de todos los pacientes ingresados por IAM y tienen una estancia hospitalaria de 9,8 ± 2,7 días. Los pacientes con IAM no complicado y estancia menor de siete días reciben ecocardiografía y cateterismo de forma similar a los pacientes con IAM no complicado y estancia mayor de siete días, aunque se les realiza menos ergometría.

2. Los pacientes con IAM no complicado y estancia menor de siete días, son en mayor proporción varones, tienen menos antecedentes de infarto, la localización del infarto más frecuente es la inferior y tienen una corta estancia en UCI. Por tanto, en pacientes seleccionados con IAM no complicado es posible el alta precoz hospitalaria sin riesgo de muerte o complicaciones.

3. La optimización de las medidas de manejo del paciente con infarto agudo de miocardio no complicado puede conducir a una reducción del tiempo de estancia en el hospital.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Martínez Hernández J, Melgarejo Moreno A, Rodríguez Fernández S, Gil Sánchez J, Galcerá Tomás J. Características asociadas al infarto de miocardio no complicado y hospitalización de corta duración. Revista de Medicina Intensiva 2002; 26(4):199. (XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias).

2. Melgarejo Moreno A, Martínez Hernández J, Rodríguez Fernández S, Gil Sánchez J, Galcerá Tomás J. Infarto agudo de miocardio no complicado y corta estancia hospitalaria. Revista de Medicina Intensiva 2002; 26(4):199. (XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias).

31 Análisis sociodemográfico y valoración por cuestionario de la satisfacción de la población magrebí, con la atención recibida en el Centro de Salud de Torre Pacheco

Investigador principal:	Martínez Pastor, Antonio
Referencia proyecto:	98/0514
Año:	1998
Organismo:	Área II, Cartagena
Centro:	Centro de Salud Torre Pacheco
Ayuda concedida:	4.657,84 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Medicina de la inmigración. Sociosanitaria. Satisfacción

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Hemos realizado y finalizado el análisis mediante cuestionario de las características sociodemográficas, medioambientales y de hábitos y conductas del colectivo magrebí residente en la zona de salud de Torre Pacheco, planteado en el primer objetivo del presente estudio. La metodología utilizada y los resultados se exponen de forma detallada en los siguientes apartados de este modelo.

2. Así mismo, del segundo objetivo planteado, hemos realizado con técnicas de investigación cualitativa entrevistas individuales en profundidad a pacientes marroquíes que utilizaban el centro de salud, que nos han permitido conocer los componentes que se deben incluir en un cuestionario sobre el grado de satisfacción y expectativas con la atención sanitaria recibida del colectivo marroquí residente en nuestra zona de salud. No se ha realizado el diseño definitivo y pilotaje del cuestionario, quedando para una fase posterior a la finalización de este proyecto de investigación.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional y transversal.

Universo: Pacientes inmigrantes marroquíes residentes en Torre Pacheco que acuden al centro de salud, por tanto en el ámbito de la atención primaria.

Muestreo: El tamaño de la muestra se calculará según fórmula de paquete estadístico EPI - INFO 6, con nivel de confianza del 95% y margen de error del +/- 5%. Muestreo sistemático.

Ámbito de estudio: Zona de salud rural de 23.000 habitantes a fecha de junio de 1999, con aproximadamente 2.500 magrebíes.

Sujeto de estudio: Magrebíes, mayores de 14 años, residentes en nuestra zona de salud, que acudieron a los siguientes lugares: centro de salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) del municipio y oficinas de los sindicatos locales, de Torre Pacheco, durante los meses de abril a mayo de 1998 y que tras ser informados verbalmente y por escrito (con carta del coordinador del centro de salud, traducida al árabe) aceptaron de forma voluntaria participar, anónimamente, en la contestación del cuestionario. Los magrebíes que no sabían leer, se les facilitaba en las ONG locales un traductor para la comprensión del cuestionario.

RESULTADOS:

En la Región de Murcia los movimientos migratorios han influido notablemente en la estructura social de la población. Destaca la extinción de la emigración al extranjero y el cambio de signo migratorio a partir del año 75, con llegada de antiguos emigrantes y desde el inicio de los 90 por la procedencia de inmigrantes del norte de África, cuyas cifras reales superan ampliamente las oficiales, traduciéndose, en un saldo migratorio positivo para la Región, que se mantiene en un progresivo crecimiento hasta la actualidad.

El foco de atracción que ejerce la mano de obra ha provocado la residencia cerca de la ocupación. Según datos de Bell Aden y Gómez Fayren, a partir de datos del INE, el municipio de Torre Pacheco, ha pasado de un saldo migratorio negativo en la década de 1981 - 1990 de -383, a un saldo migratorio en 1993 de +439, con una tasa de inmigración de 24,75%. El saldo migratorio sigue modificándose y es fundamentalmente a partir de 1993, cuando se produce la mayor tasa de inmigración regional y en el municipio de Torre Pacheco. En la actualidad, son más de 3.000 los inmigrantes magrebíes censados en nuestro municipio (de los cuales aproximadamente el 50% disponía de tarjeta sanitaria en 1998 y en la actualidad probablemente, según estimaciones, superó el 75%). No se dispone de cifras de inmigrantes marroquíes en situación de ilegalidad o irregularidad, aunque algunas ONG estiman que puedan representar hasta un 50% del total de inmigrantes marroquíes.

Características de edad, sexo, estado civil, país de origen

Los inmigrantes magrebíes en nuestro país son eminentemente jóvenes en edad laboral, los datos en Torre Pacheco confirman que el 50% tiene menos de 30 años, en concordancia con otros estudios. Existe uno claro predominio de varones superior al 92% en Murcia y al 95% en Torre Pacheco. En el estado civil de esta población, en nuestro estudio, observamos un ligero predominio de los casados (52,0%), muy similar a los datos de otros estudios de nuestra región.

El país de origen mayoritariamente de ese colectivo de inmigrantes magrebíes es Marruecos, en más del 75%.

Características sociales y culturales

En cuanto al tiempo de residencia en España, suele ser superior a dos años en un 70%. Un 41% manifiesta la intención de quedarse en España. Además un 50% desea traer a la familia.

La religión predominante es la musulmana en un 97,4%, aunque el estudio del Consejo Económico y Social (CES), pone de manifiesto que hasta un 60% no cumple los preceptos de oración que marca su religión.

El nivel de estudios en nuestro estudio objetiva una población analfabeta del 30%, otros autores que analizan inmigrantes magrebíes en Totana, dan una proporción del 11%. En el "Diagnóstico de Salud de Torre Pacheco" en el año 1991, la proporción de analfabetos en la población autóctona era del 11%.

En lo referente al conocimiento de nuestro idioma, un 48,0% refiere escaso o nulo conocimiento del mismo.

Según Andreo Tudela, la sensación que el inmigrante tiene de su aceptación por la sociedad española, es regular o mala en el 50%. Cuando presentan problemas para solucionarlos acuden a otros inmigrantes en un 35,8% y a ONG en un 28,3%.

Características medioambientales, condiciones de vida

En cuanto al régimen de vivienda, cabe destacar los datos de nuestro estudio, donde sólo el 4,5% tiene vivienda propia, frente a un 83,1% de la población autóctona de Torre Pacheco. El 55% vive en viviendas alquiladas y el resto en viviendas cedidas u ocupadas. En cuanto al tipo de vivienda en la que residen un 17% refiere vivir en cobertizo o invernaderos. El 94,2% declaran vivir acompañados. En lo referente a las condiciones socio -sanitarias, no disponen de agua potable el 19,5% (datos similares o de peor situación en otros estudios). Un 27,3% no dispone de tratamiento de aguas residuales y en un 24,7% el sistema es un pozo ciego y sólo un 38,3% disponen de alcantarillado. En Torre Pacheco, los datos del núcleo urbano y caseríos principales evidencian que el 90% disponen de red de alcantarillado.

En cuanto a la dotación del interior de las viviendas, se observa una deficiente dotación en aspectos, como retrete (carecen un 39%), ducha (carecen el 38%), aseo, cocina o frigorífico (carecen entre el 30 y 50%, según los estudios).

Los aspectos relacionados con la satisfacción con su vivienda, analizada en algunos estudios evidencian que un 66% están insatisfechos.

Características laborales y económicas

Se dedican a la actividad agrícola un 83,2%, lo que contrasta con la ocupación en su país de origen, donde sólo el 32,3% tiene esta ocupación. En el "Diagnóstico de Salud de Torre Pacheco" en el año 1991, la población autóctona, que se dedicaba a esta profesión era del 8,3% del total de la población activa. En otros estudios también predomina esa actividad, de forma mayoritaria.

Probablemente la discrepancia en la proporción de trabajadores agrícolas, con respecto a Marruecos, propicia que hasta un 58,7%, estén disconformes con su situación laboral y sobre todo si al hecho mencionado unimos la baja remuneración (un 78,5% entre 1.000 y 5.000 pesetas/ día). La subpoblación de inmigrantes estudiados por Andreo Tudela en Totana, evidencia que el 50% están insatisfechos con su trabajo y otros autores obtienen porcentajes superiores al 75%.

Otro factor que puede influir en la insatisfacción son los horarios de trabajo: un 20% trabaja más de 8 horas diarias y un 14% trabaja todos los días de la semana. En nuestro estudio más del 78% enviaban parte de su salario a la familia residente en Marruecos (un 34,8% entre un 20 y 50% del mismo). Otros autores, encuentran porcentajes del 37%, aunque no entran a valorar que porcentaje de salario envían. Menos del 50% poseen permisos de trabajo y en su mayoría el puesto de trabajo es por cuenta ajena (84,4%), cifras que en algunos estudios, alcanzan entre un 90 y 97%.

Asistencia sanitaria

En cuanto a la existencia de cobertura sanitaria en inmigrantes magrebíes, oscila entre un 42% a nivel de la Región de Murcia y un 62,6% en el mejor de los datos, de los estudios analizados.

Con respecto a la satisfacción del inmigrante con la atención sanitaria recibida, sólo disponemos datos de Andreo Tudela, que en su estudio refiere que para el 18,87% la asistencia sanitaria en España es muy buena, buena en el 39,62%, regular en el 11,32%, mala en el 7,55% y muy mala en el 1,89%.

Conductas y hábitos

Con respecto al hábito tabáquico, se declaran fumadores un 42% (en la población autóctona de Torre Pacheco en el año 1991 se declaraban fumadores un 38%). Con respecto al consumo de alcohol, lo refieren un 19%, en otros estudios encuentran hasta un 29%.

En el consumo de otras drogas, un 32% consume marihuana. En lo referente a sus conductas sexuales, encontramos que un 40% refiere tener relaciones con una pareja estable y que un 32% declara utilizar prostitución. Merece destacar

que sólo un 45% utiliza el preservativo en sus relaciones, siendo los solteros los que, de forma estadísticamente significativa, más utilizan el preservativo y la prostitución. También observamos asociación estadísticamente significativa entre los analfabetos con la no utilización del preservativo en sus relaciones.

Según Andreo Tudela, la sensación que el inmigrante tiene de su aceptación por la sociedad española, es regular o mala en el 50%. Asimismo, para solucionar sus problemas acuden a otros inmigrantes en un 35,82% y a ONG en un 28,3%.

Con respecto a la segunda etapa del estudio al final de la entrevista en profundidad se le preguntaba a la entrevistadora, que diese su impresión por escrito, sobre el entrevistado en relación a su comportamiento y actitud en la accesibilidad al ser requerido y preguntado. Destaca que el 20% de los entrevistados mostraban una actitud pasiva y poco accesible a las preguntas de la entrevista. En 3 de los entrevistados la entrevistadora refería que el paciente transmitía sensación de miedo y ansiedad, 3 pacientes se negaron a ser grabados en audio, durante la entrevista.

CONCLUSIONES:

1 Del análisis realizado, nos parece importante destacar, que entre los problemas pendientes de solucionar en la población inmigrante magrebí, residente en nuestra comunidad y en el municipio de Torre Pacheco, figuran:

- Las situaciones de legalidad, ilegalidad e irregularidad.
- Las condiciones de trabajo.
- Las condiciones medioambientales en que viven, destacando la vivienda (infraviviendas en su mayoría).
- Las altas tasas de analfabetismo.
- La insuficiente y escasa cobertura sanitaria, con problemas de accesibilidad y comunicación no solucionados.
- La escasa información sanitaria en aspectos de prevención, como el uso de preservativo en sus relaciones.
- La percepción de su pobre aceptación por la sociedad española.

2 Somos conscientes de las deficiencias metodológicas en la formulación de las preguntas que proponemos formen parte del cuestionario, pero básicamente en ella figuran los aspectos más importantes identificados en las entrevistas en profundidad y que consideramos puede ser útil para acabar de desarrollar esta herramienta que nos aproxime al conocimiento del colectivo de inmigrantes marroquíes de nuestra población y posiblemente de nuestra Región de Murcia.

3 Se debe tener presente que los colectivos de mayor riesgo precisan de mayores cuidados socio - sanitarios y que el conocimiento de su realidad y sus peculiaridades socio - culturales nos ayudará a introducir las medidas correctoras que mejoren la atención sanitaria de este colectivo de inmigrantes.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Martínez Pastor A, Hermoso Madrid MJ, Carvajal Lucerga C, Sánchez González ME, Carrasco Blázquez A, López Almagro E. Aproximación a las características sociodemográficas, medioambientales, hábitos y conductas, del colectivo inmigrante magrebí residente en nuestra zona de salud. XVIII Congreso de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. Zaragoza, 11-14 de noviembre 1998.

32 Evaluación y mejora de los programas de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular y diabetes en la Región de Murcia

Investigador principal:	Gomis Cebrián, Rafael
Referencia proyecto:	98/0517
Año:	1998
Organismo:	Consejería de Sanidad y Consumo
Centro:	D. General de Planificación y Ordenación Sanitaria
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria
Ayuda concedida:	2.626,42 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1998
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Atención primaria. Calidad asistencial. Evaluación de servicios

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Analizar la variabilidad existente en los protocolos y programas de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular y diabetes.
2. Determinar los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad de las Normas técnicas mínimas (NTM) en los programas y protocolos establecidos en la oferta de Servicios de los Equipos de Atención Primaria.
3. Determinar la efectividad de los programas de intervención a través de la determinación del grado de control y seguimiento de pacientes incluidos en programas.
4. Determinar la morbilidad (prevalencia) por complicaciones derivadas de enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo.
5. Analizar la variabilidad del consumo de fármacos y el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico.
6. Evaluar la opinión del paciente sobre su experiencia asistencial con los programas de intervención.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal retrospectivo.

Universo: Pacientes incluidos en los Servicios de hipertensión arterial, diabetes y colesterol, de las Gerencias de Atención Primaria de la Región de Murcia.

Muestreo: La población de estudio estuvo constituida por una muestra representativa de las Gerencias de Atención Primaria de 2.720 pacientes (924 hipertensos, 901 diabéticos y 895 dislipémicos), seleccionados mediante muestreo sistemático por subpoblaciones de riesgo y a partir de la cobertura real de pacientes incluidos en los Servicios de diabetes, hipertensión y dislipemias en la Región de Murcia.

Ámbito de estudio: Atención Primaria de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes incluidos en los Servicios de hipertensión arterial, diabetes y dislipemias.

RESULTADOS:

Obj. 1.

No se ha encontrado variabilidad en el diseño y recomendaciones de los protocolos y programas de intervención evaluados en los 72 Centros de Salud de la Región, motivado por el proceso de homogeneización y normalización de los mismos llevados a cabo por las diferentes Gerencias en 1996.

Obj. 2.

El cumplimiento de las normas técnicas del programa de diabetes fue del 65,5%. Los criterios administrativos son los que mayor nivel de cumplimiento alcanzan y los criterios clínicos y exploraciones son los menos cumplidos. A destacar el bajo porcentaje de cumplimiento de los criterios siguientes: repercusión visceral, exploración física y estudio analítico, junto con las pruebas complementarias (electrocardiograma (ECG) y fondo de ojo).

Respecto a la hipertensión arterial el total de cumplimiento fue del 73%. Los criterios que alcanzan un mayor porcentaje de cumplimiento fueron: diagnóstico y clasificación, exploración física, estudio analítico, educación sanitaria, adherencia y plan terapéutico. Los criterios de anamnesis y realización de ECG tienen bajo porcentaje de cumplimiento.

En dislipemias fue del 72%. Los criterios que alcanzan un porcentaje de cumplimiento aceptable fueron: diagnóstico, exploración física, recomendaciones higiénico-dietéticas, adherencia y plan terapéutico, y tratamiento no farmacológico. Los criterios de anamnesis y analítica (TG, HDL-Col y LDL-Col) tienen bajo porcentaje de cumplimiento.

Obj. 3.

De las diferentes variables analizadas se destacan: en diabetes, al 40% de pacientes se les realiza HBA1c, de los cuales el 57% presenta niveles de buen control; en HTA, el 72% de pacientes se encuentra en cifras tensionales aceptables; y en dislipemias, los niveles aceptables encontrados de triglicéridos, colesterol, HDL y LDL son del 73%, 49%, 89% y 34% respectivamente.

Obj. 4.

Los pacientes diabéticos presentan una elevada comorbilidad (el 57% son hipertensos y el 42 tienen dislipemia; el 46% son obesos y el 38% sedentarios). El 29% presentan complicaciones, siendo las más frecuentes la angina de pecho y la retinopatía diabética.

De los pacientes hipertensos, el 25% son diabéticos y el 43 tienen dislipemia; el 55% son obesos y el 38% sedentarios. El 18% presentan complicaciones registradas en la historia clínica (HC), las más frecuentes son la angina de pecho y el accidente cerebro vascular (ACV).

Los pacientes dislipémicos son en un 33% diabéticos, el 59 % tienen hipertensión, el 46% son obesos y el 31% sedentarios. El 18% presenta complicaciones registradas en la HC, las más frecuentes son la angina de pecho y el infarto agudo de miocardio.

Se registró entre un 6-7% de ingresos hospitalarios por patología relacionada en los dos últimos años y entre un 4-8% por consultas de urgencias.

Obj. 5.

Reciben algún tipo de tratamiento no farmacológico (TNF) y tratamiento farmacológico (TF) entre un 79% (dislipemias) 87% (diabetes) y un 91% (hipertensos), y reciben consejo higiénico-dietéticos entre el 75-85% de los pacientes. Todos afirman haber recibido consejos dietéticos pero menos de la mitad se consideran buenos cumplidores de los mismos. Respecto al TF tienen porcentajes de cumplimiento elevados diabéticos e hipertensos (80-82%) y bajos los dislipémicos (51%).

Del total de TF, los fármacos hipoglucemiantes orales más prescritos son las sulfonilureas de 2ª generación y los inhibidores de la alfa-glucosidasa. La insulina convencional se prescribe en un 18% de los diabéticos sola o en combinación. Respecto a la comorbilidad el TF más registrado son: los diuréticos, IECAS, antagonistas del calcio, antitrombóticos y estatinas.

En HTA, los fármacos más prescritos son los diuréticos, antagonistas del calcio e IECAS y los menos prescritos los -bloqueantes no cardioselectivos. Respecto a la comorbilidad el TF más registrado son las sulfonilureas de 2ª generación, estatinas, antitrombóticos y analgésicos.

En dislipemias, las estatinas son los fármacos más utilizados, siendo los derivados del ácido fíbrico los prescritos en 2º lugar. El TF de los dislipémicos se acompaña de hipoglucemiantes y terapia antihipertensiva. Los más usados son: diuréticos, IECAS, antagonistas del calcio, fibratos y sulfonilureas de 2ª generación.

Obj. 6.

Se han realizado 413 llamadas, a las que han respondido 270 pacientes (65%). En los tres programas, el nivel de conocimiento de la enfermedad se considera inaceptable entre un 71% en diabéticos a un 90% en dislipémicos. Por el contrario, se consideran muy satisfechos con la atención recibida (82-90%).

CONCLUSIONES:

1. Para los tres programas evaluados existe un mejorable grado de control y seguimiento de los pacientes sobre todo en criterios de calidad, como las pruebas complementarias y algunos factores modificables como obesidad y sedentarismo.

2. El cumplimiento farmacológico es aceptable en el paciente hipertenso y diabético, aunque no ocurre lo mismo con el tratamiento dietético, que se sigue de forma inadecuada en los tres programas, que deben mejorar igualmente el conocimiento de los factores de riesgo por parte del paciente.

3. Los pacientes han identificado pocos aspectos mejorables respecto a sus experiencias asistenciales.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Martínez Núñez V. Evaluación y mejora de los programas de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular y diabetes en la Región de Murcia. Resultados preliminares en un área de salud. XI Congreso de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Murcia 1999.

2. Martínez Núñez V, Gomis Cebrián R, Parra Hidalgo P, Cánovas Inglés A, Garijo García Y. Evaluación y mejora del manejo de las dislipemias en Atención Primaria de la Gerencia de Cartagena. Revista de Calidad Asistencial 1999;14(6):587-588. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

3. Martínez Núñez V, Gomis Cebrián R, Parra Hidalgo P, Tébar Massó J, Barragán Pérez AJ. Evaluación y mejora del manejo de la diabetes en Atención Primaria de la Gerencia de Cartagena. Revista de Calidad Asistencial 1999;14(6):588-589. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

4. Martínez Núñez V, Gomis Cebrián R, Parra Hidalgo P, López Picazo JJ, Anza Aguirrezabala I. Evaluación y mejora del manejo de la hipertensión arterial en Atención Primaria de la Gerencia de Cartagena. Revista de Calidad Asistencial 1999; 14(6):589. (XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

5. Martínez Núñez V, Gomis Cebrián R, Parra Hidalgo P, Barragán Pérez AJ, Garijo García Y, Cánovas Inglés A. Evaluación del perfil del paciente diabético en Atención Primaria de la Región de Murcia. Revista de Calidad Asistencial 2000; 15(7):573. (XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

6. Gomis Cebrián R, Martínez Núñez V, Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Garijo García Y, Cánovas Inglés A. Evaluación de la realización de pruebas complementarias del paciente diabético, en Atención Primaria de la Región de Murcia. Revista de Calidad Asistencial 2000;15(7):573. (XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

7. Parra Hidalgo P, Martínez Núñez V, Gomis Cebrián R, Tébar Massó J, Garijo García Y, Cánovas Inglés A. La calidad del control metabólico del paciente diabético, en Atención Primaria de la Región de Murcia. Revista de Calidad Asistencial 2000;15(7):503. (XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

8. Cánovas Inglés A, Garijo García Y, Gomis Cebrián R, Martínez Núñez V, Calle Urra J, Barragán Pérez A. Normas Técnicas y Control Metabólico en pacientes diabéticos de la Región de Murcia. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):550. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

9. García BA, Flores Pastor B, Gomis Cebrián R, Soria Aledo V, Aguayo Albasini JL. Optimización de la Derivación de los pacientes de Cirugía General y Digestiva desde el Consultorio de Cieza al Hospital Morales Meseguer. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):654. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

10. Cánovas Inglés A, Parra Hidalgo P, Gomis Cebrián R, Martínez Núñez V, Garijo García Y. Programa de Crónicos en Atención Primaria: hacia la Geriatrización. En: Revista Española de Geriatría y Gerontología 2002;37(SI):105. (XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología).

33 Vigilancia de las resistencias bacterianas y uso racional de antibióticos en Atención Primaria

Investigador principal:	Ruiz Gómez, Joaquín
Referencia proyecto:	98/0518
Año:	1998
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Virgen de la Arrixaca
Departamento/servicio/unidad:	Microbiología
Ayuda concedida:	5.709,61 euros
Fecha de inicio:	Octubre 1998
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Calidad de prescripción. Resistencias bacterianas. Antibióticos en Atención Primaria

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha elaborado una guía de utilización de antimicrobianos.
2. Se ha elaborado el mapa de resistencias bacterianas de la comunidad durante 1999. En la guía aparecen gráficos con estos datos.
3. Respecto a conocer los cambios en el consumo de antibióticos, sólo se tienen datos del momento actual. Puesto que el proyecto de este estudio era de 24 meses, y sólo han pasado 12 meses. La evolución en el consumo sólo podrá conocerse pasado un periodo mínimo de otros 12 meses, contando a partir de la puesta en marcha de la guía elaborada.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio de calidad con fase descriptiva y fase de intervención.

Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Sujeto de estudio: Todos los médicos pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Elaboración de la guía titulada "Recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos en Atención Primaria".
2. Elaboración del mapa de resistencias correspondientes a 1999 de microorganismos aislados a partir de pacientes de la comunidad.
3. El cambio en el consumo de antibióticos sólo podrá apreciarse, en el caso de que se produzca, cuando los profesionales dispongan al menos durante un año de la guía elaborada.

34 Análisis, evaluación y mejora de la calidad científico - técnica en la atención fisioterápica al paciente con cervicalgia en Atención Primaria

Investigador principal:	Medina Mirapeix, Francesc
Referencia proyecto:	99/0601
Año:	1999
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Departamento de Fisioterapia
Ayuda concedida:	6.611,13 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1999
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Fisioterapia. Calidad. Cervicalgia

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se analizaron las características de la práctica fisioterápica en la atención a los pacientes con cervicalgia mecánica y los costes implicados por la misma.
2. Se evaluó la calidad científico-técnica de la atención fisioterápica del paciente con cervicalgia mecánica a partir de criterios basados en la evidencia científica.
3. Se analizaron los factores estructurales, profesionales y del paciente implicados en la evaluada calidad científico-técnica.
4. Se evaluó la efectividad de una intervención correctora, implementación de un protocolo basado en la evidencia sobre la mejora de la calidad científico-técnica y los costes de los tratamientos.
5. Se comparó el nivel de utilización del protocolo implantado basado en la evidencia con relación a los protocolos existentes previamente en las Unidades.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional y multicéntrico de evaluación con una fase inicial retrospectiva y una intervención inmediata destinada a implantar un protocolo basado en la evidencia. Duración un año.

Universo: Fisioterapeutas de atención primaria con protocolo de atención fisioterápica.

Muestreo: Se selecciona en cada centro, y mediante un muestreo aleatorio sistemático, una muestra de Fichas Clínicas de Fisioterapia correspondientes a pacientes atendidos de cervicalgia atendidos durante los ocho meses previos.

Criterios de evaluación: Se utilizan los criterios de evaluación extraídos a partir del proyecto 98/0503 EMCA.

Estudio inicial:

1. Todo paciente con cervicalgia mecánica deberá tener realizado un estudio básico del dolor que incluya: 1. Localización de las áreas dolorosas. (III), 2. Medida de la intensidad del dolor, 3. Posturas y movimientos agravantes. (III).

2. Todo paciente con cervicalgia mecánica deberá tener realizada anamnesis sobre antecedentes de movimientos repetitivos y posturas mantenidas en el trabajo o vida diaria. (II-2).

3. Los pacientes con cervicalgia mecánica deben tener realizado un estudio que incluya: 1. Palpación de los macizos articulares posteriores a la columna cervical (III), 2. Palpación de los puntos gatillo de los músculos que pueden ocasionar dolor referido en el área dolorosa. (III).

4. Todo paciente con cervicalgia mecánica debe haber recibido consejo ergonómico sobre la reducción de movimientos repetitivos y/o posturas mantenidas. (II-2).

Tratamiento:

5. Como tratamiento básico para todos los pacientes con cervicalgia mecánica se utilizará la onda corta pulsátil. (I).

6. Como tratamiento básico para todos los pacientes con cervicalgia mecánica se utilizará un programa de fisioterapia activa para músculos de cuello y hombro (I) que incluya: ejercicios de estiramiento, ejercicios de fortalecimiento muscular dinámico (II-3) y ejercicios para casa.

7. Si el paciente con cervicalgia mecánica presenta espondilosis radiológica, dolor irradiado a miembro superior, o ambas cosas se utilizará tracción cervical mecánica intermitente (I).

8. Si el paciente con cervicalgia presenta disfunción de la movilidad pasiva analítica articular se utilizará tratamiento manipulatorio articular (I) que incluya técnicas estructurales de manipulación vertebral con thrust o técnicas miotensivas o ambas.

Seguimiento:

9. Si el paciente recibe algún tratamiento básico, éste se distribuirá en un máximo de 15 sesiones. (II).

Ámbito de estudio: Todos los Centros de Salud de la Región de Murcia con protocolo de atención fisioterápica a la cervicalgia mecánica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 Existe una importante variabilidad en lo que los fisioterapeutas registran tanto en relación a la anamnesis y exploración física como en relación al uso de terapias. Muchas de las terapias utilizadas no están basadas en la evidencia, suponiendo un importante coste suplementario en la atención. Por el contrario, muchas de las terapias basadas en la evidencia no se utilizan.

2 Existen en todos los centros un bajo cumplimiento generalizado de los criterios basados en la evidencia científica. Tras la intervención, este cumplimiento ha mejorado en general en casi todos los centros, pero de una forma muy desigual en cuanto al nivel de cumplimiento alcanzado entre centros. Varios centros de salud en los que el tratamiento es decidido esencialmente por médicos de la rehabilitación también han mejorado, lo cual hace pensar que indirectamente se han visto influidos- indirectamente - por la investigación.

3 Se ha puesto de manifiesto, también de forma preliminar, un incremento en el cumplimiento de las recomendaciones con evidencia del protocolo frente a las existentes en relación a los protocolos que previamente tenían como referencia en el área. Los centros que no tenían ningún protocolo de referencia previamente lo tienen ahora y además existe un único protocolo en toda la región, aspecto inédito en Fisioterapia en toda España.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Gascón Cánovas JJ, Esteban Argente I, Torres Vaquero AI, Alcántara F. Prevalencia, consecuencias y factores de riesgo de la cervicalgia. Fisioterapia 2000;22(Nº Extra 2):4-12.

2. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J. Guía de práctica clínica para el diagnóstico fisioterápico de la cervicalgia mecánica. Fisioterapia 2000; 22(Nº Extra 2):13-32.

3. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J. Guía de práctica clínica para el tratamiento y seguimiento fisioterápico de la cervicalgia mecánica. Fisioterapia 2000;22(Nº Extra 2):33-46.

4. Medina i Mirapeix F, Gascón Cánovas JJ, Montilla Herrador J, Saturno Hernández P, Jimeno Serrano FJ. Sistema de registro y evaluación de la guía de práctica clínica en los pacientes con cervicalgia. Fisioterapia 2000;22(Nº. Extra 2):61-70.

5. Jimeno Serrano FJ, Salinas Palacios V, Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Sánchez Pérez S, Escolar Reina P. Educación del paciente con cervicalgia. Fisioterapia 2000; 22(Nº Extra 2):71-79.

6. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Campillo Pomata J, Rabal Conesa C. ¿Qué tipo de atención se presta en Fisioterapia cuando no se realizan los protocolos? Revista de Calidad Asistencial 2000;15(7):494 (XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

7. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Lillo Navarro MC, Torres Vaquero AI, Evangelista Zamora R. Evaluación y mejora de la validez y flexibilidad clínica de los protocolos clínicos de Fisioterapia. Revista de Calidad Asistencial 2000; 15(7):495. (XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

8. Medina i Mirapeix F, Saturno Hernández PJ, Montilla Herrador J, Valera Garrido JF. ¿Son válidos los protocolos de Fisioterapia de Atención Primaria para atender a la cervicalgia mecánica? En: Libro de Ponencias, Comunicaciones y Pósters: 7as Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Badajoz: AEF. Delegación Extremadura; 2001. p. 289-291.

9. Jimeno Serrano FJ, Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Meseguer Henarejos AB. Diseño de un sistema de registro basado en la evidencia para la atención a la cervicalgia. En: Libro de Ponencias, Comunicaciones y Pósters: 7as Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Badajoz: AEF. Delegación Extremadura; 2001. p. 335-336.

10. Medina i Mirapeix F. Evaluación y mejora de la calidad estructural y de los contenidos de los protocolos clínicos de Fisioterapia [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2001.

35 Valoración de la calidad percibida en los servicios prestados por el Hospital Los Arcos a los médicos de atención primaria mediante la encuesta SERVQUAL

Investigador principal:	Almarza Meza, José Luis
Referencia proyecto:	99/0604
Año:	1999
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Dirección médica
Ayuda concedida:	6.611,13 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1999
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Servqual. Atención primaria. Atención especializada

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se evaluó mediante una encuesta SERVQUAL adaptada a servicios hospitalarios, las expectativas y percepciones de los médicos de los Centros de Salud de San Pedro del Pinatar, San Javier y Torre Pacheco, respecto a los servicios prestados por el Hospital Los Arcos y detectar las posibles deficiencias.
2. Se encontraron las posibles causas de las deficiencias en la calidad percibida por los médicos de los centros de salud, mediante técnicas grupales (diagrama de afinidades).
3. Se diseñó una estrategia para la mejora de la calidad de esos servicios.
4. Se reevaluó el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria una vez aplicadas las mejoras.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo.

Universo: Plantilla de los 4 centros de salud: San Pedro del Pinatar, San Javier, Los Alcázares y Torre Pacheco.

Muestreo: Se utilizaron todos los casos (universal).

Criterios de evaluación: Calidad percibida (entendida como grado de cumplimiento de las expectativas) de los médicos de los centros de salud del área del Hospital Los Arcos respecto a los servicios profesionales que reciben de este, expresado en 5 criterios:

- Elementos tangibles. Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad. Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta. Disposición de ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
- Seguridad y empatía. Inexistencia de peligros, riesgo o dudas.
- Así como la importancia relativa de cada uno de ellos expresada por los clientes (médicos de los centros de salud).

Ámbito de estudio: Centros de Salud del Área sanitaria II de la Región de Murcia (Zonas 39, 40 y 41).

Sujeto de estudio: Médicos de los centros de salud del Área sanitaria del Hospital Los Arcos, en los que se prevea que su contrato laboral sea superior a un año, a partir de la primera evaluación, con el fin de garantizar al máximo que en la segunda evaluación sean encuestados los mismos casos que en la primera.

RESULTADOS:

1. Encuesta SERVQUAL (1ª evaluación)

1.1. Adaptación de la encuesta. La adaptación de la encuesta no presentó mayores problemas y como vimos en el pilotaje fue perfectamente comprendida por los médicos de atención primaria. Tuvimos especial cuidado en cuanto a confidencialidad de los datos, por lo cual no incluimos preguntas de tipo epidemiológico (sexo, edad, años de experiencia y centro al que pertenecían…), con ello pretendíamos lograr la máxima colaboración y sinceridad en las respuestas.

1.2. Grado de participación. Se ha observado un alto grado de participación tanto en la primera (87%) como en la segunda evaluación (71%), a pesar del alto número de declaraciones de las encuestas (22 en expectativas y otras 22 en percepciones), así como la ponderación.

1.3. Resultados de la encuesta de expectativas. La puntuación no - ponderada revela como criterio más valorado la seguridad y el menos valorado los elementos tangibles. No obstante la diferencia de las medidas de ambos criterios no alcanza a un punto.

1.4. Resultados de la importancia relativa de los criterios. Los elementos tangibles han sido, aquí también, el criterio menos valorado (12%) siendo la fiabilidad el más valorado (30%).

1.5. Resultados de la encuesta de percepciones. Puntuaciones Servqual (diferencia entre expectativas y percepciones).

- Se observa que, de forma global, la puntuación servqual es negativa (las percepciones son inferiores a las expectativas).
- No obstante, estos resultados deben ser matizados por tres hechos que a nuestro juicio son importantes:

a) "Cautividad" de los clientes: no hay referencia en el tiempo, de forma simultánea, de otros hospitales y por tanto resulta difícil la comparación (se comparan recuerdos, no experiencias concurrentes).

b) Desconocimiento del centro: muchos de los profesionales encuestados no han visitado nunca nuestro hospital y no han mantenido contacto alguno con el personal médico del mismo.

c) No se conoce el precio de los servicios: este es uno de los datos considerados fundamentales para los autores del Servqual. Son pues, servicios gratuitos, con lo que ello supone de cara a su evaluación.

2. Búsqueda de oportunidades de mejora:

La metodología utilizada (diagrama de afinidades) se ha mostrado útil para obtener propuestas de mejora. Los participantes de las reuniones de clientes internos valoraron de forma positiva el anonimato.

Aunque alguna de las propuestas revelaban cierto grado de desconocimiento de los usuarios del trabajo realizado en el hospital, en general su análisis revela un desconocimiento de los deseos de los clientes (42%) a la par que un déficit en la realización del servicio (42% de las propuestas).

El diagrama de afinidades complementando con la encuesta de causas revela muy a las claras que el problema más importante que tenemos en nuestro hospital son las listas de espera para consulta y quirófano, alcanzando casi los dos años para alguna especialidad quirúrgica la demora de algunos pacientes en ser intervenidos.

3. Soluciones a los problemas planteados:

- La mayoría de las propuestas planteadas por los médicos de atención primaria han quedado sin solucionar, aunque se hayan emprendido acciones, éstas se han mostrado insuficientes para disminuir las listas de espera, que es el problema más importante detectado tanto cuantitativa como cualitativamente.

- Como ya se demostró en trabajos anteriores (González y cols, 1999) la lista de espera de nuestro hospital se genera por una inadecuación de los recursos a la demanda. Su solución implicaba al Insalud, pues nuestro contrato programa no preveía soluciones específicas a este problema.

- Se ha mejorado las relaciones con primaria y se ha planteado un diálogo para establecer protocolos conjuntos.

4. Reevaluación: 2ª Encuesta Servqual

En general, se observa una mejoría en la calidad percibida respecto a la primera evaluación y ha aumentado el número de clientes "satisfechos". No obstante, los datos no son significativos y pueden reflejar la falta real de soluciones a los problemas planteados, dado como ya se ha referido, la complejidad que implica su solución.

CONCLUSIONES:

1. La encuesta Servqual para evaluar las empresas de servicios ha permitido una fácil adaptación de la misma para medir la calidad de los servicios que presta el Hospital Los Arcos a los médicos de atención primaria de su área.
2. El diagrama de afinidades se ha mostrado como una herramienta muy útil para obtener oportunidades de mejora.
3. El problema más importante detectado ha sido la existencia de listas de espera. Esto puede haber influido en los niveles de satisfacción observados en la encuesta Servqual a los médicos de atención primaria.
4. También se han observado problemas de comunicación entre ambos colectivos (primaria y especializada).
5. La complejidad de la mayoría de oportunidades de mejora planteadas ha hecho prácticamente imposible su solución en el plazo de tiempo que ha durado el estudio.

36 Análisis de la variabilidad de la práctica médica en la utilización del laboratorio en el Hospital Los Arcos

Investigador principal:	Contessotto Spadetto, Claudio
Referencia proyecto:	99/0605
Año:	1999
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Los Arcos
Departamento/servicio/unidad:	Pediatría
Ayuda concedida:	3.005,06 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1999
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Variabilidad de la práctica clínica. Uso de laboratorio

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se determinó el patrón basal de petición de pruebas complementarias hemato - bioquímicas urgentes cursadas al laboratorio del Hospital Los Arcos, por parte de los Servicios de Medicina Interna, Pediatría y Urgencias. En el periodo pre- intervención se pidieron pruebas complementarias de laboratorio al 35,1% de los pacientes atendidos, siendo la indicación de éstas adecuadas en el 73,4% de los casos.
2. Se identificaron los errores más frecuentes en la indicación de determinaciones analíticas por parte de los facultativos, así como los fallos más significativos que se producían a lo largo del proceso de tramitación y ejecución de los análisis.
3. Se elaboraron, consensuaron e implementaron las correspondientes intervenciones para paliarlos, centrada sobre todo en la protocolización de la actuación médico - sanitaria en los principales grupos de patología, y en el uso obligatorio de las etiquetas con los datos del enfermo en los volantes de las peticiones analíticas.
4. Se han medido los efectos de las actuaciones llevadas a cabo durante algo más de un año, evaluando nuevamente los patrones de indicación de pruebas complementarias de laboratorio después de la aplicación de las medidas correctoras. En la fase post- intervención se están pidiendo análisis al 31,7% de los pacientes vistos en Urgencias, estando las determinaciones correctamente indicadas en el 75,7% de los pacientes vistos en Urgencias.
5. Pese al aumento del número total de pruebas urgentes pedidas al laboratorio, consideramos que se ha logrado disminuir la variabilidad de la práctica médica en la atención al paciente que acude al Servicio de Urgencias, incrementando significativamente el uso racional de los exámenes complementarios.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio poblacional prospectivo.

Criterios de evaluación: Los grupos responsables de cada patología eran los encargados de establecer unos criterios explícitos de adecuación de las correspondientes pruebas analíticas urgentes o, en su defecto, de consensuar unos criterios de impacto de las pruebas que las justificaran desde el punto de vista clínico. Una prueba es considerada trascendente o con impacto (es decir, correctamente indicada) si se daba cualquiera de las siguientes condiciones: 1) la prueba se realiza previamente al ingreso hospitalario o a una intervención quirúrgica; 2) se realiza como control de una alteración detectada previamente o como confirmación de normalidad previa al envío a domicilio; 3) aporta o excluye un diagnóstico; 4) implica algún cambio en la actitud terapéutica; 5) sirve como monitorización de una terapia, con los límites de frecuencia de repetición que se establecen en cada caso; y 6) es acompañada por una justificación escrita de los motivos de su realización.

Ámbito de estudio: Servicio de Urgencia del Hospital Los Arcos.

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Pediatría y pacientes atendidos en el Área de Urgencias del Hospital Los Arcos en los primeros 6 meses comenzando desde el inicio del estudio, a los que se les haya realizado al menos un análisis de sangre.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. La comparación estadística de los resultados obtenidos antes y después de la intervención promovida por el presente estudio, evidencia una disminución significativa del número de determinaciones de colesterol total y HDL, triglicéridos, proteínas totales y albúmina (excluidas de los protocolos por no ser urgentes), así como de la velocidad de sedimentación globular (VSG) parámetro obsoleto por su escasa especificidad y el cociente internacional normalizado (INR, por sus siglas en inglés) solicitado actualmente desde la consulta externa de Hematología.
2. El aumento significativo de las peticiones de proteína C reactiva (PCR) está justificado por tratarse de un indicador sensible y específico de infección bacteriana, y la gonadotropina coriónica humana (HCG, por sus siglas en inglés) se debe probablemente a la tendencia creciente a efectuar el diagnóstico de embarazos en Urgencias, donde la mujer acude con la excusa de molestias abdominales inespecíficas. Sin embargo, el incremento de las peticiones de fibrinógeno y amilasa no parece tener ninguna justificación lógica, especialmente en el caso de este segundo parámetro que era esperable disminuyera paralelamente al descenso de los cuadros de dolor abdominal, donde está indicado su uso.
3. Fue bastante desalentador constatar que la utilización de los parámetros analíticos más frecuentes (glucosa, urea, creatinina, transaminasas, etc.) no experimentó ninguna variación, lo que confirma la evidencia científica reflejada en la literatura acerca de la dificultad de lograr cambios sustanciales en los hábitos de prescripción diagnóstico - terapéutica de los médicos.
4. Pese a ello, en nuestra casuística la evaluación de los criterios de prescripcion de los análisis muestra un aumento significativo del porcentaje de indicaciones correctos, que pasó del 73,4% al 75,7% (ji - cuadrado = 12,66; $p<0.001$).
5. Otra observación que corrobora el éxito parcial de las medidas correctoras que se han llevado a cabo es la significativamente menor dispersión del número de parámetros analíticos solicitados en cada enfermo, habiendo desaparecido los volantes con peticiones múltiples guiadas por el trayecto espontáneo del bolígrafo más que por el conocimiento y el razonamiento científico del solicitante.
6. En conclusión: en nuestro medio los beneficios de este tipo de intervención parecen marginales en cuanto a la carga de pruebas complementarias que se derivan al laboratorio, si bien se han logrado unos notables efectos positivos sobre la calidad científico técnica de la atención médica prestada en el Servicio de Urgencias del hospital.

37 Diseño del Sistema de Información para la recogida del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Unidades de Hospitalización a Domicilio

Investigador principal:	Ródenas Checa, Julio
Referencia proyecto:	99/0612
Año:	1999
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Departamento/servicio/unidad:	Documentación Clínica
Ayuda concedida:	3.005,06 euros
Fecha de inicio:	Octubre de 1999
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Sistemas de información. CMBD. Diseño de la calidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha desarrollado el sistema de información para hospitalización a domicilio (HaD), que nos permite identificar el producto hospitalario y conocer los costes por proceso. El trabajo desarrollado nos permite estandarizar la información del sistema de información sanitario, siendo además de aplicación para las nuevas Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) que se vayan creando en otros hospitales.
2. La integración con el sistema de información del hospital está en función del calendario de implantación del Plan de Renovación Tecnológica, pudiéndose llevar a cabo en cuanto éste lo permita.
3. Se han establecido los criterios de calidad y los indicadores necesarios para su evaluación, estando en fase de finalización la determinación de los estándares propios.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo en fase 1 y 2 retrospectivo en 3ª y 4ª fase.

Ámbito de estudio: Unidad de HaD del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Sujeto de estudio: Pacientes sometidos a ingreso en la modalidad de HaD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 Se ha desarrollado un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) con los siguientes ítems:

- Número de historia clínica: este campo al ser común en todo el ámbito del hospital nos permite realizar un seguimiento del paciente por los diferentes dispositivos asistenciales del centro.

- Número ICU (Código de identificación de episodio): este campo nos permite identificar el registro en la tabla correspondiente del sistema de información hospitalario.

- Número de seguridad social: el número de seguridad social es un dato administrativo del paciente, conveniente para la facturación del proceso.

- Fecha de ingreso: día, mes y año en el que el paciente es ingresado en la Unidad de HaD.

- Fecha de alta: día, mes y año en el que se deja de prestar la asistencia al paciente por las circunstancias expresadas en el motivo de alta.

- Fecha de nacimiento: fecha (día, mes y año) de nacimiento del paciente.

- Edad: es un campo calculado a partir de la fecha de nacimiento del paciente y su fecha de ingreso.

- Sexo: este campo se categoriza con tres opciones: hombre, mujer y otro.

- Procedencia: servicio médico de procedencia del paciente. Este campo tiene tantas categorías como servicios médicos o quirúrgicos tiene el hospital.

- Visitas médicas: número de visitas realizadas por el personal facultativo al domicilio del paciente.

- Visitas de enfermería: número de visitas realizadas por el personal de enfermería al domicilio del paciente.

- Llamadas telefónicas: número de llamadas efectuadas desde la UHD al domicilio del paciente, realizadas con distintos fines.

- Sonda nasogástrica: es un campo lógico que nos indica si al ingreso en la UHD el paciente es portador de sonda nasogástrica. Determinará la aplicación de unos protocolos de cuidados propios de esa situación.

- Sonda vesical: es un campo lógico que nos indica si al ingreso en la UHD el paciente es portador de sonda vesical. Determinará la aplicación de unos protocolos de cuidados propios de esa situación.

- Oxigenoterapia: es un campo lógico que refiere si el paciente al ingreso en la UHD necesita de la aplicación de oxigenoterapia.

- Laboratorio: es un campo lógico que indica si se han realizado pruebas de laboratorio durante el periodo que ha estado ingresado.

- Curas: campo lógico que nos informa de la realización de curas domiciliarias.

- Vía venosa: campo lógico que informa si el paciente ha tenido una vía venosa durante su estancia en la UHD.

- Índice de Barthel al ingreso: puntuación de la escala de Barthel (mide la autosuficiencia o no para realizar actividades de la vida diaria) en el momento del ingreso en la UHD.

- Índice de Barthel al alta: puntuación de la escala de Barthel en el momento del alta de la UHD.

- GRD: categoría obtenida de la versión actual de los grupos relacionados por el diagnóstico utilizados, una vez realizada la agrupación de los diagnósticos y procedimientos del episodio.

- CDM: categoría diagnóstica mayor del GRD obtenido.

- Motivo de alta: motivo por el que se deja de prestar la asistencia al paciente. Se categoriza con las siguientes opciones: mejoría, reingreso en hospitalización convencional, exitus o alta voluntaria.

- Nombre: campo tipo texto que almacena el nombre del paciente.

- Apellidos: hay dos campos referidos a almacenar el primer y segundo apellido del paciente, son de tipo texto, al igual que el campo anterior.

- Domicilio: este campo es de tipo texto y almacena el nombre de la avenida, plaza, calle,… además del número, escalera, piso y puerta del domicilio del paciente. También puede pertenecer a un familiar,…., en este caso indicará el lugar donde se presta la atención.

- Teléfono: campo tipo texto que almacena los números del teléfono del domicilio indicado en el campo anterior, o en su defecto del vecino más próximo (y con consentimiento de éste).

- Localidad: es un campo numérico, dado que las categorías se adjuntan en tabla relacionada por un código. Describe la localidad de residencia habitual del paciente, aunque también pueda ser la del familiar que se ha hecho cargo de su asistencia. En cualquier caso será la del domicilio donde se lleve a cabo la asistencia y pertenecerá al área de cobertura del hospital.

- Diagnóstico: se ha incluido un total de 13 campos referidos a diagnóstico. Son de tipo texto y con una longitud de 7 caracteres alfanuméricos, los necesarios para su codificación con la CIE - 9 MC.

- Procedimientos quirúrgicos: son un total de ocho campos que indican los procedimientos quirúrgicos realizados al paciente durante su estancia en la unidad. Se codifican a partir de la CIE - 9 MC.

- Otros procedimientos: otros procedimientos realizados al paciente durante su estancia en la UHD. Al igual que los anteriores se codifican por la CIE - 9 MC.

- Cuidador principal: parentesco que tiene el cuidador principal respecto al paciente. Las categorías que admite son cualquier relación de parentesco (esposo/a, hijo/a,…), vecino, servicios sociales, institución religiosa, ONG y otras.

- Cuidador principal: sexo: admite tres categorías, hombre, mujer y otras.

- Cuidador principal: vivienda: admite varias categorías: habitual (cuando cohabite de forma habitual con el paciente o en una relación de vecindad muy próxima). Temporal (cuando la cohabitación se produzca como consecuencia del episodio o de forma accidental) o Institución (cuando el cuidador principal no sea una persona física, sino una institución).

2 Los indicadores de calidad que esperamos obtener son:

- Estancia media bruta: total estancias/total altas.

- Estancia media depurada: la misma fórmula que la anterior pero extrayendo los casos extremos.

- Media diagnósticos: promedio de diagnósticos realizados por paciente.

- Media procedimientos: número total de procedimientos/número total de altas.

- Porcentaje de codificación: total de altas codificadas/total altas.

- Reingresos a hospitalización convencional: porcentaje de pacientes que reingresan a hospitalización convencional desde hospitalización a domicilio.

- Mortalidad: porcentaje de exitus sobre el total de pacientes.

- Distribución por GRD y estancia media de los mismos en hospitalización a domicilio.

- Distribución por CDM y estancia media de los mismos en hospitalización a domicilio.

- Evitación de ingresos: porcentaje de ingresos desde Urgencias.

- Estancias ahorradas: en el subgrupo de pacientes con hospitalización convencional anterior, será el sumatorio de las diferencias entre la estancia real del paciente con la estancia media del GRD correspondiente. Este indicador requiere de un cruce de datos entre el CMBD de hospitalización convencional y el de hospitalización a domicilio.

- Dependencia de los pacientes: promedio de puntuaciones de la escala de Barthel al ingreso.

- Variación de la dependencia: promedio de la diferencia entre la puntuación de la escala de Barthel obtenida al alta, menos la obtenida al ingreso.

Los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones de los datos indican que es una alternativa asistencial influenciada, como otras, por los períodos vacacionales. Con una distribución por sexos equitativa (alrededor del 50% para cada sexo), y una edad media de 60 años (rango 11 - 98 años). La estancia media bruta de los pacientes se sitúa alrededor de los 11 días. Respecto a la procedencia de los pacientes, poco más de la mitad proviene de Urgencias (evitación de ingresos), correspondiendo el 21% a la Unidad de Corta Estancia y alrededor del 12% a Medicina Interna. El 10% restante proviene de una amplia variedad de servicios.

Alrededor del 44% corresponde a enfermedades y trastornos del sistema respiratorio, un 22% a enfermedades y trastornos del sistema urinario y poco más del 12% a enfermedades y trastornos del sistema circulatorio. Los motivos de alta son el 88% por mejoría, el 11% corresponde a reingresos y únicamente un 1% a exitus.

Destacar altos porcentajes de pacientes con vía venosa y que necesitan de pruebas de laboratorio (especialmente al alta), y bajos porcentajes para los pacientes con sondas, tanto nasogástricas como vesicales. Las curas también obtienen bajos porcentajes, lógicamente por la baja procedencia de pacientes quirúrgicos. Los promedios del índice de Barthel obtenidos son elevados (tanto al ingreso como al alta), lo que nos indica que los candidatos a esta alternativa asistencial son pacientes con niveles de autosuficiencia elevados.

Los datos económicos nos indican que el coste más significativo de esta alternativa asistencial es el personal. Los costes de otras partidas (incluida Farmacia) no llegan la 25% de sus costes directos. El coste por estancia es de unas 8.000 pesetas excluyendo al personal facultativo que se imputa a medicina interna.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Ródenas Checa J, Cortés Angulo J, Cerón González A, López Perona F, Picazo Córdoba R. Sistema de información para la recogida del CMBD a domicilio. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):617. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

38 Grado de cumplimiento de las directrices sobre el manejo de pacientes con infarto agudo de miocardio

Investigador principal:	Melgarejo Moreno, José Antonio
Referencia proyecto:	000/502
Año:	2000
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Santa María del Rosell
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Medicina Intensiva
Ayuda concedida:	2.103,54 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Calidad asistencial. Infarto de miocardio

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Los hallazgos de nuestro estudio reflejan que prácticas clínicas consolidadas en la bibliografía, y recogidas por las directrices marcadas por las sociedades nacionales e internacionales no siempre son llevadas a cabo de forma absoluta en la práctica clínica. El empleo de herramientas para la mejora de la calidad asistencial como son los ciclos de evaluación y mejora permiten por una parte conocer el grado de cumplimiento, y por otra parte con la difusión de los resultados corregir las desviaciones para ajustarnos a las recomendaciones expresadas por las directrices del manejo de esta patología.

2. En nuestro estudio se refleja que el grado de adecuación a las directrices sobre el manejo del infarto agudo de miocardio de nuestro hospital es elevado para el caso del tratamiento con aspirina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, tratamiento de reperfusión entre los pacientes que tienen indicación. Existen claras oportunidades de mejora en el porcentaje de empleo de tratamiento con betabloqueantes, en el tiempo en que debe realizarse el tratamiento de reperfusión, y en el consejo escrito sobre el abandono del hábito tabáquico. En el periodo del estudio hemos registrado una mejora en la mayoría de los procesos, y esta mejora ha alcanzado niveles de significación estadística en el caso del empleo de medicación hipolipemiante, horas de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y días de estancia hospitalaria.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Universo: Todos los pacientes ingresados con IAM en la UCI durante un periodo de dos años.

Muestreo: No procede, se trabajó con todo el universo.

Criterios de evaluación:

Criterio 1. Recibir ácido acetilsalicílico (AAS), en el ingreso y al alta hospitalaria.

Criterio 2. Recibir betabloqueante (BB) durante la hospitalización y al alta.

Criterio 3. Recibir trombolisis o angioplastia transluminal percutánea en las primeras 12 horas del inicio del dolor.

Criterio 4. Recibir inhibidor del enzima conversor de la angiotensina (IECA) durante la estancia hospitalaria y en el primer mes.

Criterio 5. a) comprobar si se realizaron las determinaciones para conocer el perfil lipídico durante la estancia hospitalaria y b) tratamiento al alta y durante el seguimiento de los pacientes con niveles de colesterol total >200 mg/dl, o HDL < 40 mg/dl, o LDL > 130 mg/dl, y triglicéridos > 200 mg/dl.

Criterio 6. Determinar si hubo consejo verbal o escrito sobre el cese del hábito tabáquico.

Ámbito de estudio: Hospital Santa María del Rosell de Cartagena.

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados con infarto agudo de miocardio (IAM) en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena.

RESULTADOS:

Resultados 1. Características demográficas, factores de riesgo y presentación clínica.

- Características basales de toda la población del estudio y las características de las dos fases del estudio, n = 714. La edad media fue de 67 años, el 29% fueron mujeres. Entre los antecedentes el 26% de los mismos tuvieron antecedentes de angor y el 19% de insuficiencia cardíaca. En cuanto a los factores de riesgo, el tabaquismo activo estuvo presente en el 29% de los pacientes, 43% tuvieron antecedentes de hipertensión arterial y 39% fueron diabéticos. El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el ingreso en el hospital fue de 273 minutos. Los pacientes presentaron algún grado de insuficiencia cardíaca al ingreso en el 26% de los casos. Entre los pacientes de la fase I, n = 345, no hubo diferencias en estas características basales con los de la fase 2, n = 369.

- Características socioculturales de todos los pacientes. El 75,2% de nuestros pacientes tenían estudios primarios, y en el 54,5% eran obreros no cualificados. Sólo el 22% de los pacientes estaban activos en el momento del infarto, y en 74% su estado civil era de casados. No hubo diferencias en estas características entre los pacientes de la fase 1 y 2.

- Intervalo entre el inicio de los síntomas y el ingreso en la UCI, 457 minutos. La estancia media en la UCI del conjunto de los pacientes del estudio fue de 78 horas y la estancia hospitalaria de 9,7 días. Se registraron diferencias significativas en ambas estancias entre la fase 1 y 2, con un acortamiento de la estancia en UCI y hospitalaria en la segunda fase.

- Diferencia entre el porcentaje de infartos no Q entre la fase 1 y 2, 19% frente al 31%, $p<0,05$.

Grado de adherencia a las directrices del manejo de los pacientes con IAM.

- Descripción del grado de adhesión en ambas fases del estudio. No se objetivaron diferencias en el porcentaje de tratamiento de reperfusión entre los pacientes que tenían indicación del mismo, dicho tratamiento se administró en el 90,1% de ocasiones en la primera fase y en el 95,7% en la segunda. Se registró una tendencia al acortamiento en el inicio del tratamiento de reperfusión en la segunda fase frente a la primera.

Resultados 2.

- Durante la estancia hospitalaria, el 95% de los pacientes recibió aspirina o con otro antiagregante plaquetario. El 59% recibió tratamiento con betabloqueantes y el 59,6% tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Se realizaron determinaciones de colesterol en el 82% de los casos y se inició tratamiento con hipolipemiantes en el 52% de los pacientes. Aunque se les aconsejó abandonar el tabaco se realizó verbalmente al 100% de los fumadores, de forma escrita sólo se realizó en el 5% durante la primera fase y en el 19% durante la segunda ($p>0,05$).

CONCLUSIONES:

1. Reconocer que el grado de adhesión al cumplimiento de las directrices del manejo de los pacientes con infarto agudo de miocardio es bueno para la mayoría de los parámetros medidos. Así el porcentaje de pacientes que reciban tratamiento con aspirina y de reperfusión se encuentra entre los más elevados de lo publicado en las distintas series de la literatura.

2. Existe sin embargo, una clara oportunidad de mejora en el caso del retraso para iniciar el tiempo de reperfusión, aunque ha disminuido en la segunda fase frente a la primera, todavía no se alcanzan los 30 minutos que marcan las distintas directrices para el inicio de dicho tratamiento entre la llegada al hospital y el inicio del tratamiento de reperfusión. Aunque se ha registrado un incremento en el porcentaje de pacientes que recibe tratamiento con betabloqueantes, existe una clara oportunidad de mejora para incrementar dicho porcentaje. El porcentaje de pacientes que recibe tratamiento hipolipemiante ha aumentado significativamente entre la primera y segunda fase, se debería aumentar el porcentaje de determinaciones de lípidos y probablemente el número de tratamientos hipolipemiantes.

3. Aunque se ha producido un aumento en el número de consejos sobre el abandono del hábito tabáquico entre los fumadores, el porcentaje sigue siendo bajo y por tanto se debe incrementar. Una mejora producida durante el periodo de estudio ha sido la disminución de la estancia en la UCI y la estancia hospitalaria de forma significativa entre la primera y segunda fase.

39 La adherencia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y el papel de los programas de evaluación y mejora de la calidad

Investigador principal:	Gascón Cánovas, Juan José
Referencia proyecto:	000/504
Año:	2000
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública
Ayuda concedida:	11.419,23 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	31 meses
Palabras clave:	Gestión de la calidad. Uso racional de medicamentos

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se han explorado los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, subrayando aquellos que dependen de los profesionales sanitarios.

2. Se ha elaborado un cuestionario, incluyendo, de entre otras, preguntas similares a las del informe del usuario para valorar el grado de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y medir los factores que condicionan este fenómeno. El cuestionario contiene 63 ítemes distribuidos en 7 apartados: 1) medicación empleada en el tratamiento de la HTA; 2) características de la atención proporcionada en el centro de salud y en el seguimiento de la HTA; 3) estado de salud; 4) adaptación del cuestionario locus de control de Kenneth A. et al.; 5) adaptación del "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ) de Horne; y 6) tratamientos empleados en otros problemas de salud; y 7) información general.

3. Se han identificado 6 indicadores de la actividad asistencial relacionada con la adherencia al tratamiento: 3 de ellos son médicos independientes (2 relacionados con el contenido de la información proporcionada al paciente y uno con el lenguaje no verbal) y los otros 3 están relacionados con las actividades de la consulta de seguimiento de la HTA de enfermería.

Debido a que el grado de adherencia terapéutica ha sido especialmente elevado en el centro de salud comprometido con la mejora -90,3% - (muy superior a la media de los otros centros de estudio y los valores señalados por la bibliografía), se ha informado a los integrantes de este centro de salud de los resultados del estudio de las causas de la adherencia y de la frecuencia con la que ocurren estas causas en su centro. Todo ello con la finalidad de mantener este nivel y comprobarlo posteriormente mediante actividades de monitorización.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se han llevado a cabo dos tipos de diseño de forma secuencial: primero un estudio de tipo cuantitativo empleando la técnica del grupo focal y segundo un estudio epidemiológico observacional. En este último estudio se ha determinado la prevalencia de la adherencia terapéutica a la hipertensión arterial y se han analizado los factores relacionados con este fenómeno. Para ello se ha empleado como fuente de información un cuestionario diseñado "ad hoc" con la información obtenida en el estudio cuantitativo.

Universo: Para el estudio cualitativo: 146 sujetos hipertensos identificados mediante el test de Morinsky y Green como potencialmente incumplidores del tratamiento antihipertensivo (anti-HTA). Para el estudio cuantitativo: casos incidentes de hipertensión arterial y también prevalentes que hayan experimentado cambios en el tratamiento anti-HTA. El marco temporal del estudio incluye 12 meses.

Muestreo: En el estudio cualitativo se ha llevado a cabo un muestreo intencional en el que han participado 44 sujetos hipertensos. En el estudio epidemiológico se ha llevado a cabo un muestreo aleatorio incluyendo a 410 sujetos.

Mediciones: 1. Prevalencia de la adherencia a los anti-HTA; 2. Factores sociodemográficos; 3. Estilo de práctica médica y calidad percibida por el paciente; 4. Creencias sobre las medicinas y 5. Locus de control interno y externo.

Ámbito de estudio: 6 Centros de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes hipertensos, mayores de 18 años, con tratamiento antihipertensivo de más de tres meses de duración y con problemas de adherencia al tratamiento, excluyendo a los que presentan problemas mentales o invalidantes.

RESULTADOS:

1. Resultados del estudio cualitativo: Han participado 44 pacientes (24 hombres y 20 mujeres) en alguno de los 7 grupos focales que se han organizado. Del análisis del texto se desprende que los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico constituyen una compleja red de factores interrelacionados (creencias y actitudes acerca de los medicamentos, creencias y actitudes sobre la hipertensión, la atención proporcionada en el centro de salud y factores socioeconómicos y culturales). En concreto, se pone de manifiesto el escaso conocimiento que tienen los pacientes sobre su problema de salud y la imagen negativa que, en ocasiones tienen hacia los antihipertensivos. Asimismo, la entrevista clínica dista mucho de cumplir con las expectativas del paciente, especialmente en los aspectos relacionados con la comunicación, la empatía del médico y la duración de la consulta. Adicionalmente, algunos factores socioeconómicos y culturales pueden dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento antihipertensivo.

2. Resultados del estudio cuantitativo: La tasa de respuesta (con recordatorios telefónico) ha sido moderadamente elevada 65%. Doce de entre los 30 factores analizados están asociados significativamente a una mayor adherencia terapéutica. Tres están relacionados con el estilo de la práctica médica (explicación de las consecuencias de la HTA, aclaración de dudas sobre la HTA y contacto visual con el paciente), otros tres están relacionados con las características de la consulta de seguimiento de enfermería (control de TA, control del peso, y formulación de preguntas sobre dificultades de seguir el tratamiento). Asimismo, la adherencia también aumenta cuando el número de consultas anuales para el seguimiento de la hipertensión arterial es superior a tres. También influyen sobre el cumplimiento terapéutico las creencias que tiene el paciente acerca de los efectos beneficiosos de los antihipertensivos, y los "locus de control": el interno y especialmente el externo - médico.

3. Aproximadamente la tercera parte de los sujetos de la muestra de estudio (28,5%) presentan problemas de adherencia terapéutica. La modalidad de incumplimiento terapéutico más habitual ha sido la modificación de la posología, con y sin abandono esporádico del tratamiento (10,4% y 10,0% respectivamente). Mientras que el abandono definitivo del tratamiento se produce en raras ocasiones (3,8%).

4. Las causas más frecuentes, tanto del abandono del tratamiento como de la modificación de la posología son el control de las cifras de tensión arterial dentro de los límites aceptables (39,7% y 62,5% respectivamente) y la sensación de encontrarse bien - ausencia de signos y síntomas de HTA (34,4% y 40,0%).

5. No se ha observado ninguna asociación entre los factores sociodemográficos (sexo, edad y nivel cultural) y la adherencia terapéutica. No obstante, los sujetos de 30 a 44 años presentan un porcentaje de adherencia (60,0%) manifiestamente inferior a la de los sujetos de 45 a 65 años (74,0%) y mayores de 65 años (71,2%). Sin embargo, estas diferencias no llegan a ser significativas desde el punto de vista estadístico.

6. La adherencia a la medicación anti-HTA se encuentra asociada a determinados estilos de la práctica clínica. La adherencia es mayor si el médico proporciona información sobre los problemas de salud derivados de la HTA (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,5), resuelve las dudas planteadas por el paciente (OR = 1,5; IC95%: 1,3-1,9), enfatiza que el tratamiento es de "por vida" (OR = 2.4; IC95%: 2,2-2,7), y mantiene un contacto visual con el paciente durante la entrevista clínica (OR = 1,6; IC95%: 1,3-1,7); asimismo la adherencia es más probable si se determinan de forma periódica las cifras de presión arterial en el centro de salud (OR = 2,0; IC95%:1,2-4,1).

CONCLUSIONES:

1 La falta de adherencia a la medicación anti-HTA constituye un problema relativamente frecuente en nuestro medio. El modelo explicativo de este fenómeno aunque es complejo se explica en parte por el estilo de la práctica médica y la información proporcionada al paciente en el contexto clínico.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Gascón JJ, Saturno PJ, Llor B, y Grupo de Investigación del Proyecto EMCA sobre Evaluación y Mejora de la Adhesión Terapéutica en la Hipertensión. Evaluación y Mejora de la Adhesión Terapéutica en los pacientes hipertensos. Aten Primaria 2001; 28(9):615-619.

2. Gascón JJ, Llor B, Sánchez-Ortuño M, Pérez-Fernández P, Albarrán M, Antón JJ. La participación del usuario en el análisis de la no observancia del tratamiento antihipertensivo. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):555. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

3. Gascón JJ, Sánchez M, Llor B, Saturno PJ, Skidmore D, Pérez P. et al. Why hypertensive patients do not comply with the treatment? Ljubljana (Slovenia): Wonca Europe, 2003.

4. Sánchez M, Gascón JJ, Bueno JM, Llor B, Vicente I. ¿Qué piensan nuestros pacientes sobre las medicinas empleadas en el tratamiento de su enfermedad? Santiago de Compostela: 6º Congreso Mundial de Medicina Rural, 2003.

5. Sánchez M, Gascón JJ, Bueno JM, Llor B, Blasco J. Un método de evaluación de las creencias de los pacientes sobre los medicamentos. Santiago de Compostela: 6º Congreso Mundial de Medicina Rural, 2003.

6. Gascón JJ, Sánchez M, Llor B, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with treatment. 5th International Conference for the Scientific Basic of Health Services. Washington, D.C. USA. 20-23 September, 2003.

7. Gascón JJ, Sánchez M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with the treatment? Results from a qualitative study. Family Practice 2004; 2 (2):125-130.

8. Gascón-Cánovas JJ, Vicente-López I, Llor B, Sánchez M. Influence of practice style on patient adherence to drug treatment for hypertension: the clinical relevance of a quality provider-patient interaction. XIV Conference of WONCA-Europe. Istanbul (Turkey), 2008.

40 Evaluación y mejora de la motivación, compromiso y dedicación en el colectivo de enfermería hospitalaria

Investigador principal:	Sánchez Nieto, Juan Miguel
Referencia proyecto:	000/505
Año:	2000
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Unidad de Docencia, Investigación y Calidad
Ayuda concedida:	6.911,64 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	30 meses
Palabras clave:	Motivación. Mejora y Enfermería

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Diseño de cuestionario con 58 ítems que miden planos de motivación, estructura compensatoria, compromiso, vínculo y dedicación.
2. Estudio de validación de cuestionario.
3. Aplicación de cuestionario en el colectivo de enfermería de ámbito hospitalario.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Ciclo de calidad asistencial.

Universo: La población a estudio la constituyen los enfermeros y las enfermeras del Hospital Morales Meseguer de la Comunidad de Murcia.

Muestreo: La muestra está constituida por 338 enfermeras y enfermeros presentes en el momento del estudio. Fueron excluidos los trabajadores que estaban de baja laboral durante el momento de administrar los cuestionarios.

Ámbito de estudio: Hospital Morales Meseguer de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Enfermería adscrita a la plantilla básica del Hospital Morales Meseguer.

RESULTADOS:

En el Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia trabajan 338 enfermeras y enfermeros. La edad media de los mismos fue de 35,1 años; 251 (74,2%) eran mujeres y el tiempo medio trabajado en instituciones dependientes del Sistema Nacional de Salud de 8,7 años. Fueron distribuidas 338 encuestas entre el personal de enfermería y fueron devueltas cumplimentadas 174, lo que representa una tasa de respuesta de 51,4%.

La edad media de las enfermeras y los enfermeros estudiados fue de 34,1 años; 123 (71,9%) eran mujeres. El tiempo medio trabajado como enfermera y enfermero era de 10,7 y de 4,5% años trabajando en el hospital.

La comparación entre las características demográficas de la población de enfermeras y enfermeros del hospital y de las que contestaron la encuesta no muestra diferencias significativas en la edad (p= 0.068), sexo (p= 0.435) o años trabajados (p= 0.059).

El porcentaje de ítems del cuestionario que no fueron contestados fue bajo. Entre las características de los trabajadores, el servicio hospitalario donde se trabaja, lo ha dejado sin contestar el 4,6%, la edad en un 4% y los años trabajados en el hospital, ambos un 4%. Entre todos los ítems que valoran motivación, compensación y dedicación sólo han quedado en blanco 52 casos (0,5%). El ítem menos contestado ha sido la pregunta 28 (2,9%) y la 2 (2,3%).

Entre los diferentes componentes de la interacción entre el trabajador y el lugar de trabajo, la dedicación entre el personal evaluado es elevada, con un valor medio de 3,98 (IC - 95% de 3,89 a 4,06). De los planos de la motivación, los más valorados son la motivación transcendente con un valor medio de 4,34 (IC95% de 4,26 a 4,41), y la intrínseca, valor medio de 4,9 (IC - 95% de 4,10 a 4,27). Los valores más bajos son los que miden la compensación percibida trascendente (2,57) y el compromiso trascendente (2,64).

En el análisis de los vínculos destaca lo que menos une a los trabajadores con su puesto de trabajo es lo que reciben como salario (media: 4,38) y lo más importante, lo atractivo que resulta el trabajo realizado (media: 6,73). Asimismo, existe un vínculo mayor entre los trabajadores y los valores externos del hospital (media 6,71) que el que los une con los valores internos (media: 5,05).

Las comparaciones entre las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores y los vínculos que los unen al puesto de trabajo únicamente muestran dos variables que se relacionan de forma significativa. El sexo se relaciona con el vínculo económico, siendo mayor para el hombre (media: 5,06) que para la mujer (media; 4,14) (p=0.040). Asimismo, el servicio hospitalario donde el enfermero y la enfermera desarrolla el trabajo se relaciona con el vínculo que los relaciona con los valores internos del hospital. Los enfermeros y enfermeras que desarrollan su labor en los servicios centrales hospitalarios presentan un vínculo mayor (media: 6,17) que los que trabajan en otras áreas hospitalarias, sobre todo los que trabajan en el Área de Urgencias (media: 3,13), y en la Unidad de Cuidados Intensivos (media: 3,15) (p= 0.002).

Dentro de las variables cuantitativas, ni la edad, ni los años trabajados como enfermera/o, ni los años trabajados en el hospital se relacionan de forma significativa con ninguno de los 4 vínculos.

Múltiples variables se relacionan con los diferentes componentes de la estructura motivacional, compensación percibida, compromiso y dedicación. El sexo se relaciona con la compensación percibida intrínseca (p= 0.027) y trascendente (p= 0.015). La situación familiar del trabajador, la presencia de hijos en la familia, se relaciona con la motivación trascendente (p= 0.044), la compensación recibida intrínseca (p= 0.044) y el compromiso trascendente (p= 0.015). El servicio hospitalario donde desarrolla su labor se relaciona con la compensación recibida trascendente (p= 0.044) y el compromiso trascendente (p= 0.003). La situación laboral estable mediante un contrato fijo únicamente se relaciona con el compromiso intrínseco (p= 0.018). El turno de trabajo que se desarrolla durante la jornada laboral se relaciona con la motivación intrínseca (p= 0.005), la compensación percibida trascendente (p= 0.002) y el compromiso trascendente (p= 0.001). Cuando el turno de trabajo es fijo, los valores de estos componentes de la motivación son más elevados que en el caso de turno laboral rotatorio. Finalmente, ninguna de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas se relacionan significativamente con la dedicación.

Dentro de las variables cuantitativas, la única variable que se ha relacionado con algunos de los componentes de la conducta estudiados, ha sido los años trabajados en el hospital, relacionándose con la dedicación (Rho de Spearman: 0.157, p= 0.042). Existe una tendencia significativa de la edad y la compensación percibida intrínseca (Rho de Spearman: 0.148, p= 0.055), y los años trabajados de enfermera y enfermero con el compromiso intrínseco (Rho de Spearman: -0.131, p= 0.091).

Finalmente, los modelos construidos mediante análisis multivariante mostraron los siguientes resultados. El análisis de regresión lineal múltiple, construido con variables de la estructura motivacional y compensatoria, mostró un coeficiente R2:0.41 y 3 variables asociadas de forma independiente con la dedicación. La motivación intrínseca con un coeficiente de regresión de 0.618 (IC95%: 0.541, 0.800; p<0.001), la motivación extrínseca con un coeficiente de regresión de -0.148 (IC95%: -0.221, -0.022; p= 0.017), y la compensación percibida intrínseca que mostraba un coeficiente de regresión de 0.123 (IC95%: 0.002, 0.184; p= 0.046). El análisis de regresión múltiple construido con los vínculos del trabajador y su puesto de trabajo mostró como única variable relacionada con la dedicación el vínculo que relaciona al trabajador con los valores externos del hospital (en relación con los pacientes) con un coeficiente de regresión de 0.208 (IC95%: 0.012, 0.087; p= 0.010).

CONCLUSIONES:

1. La herramienta diseñada para medir la estructura motivacional en el colectivo de enfermería hospitalaria muestra unos resultados satisfactorios de validez y fiabilidad, por lo que puede ser utilizada de forma rutinaria para medir el clima laboral de la organización.

2. Dentro de la estructura motivacional de los enfermeros y las enfermeras de nuestro hospital el mayor peso corresponde a la motivación trascendente (curar a enfermos, ayudar a sus compañeros, sentirse útil a los demás, etc.).

3. La percepción por parte de los enfermeros y las enfermeras de la estructura compensatoria del hospital es deficiente, sin embargo, la dedicación de los mismos es elevada y se asocia positivamente con la motivación intrínseca y de forma negativa con la remuneración salarial (motivación extrínseca).

4. Las políticas estratégicas en recursos humanos (colectivo de enfermería hospitalaria), y por tanto las estrategias de cambio que persigan mejorar la eficiencia del sistema deberían de tener en cuenta los hallazgos alcanzados en este estudio.

41 Detección de gestantes portadoras de S. Agalactiae: mejora del cumplimiento de las recomendaciones y optimización del diagnóstico

Investigadora principal:	Menasalvas Ruiz, Ana Isabel
Referencia proyecto:	000/508
Año:	2000
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Microbiología
Ayuda concedida:	1.502,53 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	12 meses
Palabras clave:	S. agalactiae. Portadoras asintomáticas. Sepsis neonatal

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Con respecto al primer objetivo se ha conseguido con la intervención disminuir en casi el 50% el número de pacientes de las que no se remiten adecuadamente las muestras (23,5% al principio del estudio, 12% después de la intervención). Al final del estudio se ha comprobado que las muestras inadecuadamente remitidas (sólo toma vaginal) no se localizan en un centro determinado, sino que suele coincidir con centros pequeños y determinaciones remitidas por médicos no especialistas en Ginecología.

2. Con la nueva metodología de trabajo se consigue incrementar en 2,4% la proporción de pacientes diagnosticadas. Con el método tradicional se diagnosticó la colonización en 63 gestantes (17%), con la combinación de los tres medios de cultivos en 72 (19,4%). El agar Granada diagnosticó a 3 (4,1%) de las 72 pacientes colonizadas no detectadas por los otros medios. El subcultivo del caldo de Todd Hewitt diagnosticó a otras 3 (4,1%) negativas por los otros 2 medios, y a 6 (8,2%) no detectadas por el cultivo de CNa directo habitualmente usado en nuestro laboratorio.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo observacional.

Universo: Todas las muestras (exudado vaginal y/o rectal) recibidas en el laboratorio para la detección de S. agalactiae durante el último semestre del año 2000.

Muestreo: No procede, se estudió todo el universo.

Ámbito de estudio: Servicio de Microbiología del Hospital Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: Mujeres gestantes en el tercer trimestre de gestación remitidas a nuestro laboratorio para la detección de S. agalactiae.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 Primera fase: Estudio retrospectivo. Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones:

- Durante el último semestre del año 2000 se procesaron en nuestro laboratorio las muestras de exudado vaginal y rectal de 583 mujeres en el tercer trimestre de gestación. En 137 (23,5%) de estas pacientes sólo se recibió la muestra del exudado vaginal, y en las restantes ambas. Tras esto se realizó la intervención contactando telefónicamente con los centros implicados.

2 Segunda fase: Comparación de la utilidad de los dos nuevos medios de cultivo (agar Granada y caldo de selectivo de Todd Hewitt) con respecto al tradicional.

- Durante el periodo de estudio se han procesado en nuestro laboratorio 694 muestras de 370 mujeres gestantes (368 exudados vaginales y 326 exudados rectales). Se recibieron ambas muestras en 325 (88%) y en 45 (12%) sólo se envió el exudado vaginal. Comparando con los resultados del último semestre del año anterior supone una reducción importante (del 23,5% al 12%) del número de gestantes con sólo una muestra remitida.

- De las 694 muestras estudiadas, 122 (17,5%) fueron positivas para la detección del SGB (59 muestras de exudado vaginal y 63 exudados rectales). Globalmente el 16% de los exudados vaginales y el 19,3% de los exudados rectales fueron positivos. 72 (19,4%) de las 370 pacientes estaban colonizadas por Streptococcus agalactiae grupo B (SGB). En 12 (16,6%) sólo se detectó en el exudado rectal y en 8 (11%) sólo en el vaginal.

- De las 122 muestras positivas, 109 (89,3%) lo fueron en el cultivo de agar Granada, 101 (82,7%) en el subcultivo del medio líquido y 99 (81%) en el cultivo en agar CNa. El agar Granada aportó el diagnóstico en 3 (4%) y el caldo en otras 3 (4%) en las que los cultivos directos fueron negativos. Al comparar la aportación individual de cada uno de los medios al agar CNa habitualmente utilizado, el agar Granada fue positivo en 15 muestras en las que el CNa había sido negativo. Estas muestras procedían de 13 gestantes en las que sólo en 3 (4%) la muestra apareada (vaginal o rectal) había sido negativo el cultivo convencional en agar CNa. El subcultivo del caldo de Todd Hewitt fue positivo en 13 muestras con CNa negativo, pertenecientes a 12 mujeres siendo el método diagnóstico en 6 (8,3%).

42 Construcción y validación de un informe para evaluar la atención de los usuarios con cervicalgia en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria

Investigadora principal:	Meseguer Henarejos, Ana Belén
Referencia proyecto:	000/509
Año:	2000
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Fisioterapia
Ayuda concedida:	2.704,55 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	14 meses
Palabras clave:	Atención primaria. Participación usuario. Fisioterapia

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha analizado la fiabilidad mediante métodos indirectos tales como la dificultad de compresión así como las respuestas en blanco. También se agruparon las preguntas en dimensiones, obteniéndose una consistencia interna aceptable en general. La validez de contenido está justificada por la forma de seleccionar los procedimientos mediante el grupo focal y la revisión de la literatura. Respecto a la validez de construcción, las preguntas se han asociado a diferencias en el nivel de satisfacción en el sentido esperado.
2. Se ha comprobado la fiabilidad de los indicadores que tienen información en la historia clínica confirmándose la fiabilidad de la mayoría de ellos a través de la concordancia.
3. Se ha comprobado que la presencia de problemas de calidad percibida se asocia a menor satisfacción en la mayoría de los indicadores. Por el contrario, no con los indicadores de aspectos técnicos.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Ámbito de estudio: Cinco Unidades de Fisioterapia de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes atendidos por cervicalgia mecánica en la Unidad de Fisioterapia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Los aspectos de calidad percibida se pueden agrupar en las dimensiones tiempo de espera, organización, calidad técnica e información.
2. El mecanismo de administración del cuestionario ha sido muy bueno, siendo la tasa de repuesta superior a la obtenida en muestras previas.
3. El cuestionario es una herramienta fiable para conocer la calidad de la atención fisioterápica prestada. El número de respuestas en blanco ha sido aceptable y el porcentaje de pacientes que han manifestado dificultades de comprensión ha sido muy bajo. El alfa de Cronbrach es aceptable en todas las dimensiones identificadas excepto en una, pues explora aspectos diferentes.
4. La percepción de aspectos relevantes para el usuario influye en la satisfacción general. Frente a los cuestionarios de satisfacción, la ventaja de nuestro cuestionario es su utilidad y operatividad ya que permite identificar qué aspectos de la calidad percibida son los problemáticos para poder mejorar la satisfacción.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Liarte Ros G, Hernández Cascales N, Navarro Iranzo E, Valera Garrido F. Estimación de la fiabilidad de un cuestionario tipo informe con pacientes de Fisioterapia. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):632. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

2. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Navarrete S, Saturno Hernández PJ, Valera Garrido F, Montilla Herrador J. Dimensiones de la calidad asistencial percibidas por pacientes con Cervicalgia en Unidades de Fisioterapia. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):633. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

3. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Fernández Martín A. El Informe del usuario como método para evaluar la calidad asistencial a los pacientes con cervicalgia. En: Libro de Ponencias, Comunicaciones y Pósters: 7as Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Badajoz: AEF. Delegación Extremadura; 2001. p. 285-287.

43 Barreras que influyen en la utilización real de los protocolos de fisioterapia de la Región de Murcia

Investigadora principal:	Montilla Herrador, Joaquina
Referencia proyecto:	000/510
Año:	2000
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Departamento de Fisioterapia
Ayuda concedida:	1.803,04 euros
Fecha de inicio:	Noviembre 2000
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Fisioterapia. Calidad. Protocolos

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se han establecido los factores que influyen en el uso de los protocolos entre los fisioterapeutas mediante revisión bibliográfica y el análisis de grupos focales.
2. Se ha construido un cuestionario que ha sido diseñado a partir de la información recogida mediante las técnicas cualitativas anteriores y tras ser sometido a un pretest cognitivo mediante un nuevo grupo focal y entrevistas personales ha sido pilotado analizando el sesgo de no respuesta, fiabilidad y validez permitiendo el diseño definitivo del cuestionario.
3. Dentro de los aspectos evaluados en el cuestionario es evidente la necesidad de mejorar aspectos tanto actitudinales, como de formación y de organización

DISEÑO:

Fase 1. Identificación de factores que influyen en el uso de los protocolos.

Tipo de estudio: Estudio cualitativo usando la técnica de grupos focales.

Ámbito de estudio: Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Fisioterapeutas de Atención Primaria.

No hubo un proceso de selección de los participantes, se invitó a todos. Participaron 20 fisioterapeutas de las 3 áreas de salud. (Área de Murcia 10 participantes, Área de Cartagena 6 participantes, Área de Lorca 4 participantes).

Se llevaron a cabo 3 reuniones en la respectiva gerencia de primaria. Los instrumentos de recogida de información fueron dos: la grabación de audio y las notas de campo tomadas durante las reuniones por los miembros del equipo de investigación que las condujeron. Todas las entrevistas fueron conducidas por dos moderadores.

Para facilitar la discusión durante las reuniones se elaboró un guión inicial con varias preguntas abiertas que se utilizó a modo de esquema básico de orientación para iniciar la discusión o suplementar la discusión emanada espontáneamente. Este guión se elaboró en base a potenciales factores que influyen en el uso de los protocolos identificados en la literatura.

El análisis siguió las siguientes etapas: a) extracción de una impresión general de las categorías/temas; b) generación independiente por cada investigador de un sistema de codificación inicial de categorías/temas en los cuales se podían etiquetar las frases de las transcripciones; c) revisión de sistemas de codificación y generación de nuevas categorías conforme se acumulan nuevos datos; d) elaboración de un sistema de codificación final y aplicación sobre la base de frases identificada.

A partir del análisis estructurado de la información obtenida de los grupos focales se identificaron en total 9 categorías.

Fase 2. Diseño de un cuestionario sobre los factores que influyen en el uso de los protocolos.

Tipo de estudio: Estudio transversal dirigido a la validación de una escala sobre los factores que influyen en el uso de los protocolos y a la descripción de los mismos.

Ámbito de estudio: Comunidades autónomas de España que no habían recibido las transferencias sanitarias (territorio INSALUD).

Sujeto de estudio: Fisioterapeutas de Atención Primaria.

Con la información recopilada se diseñó un cuestionario inicial incluyéndose las categorías identificadas en los grupos focales y considerando las identificadas en la revisión de estudios previos. También se recogen los aspectos sociodemográficos y del puesto de trabajo.

Durante la elaboración de las preguntas, para tratar de asegurarnos su fiabilidad, se siguieron una serie de recomendaciones que se sabe relacionadas con la comprensión, interpretación, estímulo de respuesta y, en su conjunto, fiabilidad de las preguntas.

En todos los ítems de las preguntas del cuestionario de valoración se utilizó una escala tipo Likert con un rango de 1 a 5. Esencialmente los formatos de respuesta se limitaron a dos escalas de valoración subjetiva (muy buena, buena, regular, mala, muy mala) y (muy fácil, fácil, regular, difícil, muy difícil).

Para valorar la comprensión y facilidad de respuesta por parte del usuario del cuestionario inicial, se realizó un pretest cognitivo mediante un grupo focal y entrevistas individuales. Con la información recogida se reelaboró el cuestionario.

El método de elección para encuestar a los fisioterapeutas fue el cuestionario autoadministrado por correo. Adicionalmente se establecieron las siguientes estrategias: a) realización de una pre-notificación de la encuesta una semana antes; b) carta de presentación de la encuesta motivante; c) sobre franqueado para que la respuesta fuera posible sin coste alguno; d) aseguramiento de la confidencialidad; d) realización de recordatorios.

El análisis de los datos fue realizado con varias finalidades

- Describir las características de los sujetos de estudio, la aceptabilidad del cuestionario y el sesgo de no respuesta.
- Realizar una depuración de los ítems seleccionados de forma secuencial e iterativa (dificultad de compresión del ítem y la aportación del ítem a la estructura interna de cada dimensión).
- Examinar las propiedades psicométricas del cuestionario.
- Análisis de fiabilidad de consistencia interna mediante el alfa de cronbach.
- Validez de contenido: garantizado por método de diseño y test cognitivo del cuestionario.
- Análisis de la capacidad discriminativa:
    - Capacidad discriminante de cada ítem en relación con la pregunta sobre el uso de sus protocolos actuales.
    - Análisis factorial del cuestionario.
    - Capacidad discriminante de cada dimensión en relación con la pregunta sobre el uso de sus protocolos actuales.

RESULTADOS:

1. Los factores que influyen en el uso de los protocolos entre los fisioterapeutas de la Región de Murcia se encuentran determinados por características de la organización (tiempo disponible, apoyo), del profesional (familiaridad y disposición hacia la protocolización, asociación a otros objetivos), y del documento (proceso de elaboración, especificidad y flexibilidad de las recomendaciones, claridad estructural y acuerdo con la validez de las recomendaciones).

2. Siendo el mecanismo de administración del cuestionario la encuesta administrada por correo, las formas ideadas para incrementar la respuesta: pre-notificación, carta de presentación, sobre franqueado, recordatorios,..., han permitido una tasa de respuesta del 54%.

3. El cuestionario es una herramienta fiable para conocer los factores que influyen en el uso de los protocolos. El proceso para asegurar esta fiabilidad comenzó con el proceso utilizado para la construcción de ítems, seguido del pretest cognitivo. Además, el número de respuestas en blanco fue aceptable y el porcentaje de pacientes que manifiestan dificultades de comprensión fue bajo. El alfa de Cronbach es aceptable en todas las dimensiones identificadas excepto en una.

4. La validez de contenido del cuestionario se ha conseguido mediante las técnicas cualitativas utilizadas para conocer los factores que influyen en el uso de los protocolos. Para el análisis de la capacidad discriminativa, además, se realizó un análisis factorial con 13 ítems que dio lugar a 4 dimensiones: 1. Disposición hacia actividades de protocolización, 2. Asociación con objetivos relevantes, 3. Adecuación al tiempo disponible, 4. Apoyo desde la dirección y el equipo de trabajo. Todas poseen capacidad discriminante.

CONCLUSIONES:

1. El estudio cualitativo ayuda a explicar los factores que influyen en el uso de los protocolos entre los fisioterapeutas de la Región de Murcia.

2. El cuestionario desarrollado es una herramienta válida y fiable para medir los factores que influyen en el uso de protocolos.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Lillo Navarro MC, Meseguer Henarejos AB, Aznar García MA, Jimeno Serrano FJ. Barreras percibidas en el uso de los protocolos de fisioterapia a partir de grupos focales. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):646. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

2. Montilla Herrador J, Lillo Navarro MC, Medina i Mirapeix F, Martínez Rodríguez A, Millán Robles F, Maturana Asensio MA. Tasa de respuesta de un cuestionario sobre protocolos en fisioterapia. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):644. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

3. Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Lillo Navarro MC, Navarrete Navarro S, Escolar Reina P, Valera Garrido JF. Validación de un cuestionario sobre uso de los protocolos de fisioterapia en atención primaria. Revista de Calidad Asistencial 2001;16:(7):644. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

4. Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Lillo Navarro MC, Maturana Asensio MA, Rabal Conesa C, Campillo Pomata JL. Formación en protocolización entre los fisioterapeutas de atención primaria. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):644. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

5. Medina F, Montilla J, Meseguer AB, Lillo MC, Saturno PJ, Valera JF. Attributes that influence use of clinical practice guidelines. 14th International Congress World Confederation for Physical Therapy. Disponible en: http://www.wcpt.org/abstracts2003/common /abstracts/0142.html

6. Montilla Herrador J, Medina i Mirapeix F, Lillo Navarro MC, Meseguer Henarejos AB. Satisfacción laboral de los fisioterapeutas de atención primaria. En: Libro de Ponencias, Comunicaciones y Pósters: VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Tarragona: Mª Monserrat Inglés, Servei Publicacions de la URV; 2004. p. 201-202. (Premio a la Mejor Comunicación).

7. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Saturno Hernández PJ, Meseguer Henarejos AB, Lillo Navarro MC, Bueno Ortiz JM. Physiotherapist's attitudes towards the use of Clinical Practice Guidelines in Primary Health Care Centres of the National Health Service in Spain. En: Abstracts - European Association for Quality in General Practice /Family Medicine: 4th EQUIP Invitational conference quality development: "from theory to practice". Brussels; 2004. p. 85.

44 Evaluación y mejora de la calidad asistencial del protocolo de selección de pacientes en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria de la hernia inguinal

Investigador principal:	Sánchez de la Villa, Ginés
Referencia proyecto:	000/511
Año:	2000
Organismo:	Insalud
Centro:	Hospital Rafael Méndez
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Cirugía General
Ayuda concedida:	2.404,05 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	9 meses
Palabras clave:	Cirugía Mayor Ambulatoria. Selección - pacientes. Protocolización

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha comprobado la adecuación del protocolo de selección a los criterios establecidos por otros centros hospitalarios.
2. Las técnicas anestesiológicas y quirúrgicas de nueva implantación para este tipo de procedimientos ambulatorios han demostrado ser las adecuadas.
3. Se constata que si los criterios personales, sociales y hospitalarios se pudieran aplicar estrictamente por el personal no facultativo del centro hospitalario, el porcentaje de cumplimiento tendería a ser idéntico al de los centros de referencia que sí disponen de un área específica para los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Universo: El marco muestral fueron todos los pacientes intervenidos por hernia inguinal unilateral como CMA por el Servicio de Cirugía General del Hospital Rafael Méndez de Lorca en los 9 meses siguientes a la instauración del protocolo.

Muestreo: Se analizó en su totalidad los pacientes intervenidos por hernia inguinal unilateral, de tamaño pequeño- mediano y no recidivadas, como CMA del Servicio de Cirugía General del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Criterios de evaluación: Criterios personales: a) aceptación del proceso ambulatorio; b) edad entre 18 y 65 años; c) patología asociada ASA I - II; otros de su entorno social.

Criterios sociales: d) disponer de acompañante adecuado; e) disponer de vehículo propio; f) disponer de domicilio adecuado (en distancia, teléfono, comodidades); y otros derivados del ámbito hospitalario.

Criterios hospitalarios, materiales y humanos: g) horario y preparación preoperatorio; h) técnica quirúrgica y anestésica; i) control postoperatorio (Enfermería); y j) valoración y alta por especialista quirúrgico.

Ámbito de estudio: Servicio de Cirugía General del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Sujeto de estudio: Pacientes intervenidos por hernia inguinal unilateral, de tamaño pequeño- mediano y no recidivadas

RESULTADOS:

El estudio abarca el periodo comprendido desde septiembre de 2000 hasta mayo de 2001. Durante el mismo, se han intervenido un total de 175 hernias inguinales en nuestro Servicio. Cumplían los criterios para HIUP: 67 pacientes (38%). Su distribución por sexos fue: 55 hombres (82%) y 12 mujeres (18%). De estas 67 personas, 41 (61%) se fueron de alta el día de su ingreso (catalogados como "Cirugía Mayor Ambulatoria", CMA, propiamente dicha); mientras que 26 pacientes (39%) quedaron ingresados el día de su intervención por diferentes motivos, siendo su estancia media de 1,23 días (catalogados como "Cirugía de Corta Estancia", CCE).

Las causas por las que los pacientes no se fueron de alta el día de la intervención fueron:

- 1 paciente (1,49%): rechazó el alta (distancia a domicilio), 5 pacientes (7,46%): fueron incluidos por la Unidad de Admisión inadecuadamente como CMA (1 por criterios sociales y edad; 1 de 65 años con estenosis laríngea y domicilio lejano; 1 con hernia discal que obligó a anestesia general; 1 enferma epiléptica intervenida con anestesia general, y 1 caso rechazado por anestesiología para CMA por asma intrínseco); 1 caso (1,49%): al que, por técnica quirúrgica dificultosa, se le ordenó permanecer ingresado el día de su intervención; 2 enfermos (2,98%): por complicaciones atribuibles a la técnica anestésica (1 por dolor preoperatorio, 1 por náuseas) y 16 pacientes (23,88%): sin causa justificada (control postoperatorio de enfermería y valoración al alta por cirujano).

Atendiendo a los criterios de selección básicos, se distribuyen como sigue:

1) Criterios Personales:

a) aceptación del proceso ambulatorio	1
b) edad entre 18 y 65 años	2
c) patología asociada ASA I - II	4

2) Criterios Sociales:

d) disponer de acompañante adecuado	1
e) disponer de vehículo propio	1
f) disponer de domicilio adecuado (en distancia, teléfono, comodidades)	3

3) Criterios hospitalarios:

g) horario y preparación preoperatoria	0
h) técnica quirúrgica y anestésica	5
i) control postoperatorio (Enfermería)	16
j) valoración y alta por especialista quirúrgico	16

La edad media de pacientes CMA fue de 45 años, y la de los CCE de 46 años (no existen diferencias significativas).

Para obtener los porcentajes de eficiencia es preciso: a) mayor tiempo dedicado a cada paciente en la consulta y para revisión postoperatoria (incremento de confianza y sensación de seguridad y control); y b) disponer de un área especifica, tanto para la recepción de los pacientes y su preparación preoperatoria, como para su control postoperatorio y preparación para el alta. Circunstancias que, por las características estructurales y de personal no facultativo de nuestro entorno, no dependen directamente de los integrantes del Servicio de Cirugía General, y por lo tanto no son modificables por los investigadores.

Los 16 casos en los que no existe una justificación a su alta como procedimiento ambulatorio (pacientes que pudieron ser alta y ésta no se produjo sin que existiera ninguna causa justificada relativa a su selección, intervención ni evolución en el postoperatorio inmediato) se interpretan por estos motivos.

Sólo se detectaron 2 casos (2,98%) (2/67) del total; o 7,69% (2/26) de los CCE de complicaciones leves post anestésicas (dolor y náuseas), lo que se encuentra dentro del rango aceptable en los estudios existentes de otras series de pacientes intervenidos con CMA.

No hubo morbilidad en cuanto a hematomas, edemas escrotales, infecciones, ni recidivas herniarias durante el periodo estudiado.

No existió mortalidad.

CONCLUSIONES:

1. El protocolo de selección evaluado es adecuado para CMA.
2. La técnica anestésica es adecuada para CMA.
3. La técnica quirúrgica es adecuada para CMA.
4. Cuando los criterios personales, sociales y hospitalarios son aplicados estrictamente, el porcentaje de cumplimiento es idéntico al de los centros de referencia.
5. Los resultados son mejorables, modificando el tiempo de consulta y dotando al hospital de un área específica.
6. Cuando el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales unilaterales pequeñas (HIUP), se ajusta a los criterios establecidos y su aplicación es correcta, los resultados son idóneos. Por lo tanto, dicho protocolo garantiza, dentro de unos márgenes razonables y aceptables, la eficiencia del tratamiento.

45 Acercamiento a la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud de Santa María de Gracia con respecto a la asistencia médica recibida: diferencias entre sus expectativas y sus percepciones

Investigadora principal:	Gómez Jara, Purificación
Referencia proyecto:	000/513
Año:	2000
Organismo:	Insalud
Centro:	Centro de Salud de Santa María de Gracia
Ayuda concedida:	4.507,59 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Satisfacción. Usuario. Asistencia médica. Expectativas. Percepciones

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Hemos alcanzado los seis primeros objetivos como paso previo para empezar con el desarrollo del último y más importante que es el de mejorar la calidad. Con este estudio nos hemos acercado al conocimiento de la satisfacción del usuario del Centro de Salud Santa María de Gracia; sabemos que existen oportunidades de mejora, pues no cubrimos todas las expectativas de nuestros clientes, queda por tanto poner en marcha las medidas correctoras para empezar a mejorar. Somos conscientes que la mejora de la calidad es un proceso continuo que nunca se termina, pues siempre existe posibilidad de mejorar.

Los objetivos planteados en el estudio fueron:

1. Medir las expectativas que los usuarios del Centro de Salud Santa María de Gracia tienen sobre la asistencia médica.
2. Medir las percepciones que los usuarios del Centro de Salud de Santa María de Gracia tienen sobre la asistencia médica.
3. Valorar la diferencia existente entre las expectativas y las percepciones de nuestros usuarios para acercarnos al conocimiento de la satisfacción de los mismos.
4. Valorar el peso relativo (importancia) que los usuarios del Centro de Salud de Santa María de Gracia dan a cada uno de los cinco criterios de calidad estudiados.

5 Detectar si existen, aquellos aspectos problemáticos de la atención médica (diferencias entre las expectativas y percepciones) que sean susceptibles de mejora para poner medidas correctoras.

6 Analizar si existen, diferencias entre la satisfacción de los usuarios de los diferentes cupos médicos con el fin de poder corregir deficiencias.

7 Mejorar la calidad de la asistencia médica ofrecida en el Centro de Salud de Santa María de Gracia mediante el conocimiento de la diferencia existente entre las expectativas de sus usuarios y sus percepciones.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal realizado mediante la aplicación del cuestionario Servqual.

Muestreo: La muestra fue de 377 participantes extraída de una población finita de 17.380 (grado de confianza del 95%, precisión del 5%). El muestreo fue aleatorio, estratificado proporcional al tamaño de los diferentes cupos y sistemático, con mecanismo de sustitución.

Criterios de evaluación: Las variables estudiadas fueron los 22 ítems del cuestionario Servqual agrupadas en 5 criterios (apariencia, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía).

Ámbito de estudio: Centro de Salud de Santa María de Gracia.

Sujeto de estudio: Población mayor de 15 años adscrita a los 9 cupos de medicina general del Centro de Salud de Santa María de Gracia de un total de 17.380 (de los que se excluyeron aquellos pacientes que por limitaciones físicas o psíquicas no podían contestar el cuestionario Servqual, familiares y personas que mantenía algún lazo afectivo con el personal del centro de salud, sujetos incluidos en plantilla, personas que se negaron a responder al cuestionario o que no habían utilizado en el último año los servicios médicos de nuestro centro de salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1 La edad media de los participantes fue de 51 años. 42,4% fueron hombres y 57,6% mujeres.

2 La medición de las expectativas a nivel global (todos los cupos juntos) arrojó los siguientes resultados: para el criterio de apariencia 19 puntos (siendo los valores posibles de 4 a 28), para fiabilidad 31 (5-35), capacidad de respuesta 24 (4-28), seguridad 26,6 (4-28) y empatía 30,8 (5-35).

3 En cuanto a las percepciones obtuvieron las siguiente calificaciones: (los valores posibles eran los mismos que para las expectativas): apariencia 17, fiabilidad 26,2, capacidad de respuesta 21,5; seguridad 23,2 y empatía 26,6.

4 La seguridad fue el criterio valorado como el más importante con un 23,8% de los puntos, seguido de la empatía (21,4%), capacidad de respuesta (20,5%), fiabilidad (19,5). El menos importante fue la apariencia (14,6%).

5 La puntuación servqual ponderada para cada criterio fue: apariencia -0,07, fiabilidad -0,19, capacidad de respuesta -0,25, seguridad -0,17 y empatía -0,18 (valores posibles de -6 a 6).

6 La calificación Servqual ponderada total del estudio fue -0,86 (valores posibles de -30 a 30).

7 Si analizamos los distintos cupos médicos por separado en todos la calificación servqual ponderada total es negativa, el criterio menos importante es el de la apariencia y el más importante la seguridad. El criterio mejor puntuado, es decir con el que están más satisfechos es con la apariencia y el peor varía de un cupo médico a otro.

8 Podemos concluir que los usuarios tienen unas altas expectativas sobre todo en cuanto a seguridad y fiabilidad, y unas percepciones también altas aunque menos que las expectativas. El criterio considerado como menos importante es el de la apariencia (apariencia de las instalaciones físicas, personal y material que se utiliza) resultado que coincide con el de otros estudios, no ocurre lo mismo con el criterio más importante que en nuestro trabajo es la seguridad (conocimiento y trato amable, habilidad para transmitir sentimientos de fe y confianza) mientras que en otros es la fiabilidad (habilidad para realizar el servicio prometido de forma segura y precisa).

9 El criterio con el que más insatisfechos están nuestros usuarios es el referente a la capacidad de respuesta (disposición para ayudar a los clientes y darles un servicio rápido).

10 La calificación final es negativa, lo que indica que existe un cierto grado de insatisfacción y por lo tanto una oportunidad de mejora.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Gómez- Jara P, Hernández Benítez F, Egea Díaz JP, García- Seligrat MC, Martínez- Balaguer J. ¿Están satisfechos los usuarios de nuestro centro de salud con la atención médica recibida? SERVQUAL. Revista de Calidad Asistencial 2001;16(7):555. (XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial).

2. Hernández Benítez F, García Seligrat MC, Egea Díaz JP, Martínez Balaguer J, Gómez- Calcerrada Berrocal D, Gómez Jara P. Atención médica recibida y satisfacción del usuario de nuestro centro de salud. Revista de Aten Primaria 2001;28(Supl.1). p.103. (XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).

46 La demora en la consulta de Atención Primaria: una oportunidad de mejora

Investigador principal:	García González, Ángel Luis
Referencia proyecto:	000/514
Año:	2000
Organismo:	Insalud
Centro:	Gerencia de Atención Primaria
Departamento/servicio/unidad:	Unidad docente
Ayuda concedida:	7.212,15 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	18 meses
Palabras clave:	Satisfacción. Calidad. Tiempo de espera. Accesibilidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Se ha alcanzado la totalidad de los objetivos propuestos:

1. Conocemos el tiempo de espera medio en la entrada en consulta de Medicina General/ Familia en los centros de salud de nuestra área de una forma individualizada por zona de salud. Asimismo hemos podido conocer el tiempo medio de atención que se dedica a cada usuario en las consultas a demanda de Medicina General/Medicina Familia de nuestros centros de salud.

2. Hemos podido conocer, dentro de unos márgenes de confianza aceptables, la opinión de nuestros usuarios, atendidos en las consultas de Medicina General/Familia, con el tiempo de que deben esperar en base a la hora de cita dada.

3. Hemos podido identificar y cuantificar causas relacionadas con la demora en la entrada en la consulta, algunas de ellas no previstas antes del inicio del mismo, o al menos, no considerados como de importancia y otras que han demostrado menos importancia cuantitativa de la esperada.

4/5. Se propusieron medidas correctoras y posteriormente se evaluó la efectividad de las mismas. Se ha logrado disminuir el tiempo de demora medio, de una forma estadísticamente significativa, pero no se ha conseguido que la totalidad de las medidas correctoras se aplicasen de forma general en los Equipos de Atención Primaria (EAP), aunque sí en algunos.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo transversal, mediante observadores externos y entrevista telefónica en dos fases.

Muestreo: Se realizó un muestreo por Conglomerados con Unidades de Muestreo Primario (UMP): consultas de Medicina General en todos los centros de salud con Programa de Cita Previa y Unidades de Muestreo Secundario (UMS): usuarios que asisten a la consulta de cita previa en el periodo del estudio, en cada una de las consultas seleccionadas y que posean teléfono de contacto.

UMP: Se seleccionaron un total de 38 consultas, de forma aleatoria sistemática. UMS: el número total de usuarios a analizar por centro de salud fue 30 usuarios. En cada uno de los centros de salud, se seleccionaron los usuarios citados en los que se midió el tiempo de espera, de manera proporcional a la presión asistencial media de cada UMP y de modo aleatorio simple a partir de las hojas de cita previa de las mencionadas consultas. El número total de usuarios de los que se obtuvo el tiempo de demora en entrar en consulta fue de 570.

En la segunda fase se entrevistaron vía telefónica un total de 100 usuarios atendidos en las consultas seleccionadas durante la semana en cuestión. El tipo de muestreo empleado para la selección de los sujetos fue aleatorio sistemático con reemplazamiento, a partir de las hojas de citación.

Ámbito de estudio: Centros de Salud del Área de Cartagena.

Sujeto de estudio: En las consultas de Medicina General/Familia de los centros de salud de nuestra área que tiene puesto en marcha el programa de cita previa, el tiempo de espera del usuario desde la hora en que se le asignó cita hasta la hora de entrada real en la consulta y usuarios que asistieron a las consultas de Medicina General, en las que está implantado el sistema de cita previa, de los centros de salud del Área de Cartagena durante la semana de recogida de datos del estudio.

RESULTADOS:

En la primera fase:

1. Se han analizado las citas de un total de 570 usuarios que acudieron, en la segunda semana de junio de 2001, a las consultas de Medicina General de Atención Primaria de aquellos EAP que tienen implantado el Programa de Cita Previa (PCP) en el Área de Salud de Cartagena.

2. El total de EAP que tiene implantado el PCP es de 19, el 100% de los del Área.

3. El tiempo medio de espera durante la citada semana fue de 16,61 minutos (IC95%: 15,1 minutos a 18,12 minutos). (Máximo 120 minutos 1 caso 0,2%). El 22,1% de los pacientes analizados entraron dentro de su hora de citación. Un 68% de los usuarios esperan menos de 20 minutos. Un 28,8% espera más de veintiún minutos.

4. El tiempo medio de atención obtenido en esa semana fue de 7,03 minutos (IC95%: 6,618 minutos a 7,44 minutos). (Máximo 34 minutos 0,2%; un caso y mínimo 1 minuto; 2,1%). Para un 48,4% de los pacientes la duración de la consulta es de cinco minutos o menos. Para un 15,6% de los pacientes la consulta dura 11 minutos o más.

5. En cuanto a la satisfacción con el tiempo de espera manifestado por los usuarios encuestados: un 35% de ellos (IC95%: 26,35% a 44,35%) consideran que esperan "mucho o bastante" para entrar en la consulta. Un 42% considera la espera "poco o muy poco" (IC95%: 32,33% a 51,67%). El 43% de los usuarios considera aceptable esperar entre 0 a 15 minutos (IC95%:33,33% a 52,7%).

6. Las interrupciones se clasificaron en ocho grupos: 1) entrada personal administrativo; 2) entrada personal sanitario; 3) entrada otro personal; 4) Urgencias; 5) salida del médico/a; 6) paciente sin cita; 7) entrada delegado laboratorio; 8) interrupciones telefónicas. El número medio de interrupciones por consulta, durante esta semana fue de 3,34 interrupciones por consulta y día. La duración media de la interrupción fue de 4 minutos y 22 segundos (IC95%: 3,95 minutos a 4,77 minutos). Las interrupciones más frecuentes fueron por la salida del facultativo (34,60% del total) con una duración media de 6 minutos 37 segundos (IC95%: 5,84 minutos a 7,8 minutos). La menos frecuente fue la debida a atención de urgencias, con un tiempo medio de duración de 6 minutos y 57 segundos. (IC95%: 5,30 minutos a 8,59 minutos), el porcentaje de presentación fue del 5,9%. Las debidas a entradas de visitadores médicos supusieron un 9,2%.

Realizando un análisis de correlación entre el tiempo de espera y las distintas variables se obtuvieron valores significativos para las variables: tiempo de atención, adaptación de la cadencia de citación a la duración de la media de la consulta, frecuencia y duración de las interrupciones de la consulta. No se encontró para la presión asistencial. Tras realizar una regresión lineal (métodos stepwise y enter) se obtuvo un modelo para este tipo de relación, en el que sólo quedaban las variables: tiempo de atención, adaptación de la cita a la duración de la media de la consulta y frecuencia de las interrupciones.

Se informó de estos resultados a los EAP, desglosándoles los mismos a nivel de zona. Se les sugirieron medidas que pudieran corregir el tiempo de espera, en aquellas zonas donde se habían encontrado desviaciones con respecto a la media del Área, o a lo considerado óptimo en el contrato de gestión. Las medidas correctoras más frecuentemente propuestas fueron: adaptar la agenda de citación a la duración real de la consulta teniendo en cuenta la presión asistencial y la duración media de la atención y disminuir el número de interrupciones (indicándoles las más frecuentes en su zona y causa), tras ello se obtuvieron los siguientes resultados.

En la segunda fase:

1. Se analizaron las citas de un total de 570 usuarios que acudieron, en el primer trimestre de 2002, a las consultas de Medicina General de Atención Primaria de aquellos EAP analizados en la primera fase.

2. El tiempo medio de espera durante la citada semana fue de 14,15 minutos (IC95%: 12,86 minutos a 15,44 minutos). Existe una disminución estadísticamente significativa con respecto a los resultados de la primera fase (p= 0,015). Un 73% de los usuarios esperan menos de 20 minutos. Un 24,7% espera más de veinte minutos.

3. El tiempo medio de atención obtenido en esa semana de 7,11 minutos (IC95%: 6,71 minutos a 7,54 minutos). No existiendo variación estadísticamente significativa con respecto a la primera fase (p= 0,796). Para un 45,4% de los pacientes la duración de la consulta es de cinco minutos o menos. Para un 22,5% de los pacientes la consulta dura 10 minutos o más.

4. El número medio de interrupciones por consulta, durante esta semana, fue de 2,64 interrupciones por consulta y día. Existiendo una diferencia estadísticamente significativa con la primera fase (p= 0,023). La duración media de la interrupción fue de 3 minutos y 31 segundos (IC95%: 3,11 minutos a 3,92 minutos) p<0,05. La interrupción más frecuente sigue siendo la debida a la salida del facultativo, lo fueron por la salida del facultativo (30,0% del total), con una duración media de 5,95 minutos. Las interrupciones debidas a entrada del visitador médico suponen todavía un 7,2% del total.

5. La presión asistencial media durante esta semana fue de 32,5 pacientes por consulta y día. Encontrándose una disminución estadísticamente significativa con respecto a la primera fase. (p= 0,001).

6. Se entrevistaron a un total de 120 usuarios que acudieron a las consultas de este periodo de estudio. Un 41,9% de los usuarios entrevistados consideran esperar "mucho o bastante" (IC95%: 40,9% a 43,35%). No existe una diferencia estadísticamente significativa con la primera fase (p= 0,133).

7. Un 57% de los usuarios consideran aceptables esperar entre "0 a 15 minutos" (IC95%: 48,5% a 65,49%). Existe diferencia estadística significativa (p= 0,009) con la primera fase.

8. Realizando, de nuevo, un análisis de correlación entre el tiempo de espera y las distintas variables se obtuvieron valores significativos para las variables: tiempo de atención, adaptación de la cadencia de citación a la duración de la media de la consulta, y frecuencia y duración de las interrupciones de la consulta.

No se encontró una vez más una relación lineal con la presión asistencial. Tras realizar una regresión lineal (métodos stepwise y enter) se obtuvo un modelo para este tipo de relación, en el que sólo quedaban las variables: tiempo de atención, adaptación de la cita a la duración de la media de la consulta y frecuencia de las interrupciones.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera de los usuarios para entrar en consulta se ha reducido en relación con la primera fase, tras la información de los datos a los EAP y la sugerencia de medidas correctoras.

2. Hemos observado una disminución del número de interrupciones en la consulta con respecto a la primera fase. Sigue siendo importante el número de interrupciones debido a la salida del facultativo de la misma, aunque no se conoce el motivo final de esta salida, por lo que se considera que debería analizarse la misma.

3. No se ha encontrado una relación estadística (lineal) entre la presión asistencial y el tiempo de espera. Existe sin embargo una disminución de la misma en este periodo, por lo que consideramos preciso analizar, más profundamente, la influencia y relación de esta variable con el tiempo de espera.

4. Consideramos que el tiempo de espera ha disminuido debido a la reducción del número de interrupciones y la disminución de la duración de las mismas.

5. No todas las medidas correctoras han tenido la misma aceptación en los EAP, es preciso realizar un seguimiento y análisis de las causas de este hecho. La adaptación de las agendas no ha sido aceptada, en general, en los distintos EAP.

6. Las interrupciones en la consulta debidas a la visita de delegados representan un porcentaje elevado, dado que consideramos debía ser nula y todavía se encuentra en un 7,2%.

7. La mitad de los usuarios considera que esperan "poco o muy poco". La mayoría considera aceptable esperar menos de 15 minutos.

8. En el tiempo de espera para entrar a consulta influyen fundamentalmente las siguientes variables: duración del tiempo de atención en consulta, número y duración de las interrupciones en consulta, adaptación de la cadencia de citación a la duración real de la consulta (tiempo de atención y presión asistencial). Por lo que consideramos preciso su monitorización.

47 La satisfacción del cliente interno en un Área de Atención Primaria: posibilidades de mejora

Investigadora principal:	Ballesteros Pérez, Ana María
Referencia proyecto:	000/515
Año:	2000
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Gerencia de Atención Primaria
Departamento/servicio/unidad:	Unidad Docente
Ayuda concedida:	2.404,05 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Job satisfaction. Organization climate. Burnout

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Conocer el grado de satisfacción laboral actual de los trabajadores clientes internos del Área de Salud de Cartagena.
2. Identificación de las principales áreas de insatisfacción laboral de dichos trabajadores.
3. Análisis de los factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional.
4. Valorar la relación con su organización en dichos profesionales.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio transversal descriptivo.

Universo: La población de estudio es una muestra representativa del total de profesionales (sanitarios o no) de los 19 centros de salud del Área (N = 423).

Muestreo: La población muestral es de 334 (n), obtenida con un intervalo de confianza (IC) del 95%, (alfa = 5%) y una precisión (e) del 5%. El muestreo se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado por lugar asistencial (cada uno de los 19 centros de salud (CS) del área) y estamento profesional (auxiliar administrativo, enfermero/a, médico/a).

Ámbito de estudio: 19 Centros de Salud del área de Cartagena.

Sujeto de estudio: La población a estudio ha sido los profesionales (medicina, enfermería y auxiliares administrativos) que trabajan en los 19 centros de salud, dependientes de la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Cartagena, a 30 de abril de 2000.

Criterios de exclusión:

Profesionales que estén realizando sustituciones en el momento del estudio, interinos o propietarios que lleven la plaza que desempeñan, en el momento del estudio, en seis meses (aunque estuvieran trabajando con anterioridad en la gerencia de AP de Cartagena, en otra plaza), profesionales de la Gerencia de AP que no desempeñen su labor en los CS del Área (Servicios de Urgencias o la propia Gerencia), profesionales que no están integrados en un solo Equipo de Atención Primaria (matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales).

RESULTADOS:

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

- La tasa de respuesta del cuestionario que se analiza en el estudio es de 64,07%. Se han recibido un total de 214 encuestas bien cumplimentadas, habiéndose rechazado 43 por mala cumplimentación (falta de cumplimentación de algún dato), no existiendo diferencias estadísticamente significativas de edad, sexo, lugar de trabajo o categoría profesional, tipo de contrato o tiempo trabajado entre los cuestionarios rechazados con respecto a los incluidos en el estudio.

- La edad media de los profesionales incluidos en el estudio es de 40,42 +/- 7,4 años, oscilando entre 23-64 años, no existiendo diferencias entre los diferentes estamentos profesionales (p = 0,13). De ellos, el 36,7% son de medicina (médicos, pediatras), el 30,7 enfermería y personal administrativo el 32,6%. Si analizamos el grado de respuesta con respecto al género, el 73,8% de los de medicina que han enviado la encuesta son hombres (p= 0,00012), el 52,2% son enfermeras y administrativas el 58,6%.

- El 47,5 +/- 0,5% del total de los profesionales que han remitido la encuesta son interinos y llevan trabajando en el Sistema Nacional de Salud una media de 14,6 (+/- 8,4) años, aunque los enfermeros llevan 17,07 años, los médicos 14,15 años y los administrativos 12,18 (p= 0,0105). No obstante el tiempo medio que llevan en su actual puesto de trabajo es menor (6,2+/-5,6 años) y sin diferencias significativa con respecto a la categoría profesional

- El 48,8% de los médicos son interinos, al igual que el 67,7% de los enfermeros y el 58,6% de los administrativos (p = 0,009).

- Cuando analizamos el estado civil, el 22% son solteros, un 73,4% casados o con pareja estable y el resto (4,6%) viudos o separados. El 55% de los que han respondido al cuestionario son hombres.

1. Clima organización

1.1. Al analizar los resultados del cuestionario que valora el clima organización (alpha Cronbach=0,89), los profesionales lo valoran, globalmente, regular (valores entre 1-4), con una puntuación de 2,71+/-0,38.

1.2. Si se analizan los resultados según las dimensiones que evalúa la encuesta:

- El grado de cohesión entre los miembros del grupo del EAP del Área de Cartagena es regular (267+/-0,63). El nivel de cooperación entre dichos profesionales es regular/buena (2,79+/-0,53) siendo la vida social entre ellos mala/regular (2,23+/-0,35). Se trabaja en equipo de forma regular/bien (2,78+/-0,49) y su satisfacción con el trabajo dentro del equipo es buena (3,07+/-0,5).

- Con respecto a la globalidad o a las diferentes dimensiones que incluyen el clima organizacional (cohesión, coordinación, vida social, trabajo en equipo o satisfacción con el trabajo que se realiza), no existen diferencias significativas, si analizamos por género, estado civil, tiempo que llevan trabajando en el Sistema Nacional de Salud o en su lugar de trabajo (p> 0,05).

- Desde el punto de vista de la edad, sí existen diferencias estadísticamente significativas. A medida que el profesional es más joven, tiene una mayor satisfacción con el trabajo que desempeña (p= 0,027; y= 57,33-3,16 x satisfacción) o con aquellos aspectos que miden la "vida social" de los profesionales de su equipo (p= 0,0105; y= 57,33-4,12 x vida social). El porcentaje de variabilidad explicada por estas variables del 20% (coeficiente de regresión -r2-0,28).

- Si se analiza el tipo de contrato (interino/indefinido, propietario), se encuentran diferencias significativas al valorar la dimensión "satisfacción con el trabajo que se desempeña en el centro de salud" (p= 0,012). El profesional del Área de Cartagena que es interino/indefinido (X= 3,16+/-0,47), está más satisfecho con la labor que realiza en su centro, que el propietario (X= 2,98+/-0,51). No existen diferencias si analizamos el resto de las dimensiones o la globalidad de la escala con respecto al tipo de contrato (p> 0,05).

- De igual forma existen diferencias significativas con respecto a la satisfacción con el trabajo, cuando se analiza la categoría profesional (p= 0,001). El médico es el profesional menos satisfecho con su trabajo en el centro de salud (2,91 +/- 0,68), con respecto a enfermería (3,16+/-0,35) o al personal de administración (3,17+/-0,56). No hay diferencias, si se valora el resto de dimensiones o la escala global con respecto al tipo de contrato.

Síndrome de agotamiento o burnout

- Para los profesionales del área de salud de Cartagena, al analizar el cuestionario de Maslach (alpha Cronbach = 0,71), se observa que al valorar la dimensión cansancio o saturación emocional, la puntuación obtenida indica un cansancio moderado (22,4+/- 12,24). La realización personal o sentimiento de competencia y consecución de logros es moderada/baja (37,98+/-8,15) y su despersonalización o falta de sentimientos y respuesta impersonal hacia el paciente es moderada (7,4+/- 6,03).

- Con respecto a las dimensiones antes definidas, sí existen diferencias significativas al analizar las puntuaciones obtenidas entre profesionales de distinto género (p=0,011). El profesional -hombre de esta Área de Salud se considera con una despersonalización media/alta (X= 8,03+/-6,07) con respecto a la mujer (6,16+/-5,8). No se encuentran diferencias significativas cuando valoramos la realización personal o el cansancio emocional.

- De igual forma existen diferencias significativas (p= 0,0001), si se analiza la categoría profesional. Los médicos se encuentran "más cansados" emocionalmente, con un cansancio medio/alto 8X = 24,46+/-12,87; IC95%:21,6-27,3); con respecto a los enfermeros (X= 16,01+/-10; IC95%:13,6-18,4), que es bajo, o los administrativos que es

medio/bajo (X= 19,4+/-12; IC95%:16,5-22,4). Si se sigue analizando la misma variable, de nuevo existen diferencias significativas con respecto a la dimensión que recoge la "despersonalización" (p= 0,007). El profesional médico considera que tiene un nivel medio/alto de despersonalización (X= 8,68+/-6,75; IC95%:7,2-10,2), con respecto al personal administrativo que es moderado (X= 7,67+/-6,01; IC95%:6,2-9,1) o a los enfermeros que tienen un nivel bajo de despersonalización (X= 5,58+/-4,6; IC95%: 4,46-6,7). En la dimensión "realización personal", no existen diferencias estadísticamente significativas (p= 0,12).

- Cuando se analiza el burnout con respecto al estado civil, tipo de contrato, edad o tiempo trabajado en el Sistema Nacional de Salud o con respecto al tiempo que lleva en el lugar actual de trabajo, no existen diferencias (p= 0,05) en ninguna de las dimensiones de la escala.

Segunda fase

- Una vez realizado los resultados de la primera fase, se procedió por parte de los investigadores, del Equipo directivo de la Gerencia y de los propios comentarios de los profesionales del estudio, a elaborar unas medidas u oportunidades de mejora continua de la calidad.

CONCLUSIONES:

1. La encuesta ha sido cumplimentada por algo más de la mitad de los profesionales, por lo que los resultados deben tener consistencia y validez interna ante los profesionales del área de salud de Cartagena.
2. El clima organización del área, en general, es regular en todos los aspectos o dimensiones (cohesión, cooperación y trabajo en equipo), excepto en la relación social entre ellos, que la valoran mala.
3. La satisfacción del profesional con su trabajo es buena. Los profesionales interinos y más jóvenes tienen un nivel más alto. Los enfermeros son los profesionales con una mejor satisfacción laboral, siendo los médicos los más insatisfechos.
4. El profesional del área está moderadamente "quemado". Considera que su realización personal y competencia laboral es moderada/baja. El más cansado emocionalmente es el médico, seguido del personal de apoyo y el enfermero.

48 Calidad de prestación de servicios del Centro de Gestión a las Unidades de Provisión. Aplicación de Servqual a los clientes internos

Investigadora principal:	Hernández Vera, Rosario
Referencia proyecto:	000/516
Año:	2000
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Equipo de Atención Primaria (EAP). Lorca Centro
Ayuda concedida:	5.108,60 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2000
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Servqual. Satisfacción del cliente interno

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Hemos medido la diferencia entre calidad percibida y la esperada, en los clientes internos, de los servicios que les presta la Gerencia de Atención Primaria de Lorca. Se ha obtenido de forma global y de forma estratificada según las variables profesionales y sociodemográficas definidas.
2. Seleccionamos tres criterios de calidad, de los definidos por el modelo Servqual, donde objetivamos mayor potencia de mejora.
3. Comparación de puntuaciones Servqual de las dos evaluaciones.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo.

Universo: La población estudiada fue la totalidad de los profesionales que tienen relación laboral con la Gerencia de Atención Primaria de Lorca (350; 319 en plantilla): Centro de Gestión de las Unidades de Provisión de la Gerencia de Atención Primaria (8 EAP, 12 profesionales de cupo, 3 servicios normales de Urgencias, 3 equipos de atención continuada, 5 Unidades de salud buco dental, 6 Unidades de psicoprofilaxis obstétrica y una Unidad de salud mental).

Muestreo: No procede, se estudio la totalidad de la población.

Criterios de evaluación: Los criterios de calidad que mide la encuesta Servqual son: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Ámbito de estudio: Las Unidades de Provisión de la Gerencia de Atención Primaria de Lorca.

Sujeto de estudio: Profesionales de medicina, enfermería y administración de atención primaria del área de salud de Lorca.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. En la primera evaluación (febrero 2001) se destacan como áreas de mejora aquellos criterios de calidad cuya puntuación Servqual Ponderada era menor (mayor en términos absolutos): fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía.
2. La segunda evaluación (noviembre de 2002) se realiza tras la presentación de los resultados a todos los trabajadores de la Gerencia y al Equipo Directivo, y la emisión de un informe con los resultados y posibles líneas de actuación, transcurriendo apenas seis meses desde la elaboración del informe y la reevaluación.
3. En la reevaluación observamos una disminución de la tasa de participación en la encuesta con un descenso de un 21%. No obstante, no existen diferencias significativas entre las dos muestras en cuanto a la proporción de hombres/mujeres y ser sanitario/no sanitario.
4. El equipo investigador atribuye la disminución de la tasa de participación a circunstancias ajenas a la gerencia derivadas del estrés profesional al que están sometidos los trabajadores del área en fechas próximas a la segunda evaluación (falta de sustitutos para las vacaciones, expectativas generadas por las transferencias, inmigración…).
5. En las dos evaluaciones tenemos una puntuación alta en las expectativas y moderada en las percepciones, no constatándose diferencias significativas entre las dos, así como tampoco en las puntuaciones Servqual y Servqual Ponderada.
6. Se identifican, en la segunda evaluación, las mismas áreas de mejora, no siendo estadísticamente significativas las mejores encontradas en la puntuación Servqual ponderada.
7. Entre la primera evaluación y la segunda ha transcurrido casi dos años, desde la entrega del informe al equipo directivo a la segunda evaluación sólo han transcurrido seis meses, por lo que vemos que es un tiempo insuficiente para valorar cambios.
8. Además, el evaluar al conjunto de servicios que presta la gerencia (no un servicio concreto) dificulta por un lado la interpretación de la encuesta, por otra parte de los profesionales, y por otro la concreción de medidas correctoras en el conjunto de la gerencia.
9. En cuanto a las perspectivas de la aplicación de Servqual en el futuro próximo, tenemos que tener en cuenta dos aspectos.
10. Las limitaciones en la gestión de los recursos existentes en el nivel de la gerencia de atención primaria.
11. La concreción de los servicios a la hora de evaluar y proponer medidas correctoras.
12. De este modo, la utilidad de Servqual en nuestra organización se define en disponer de una herramienta que permite monitorizar de forma global los servicios que presta la gerencia a los profesionales (comparación en el tiempo), y evaluar los servicios donde se tenga capacidad de intervenir (teniendo en cuenta las limitaciones de gestión de recursos).
13. Como logros específicos disponemos de conocimientos del método y medios para su análisis mecanizado, y el proyecto de utilizarlo en la evaluación y mejora del servicio de "mantenimiento y reparación de averías en las unidades de provisión".

49 Efectividad de un sistema de información personalizada sobre la calidad de prescripción de medicamentos

Investigador principal:	López - Picazo Ferrer, Julio José
Referencia proyecto:	01/02
Año:	2001
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Gerencia de Atención Primaria Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Calidad
Ayuda concedida:	6.010,12 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2001
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Medicamentos. Calidad. Farmacia. Atención primaria

OBJETIVOS ALCANZADOS:

El proyecto ha conseguido alcanzar los tres objetivos planteados:

1. Evaluar la efectividad de un sistema de información personalizada de prescripcion (IPP) en la mejora de los hábitos de prescripción de los médicos de familia (MF).
2. Conocer su utilidad para mantener estos hábitos.
3. Analizar su influencia por factores del médico y su entorno.

DISEÑO:

Tipo de estudio: 1. Estudio descriptivo transversal previo para analizar factores condicionantes y de confusión y 2. Estudio de intervención cuasi - experimental para valorar la efectividad del IPP, con dos grupos (experimental y control) y 4 determinaciones (antes del IPP y después: corto, medio y largo plazo).

Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca.

Sujeto de estudio: Prescripciones de los MF de la Región de Murcia existentes antes del IPP, que continúan hasta finalizar el estudio y sin ausencia superiores al 10% en cada medición.

Criterios de inclusión:

Médicos de familia que desarrollan su actividad antes de la puesta en marcha del IPP (mayo de 1998) y que continúan en idéntica situación hasta la finalización del estudio.

Criterios de exclusión:

Médicos que por cualquier circunstancia (vacaciones, incapacidad temporal, cese, etc.) se han ausentado en más de 10% de los días, en los periodos donde se miden los indicadores construidos (los meses de mayo y junio desde 1998 hasta 2001).

Para identificarlos se utilizan los datos de la cinta de facturación de medicamentos que el Colegio Oficial de Farmacéuticos remite a la administración de forma mensual, así como el registro personal y ausencias existentes en las 3 Gerencias de Atención Primaria de la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Se incluyen 194 MF en grupo experimental (GE) y 94 en grupo control (GC). Factores condicionantes (regresión logística): existencia de consulta programada (OR 1,96-2,84), interconsultas realizadas (OR 1,70-1,91), entorno rural (OR 2,43) y número de puntos de atención (OR 2,90). El GE obtuvo mejoras a corto/medio plazo en 4 de los 5 indicadores, pero no demostró diferencias en su evolución global respecto al GC. Los MF del GE con consulta programada habitual y pocas interconsultas se influencian más por el IPP.

CONCLUSIONES:

1 Se han identificado diferentes factores que condicionan los hábitos relacionados con la eficiencia de la prescripción de medicamentos en atención primaria:

- El más importante de ellos es la existencia regular de consulta programada, capaz de resumir la influencia de otros factores identificados en otros estudios, como el número de pensionistas asignados, la posesión de título de especialista en MFyC, la actividad como tutor de residentes, la edad o los años trascurridos desde la licenciatura.

- Otros factores de interés identificados fueron el número de interconsultas realizadas con atención especializada (quizás como expresión indirecta de la prescripción inducida) y el desempeño de la actividad en medio rural.

2 El IPP no parece ser una herramienta efectiva, a nivel global, a la hora de mejorar los hábitos de prescripción de los médicos de familia. Aunque se evidencian mejoras significativas en la totalidad de los indicadores IPP, a excepción del indicador de eficiencia global (ahorro potencial), éstas se han producido también de forma paralela en el grupo control. La prescripción de genéricos ha mejorado más en el grupo control, situación que no sorprende en exceso dado que éste es el único aspecto donde el IPP no ofrece recomendaciones específicas para la mejora: en el mercado farmacéutico español suelen existir alternativas de prescripción más eficientes que la especialidad farmacéutica genérica (EFG) para aquellos principios activos y presentaciones de mayor ahorro potencial, y que son recomendadas en el IPP de forma preferente al empleo de EFG.

3 Los médicos que reúnen características relacionadas con una mayor eficiencia en la prescripción (existencia habitual de consulta programada, pocas interconsultas, medio urbano) se ven más influenciados por el IPP que el resto. Así, desaparecen los mejores resultados que obtiene en el indicador de eficiencia global el grupo control a nivel global, y aparecen además mejoras significativas del grupo experimental frente al control en la eficiencia de prescripción a corto plazo de ranitidina y (a medio y largo plazo) de omeprazol. Es posible que los médicos que reúnen estas características demuestren un mayor interés por un uso racional de los medicamentos y, por tanto, reciban y aprovechen mejor el IPP.

4 Se confirma la sospecha apuntada por otros autores (O' Connell DL, Henry D, Tomlins R, BMJ 1999) de que la información suministrada exclusivamente por escrito, no solicitada por el médico, centralizada y a través de datos genéricos contribuyen poco a modificar la calidad de prescripción del médico de familia, o (como se explica más arriba) sólo lo hace en un subconjunto de éstos particularmente interesados. Debe entonces modificarse el IPP para que sea capaz de contribuir efectivamente a la mejora de la eficiencia y calidad de prescripción de medicamentos entre los médicos de familia. En el rediseño de la herramienta deberían probablemente introducirse nuevos elementos como 1) la revisión por pares del IPP, 2) conseguir que los médicos de familia de los EAP se involucren en actividades de evaluación y mejora y 3) introducir en el IPP nuevos aspectos relacionados con la calidad de prescripción no tan centrados en los aspectos de eficiencia y más en el aspecto clínico y, por qué no, en el usuario objeto de la prescripción.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. López-Picazo Ferrer JJ, Sanz Moreno JA, Sánchez Ruiz JF, Rausell Rausell V, Salas Martín E, Sánchez Rodríguez F. Efectividad de un sistema de información personalizada sobre la calidad de prescripción de medicamentos en médicos de familia. Aten. Primaria 2002. 29(9):575- 579.

2. López-Picazo Ferrer JJ, Rausell Rausell V, Salas Martín E, Sánchez Rodríguez F, Sánchez Ruiz JF, Sanz Moreno JA. La evolución natural de Darwin y los ciclos de mejora: ¡Cuidado! Revista de Calidad Asistencial 2002;17(7):442. (XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

3. López-Picazo Ferrer JJ, Agulló Roca F, Villaescusa Pedemonte M, Sanz Mateo G, Bernal Romero JM, López Asensio C. Urgencias en Atención Primaria; ¿Prescribimos adecuadamente? Revista de Calidad Asistencial 2002;17(7):442. (XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).

4. López-Picazo Ferrer J, Sanz Moreno JA, Rausell Rausell V, Sánchez Ruiz JF, Sánchez Martínez F, Salas Martín E. Propuesta y valoración de indicadores sobre eficiencia específica de la prescripción en Atención Primaria. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones. Terapéutica basada en la eficiencia: VII Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP);2002. p. 159-160.

5. López-Picazo Ferrer J, Sanz Moreno JA, Rausell Rausell V, Sánchez Ruiz JF, Sánchez Martínez F, Salas Martín E. Eficiencia global de la prescripción en Atención Primaria: ¿Mejora? ¿La tenemos bajo control? En: Libro de Ponencias y Comunicaciones. Terapéutica basada en la eficiencia: VII Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP);2002. p. 161-162.

50 Encuesta de satisfacción a pacientes inmigrantes usuarios de Servicios de Urgencias Hospitalarias

Investigador principal:	Madrigal de Torres, Manuel
Referencia proyecto:	01/03
Año:	2001
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario
Departamento/servicio/unidad:	Cirugía General y del Aparato Digestivo
Ayuda concedida:	3.906,58 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2001
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Satisfacción del paciente. Calidad asistencial

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Valorar la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes inmigrantes magrebíes, y sudamericanos atendidos en los Servicios de Urgencias de los hospitales murcianos Morales Meseguer (perteneciente a la red del Insalud) y General Universitario (adscrito al SMS), utilizando una encuesta de satisfacción.
2. Analizar los elementos más relevantes, en opinión de dichos usuarios, que están influyendo en el nivel de calidad de la puerta de urgencias de los hospitales estudiados.
3. Identificar problemas susceptibles de mejora, y priorizar las oportunidades de mejora.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio de tipo descriptivo transversal y observacional con técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos de tipo cuantitativo (un cuestionario), para planificar la medición de la satisfacción de los inmigrantes usuarios de los Servicios de Urgencia de un hospital. En una segunda fase se implementará un ciclo de mejora de la calidad. Para ello, seguimos una serie de pasos en relación con los diversos componentes con los que articulamos el diseño.

Universo: La población teórica o diana de nuestro estudio está compuesta por todos los inmigrantes magrebíes y sudamericanos que acuden a los servicios de urgencias de los hospitales murcianos Morales Meseguer y General Universitario.

Muestreo: Fue de tipo no probabilístico consecutivo y por conveniencia o propósito, ya que se invitó a participar en el estudio a los inmigrantes con criterios de inclusión que acudieron durante 8 meses a Urgencias hospitalarias de los hospitales antes mencionados

El tamaño de la muestra para el Hospital General Universitario fue de 98 magrebíes y 76 sudamericanos, y para el Hospital Morales Meseguer fue de 85 magrebíes y 74 sudamericanos.

Criterios de evaluación: Los criterios son la base de los estudios de calidad ya que permiten definir que práctica es considerada correcta en cada momento. Entendemos por criterio aquella condición que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad. Dado el enfoque de la evaluación utilizaremos fundamentalmente criterios de estructura y de proceso. Los criterios de estructura miden aspectos relacionados con la estructura arquitectónica, sistema organizativo, aparatos y dotación de personal. Los criterios de proceso miden aspectos relacionados con la realización de las diferentes actividades. Y los criterios de resultados nos medirán aspectos relacionados con el resultado propiamente dicho de la actividad realizada. Además de las preguntas sobre problemas específicos de calidad percibida, los cuestionarios contienen preguntas descriptivas clasificatorias, preguntas de valoración global y preguntas sociodemográficas. Las preguntas del cuestionario sobre aparición de problemas de calidad específicos se han agrupado en 5 dimensiones referentes a organización, información, trato, competencia profesional e infraestructura.

Con los distintos tipos de preguntas del cuestionario se han construidos una serie de indicadores.

Ámbito de estudio: Servicios de Urgencias del Hospital General Universitario y del Hospital Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: La población de estudio fue aquella población resultante de aplicar los criterios de inclusión/exclusión a la población diana, y por tanto es la población a la que podemos generalizar los resultados del estudio.

Criterios de inclusión:

1) que el paciente inmigrante completara la visita a urgencias; 2) ser mayor de 18 años y menor de 85 años; 3) colaborar lo suficiente como para poder completar la encuesta, 4) aceptar participar en el estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

A continuación se presenta, a modo de conclusión, un breve resumen de los resultados de esta encuesta, destacando aquellos aspectos más relevantes, y siguiendo el orden de las distintas áreas y/o dimensiones analizadas de los hospitales estudiados.

Hospital General Universitario

1. En el análisis de los problemas de calidad por dimensiones, realizado mediante un gráfico de Pareto que agrupa todas las dimensiones y sin desagregar por grupos de inmigrantes, podemos apreciar que más de la mitad (exactamente el 60,69%) de los problemas de calidad que ha percibido el paciente están relacionados con las dimensiones de información (30,63%) y trato (30,06%).

2. Dentro de la dimensión información, hay cuatro de los posibles problemas de calidad (los explorados con las preguntas 15, 17, 19 y 20) que suponen el 59,3% de los problemas percibidos por los pacientes, sin desagregar por grupos, dentro de esta dimensión. De manera similar, dentro de la dimensión trato hay cuatro problemas de calidad. (los explorados con las preguntas 26, 30a, 4, y 30b) que suponen más del 50% de los problemas de calidad percibidos por los inmigrantes en esta dimensión. Esto nos indica que resulta prioritario actuar sobre éstos 8 problemas.

Pero si consideramos los principales problemas de calidad percibida más frecuentemente informados por los pacientes, sin agrupar por dimensiones, nos encontramos que más del 50% de éstos corresponden a los explorados con las preguntas 10, 9, 15, 26, 12, 16, 5, 17, 19 y 20. Aunque a la hora de priorizar las intervenciones deberemos tener presente no sólo la frecuencia de presentación sino también su relevancia, lo que conlleva hacer una valoración subjetiva o ponderar cada problema de calidad percibida.

3 Al analizar la tasa o porcentaje de problemas (un indicador sintético que resume la información obtenida de las preguntas que se incluyen en cada dimensión del cuestionario) que nos indica la frecuencia de problemas específicos de calidad percibida ajustada a la tasa de respuesta de cada pregunta, observamos que la dimensión organización presenta 38%, seguida de la información con un 36%, el trato con un 32%, la competencia profesional con un 18%, y por último la dimensión infraestructura con un 12%, siendo la tasa promedio de problemas del hospital de un 27,2%.

4 El nivel de satisfacción global (calculado como el nivel promedio de la puntuación, de 0 a 10, dada a la pregunta específica sobre satisfacción global: pregunta 37) obtuvo una puntuación de 8,55 (DE 1,13) con un intervalo de confianza de 95% de 8,38 a 8,72.

5 La pregunta sobre valoración global de la calidad (pregunta 35) se ha utilizado para calcular un "indicador resumen". Para ello, hemos resumido el resultado como la puntuación o valor medio que se obtiene al asignar a cada opción de la escala de respuesta un valor numérico de 1 a 5 (opción "Muy buena" = 5, "Buena" = 4…; "Muy mala" = 1). La valoración media obtenida en esta pregunta sobre la valoración general de la calidad de la atención recibida ha sido de 4,25 (DE 0,55) con un intervalo de confianza al 95% de 4,16 a 4,33.

Hospital Morales Meseguer

1 En el análisis de los problemas de calidad por dimensiones realizado mediante un gráfico de Pareto que agrupa todas las dimensiones sin desagregar por grupos de inmigrantes, podemos apreciar que más de la mitad (exactamente el 59,55%) de los problemas de calidad que ha percibido el paciente están relacionados con las dimensiones de información (32,23%) y organización (27,32%).

2 Dentro de la dimensión Información, hay cuatro de los posibles problemas de calidad (los explorados con las preguntas (15, 3, 21 y 7) que suponen el 58% de los problemas de calidad percibidos por los pacientes dentro de esta dimensión, sin desagregar por grupos. De manera similar, dentro de la dimensión organización hay tres problemas de calidad (los explorados con las preguntas 10, 9 y 5) que suponen más del 55,6% de los problemas de calidad percibidos por los inmigrantes en esta dimensión. Esto nos indica que resulta prioritario actuar sobre estos 7 problemas.

Pero si consideramos los principales problemas de calidad percibida más frecuentemente informados por los pacientes, sin agrupar por dimensiones, nos encontramos que más del 50% de éstos corresponden a los explorados con las preguntas 10, 15, 3, 16, 9, 21, 7, 5, 19, 28, 4 y 12. Aunque a la hora de priorizar las intervenciones deberemos tener presente no sólo la frecuencia de presentación sino también su relevancia, lo que conlleva hacer una valoración subjetiva o ponderar cada problema de calidad percibida.

3 Al analizar la tasa o porcentaje de problemas (un indicador sintético que resume la información obtenida de las preguntas que se incluyen en cada dimensión del cuestionario) que nos indica la frecuencia de problemas específicos de calidad percibida ajustada a la tasa de respuesta de cada pregunta, observamos que la dimensión organización presenta 41% seguida de la información con un 36%, el trato con un 23%, la competencia profesional con un 17%, y por último la dimensión infraestructura con un 18%, siendo la tasa promedio de problemas del hospital de un 27%.

4 El nivel de satisfacción global (calculado como el nivel promedio de la puntuación, de 0 a 10, dada a la pregunta específica sobre satisfacción global; pregunta 37) obtuvo una puntuación de 8,34 (DE 2,09) con un intervalo de confianza al 95% de 7,97 a 8,70.

5 La pregunta sobre valoración global de la calidad, (pregunta 35) se ha utilizado para calcular un "indicador resumen". Para ello, hemos resumido el resultado como la puntuación o valor medio que se obtiene al asignar a cada opción de la escala de respuesta un valor numérico de 1 a 5 (opción "Muy buena" = 5; "Buena" = 4;…"Muy mala" = 1). La valoración media obtenida en esta pregunta sobre la valoración general de la calidad de la atención recibida ha sido de 4,46 (0,77) con un intervalo de confianza al 95% de 4,31 a 4,57.

51 Evaluación de un sistema de medición del producto enfermero en Atención Primaria basado en el Sistema de Clasificación de Pacientes ACGs (Ambulatory Care Groups)

Investigadora principal:	López Arroyo, Mª José
Referencia proyecto:	01/04
Año:	2001
Organismo:	Universidad Católica S. Antonio. Murcia
Centro:	Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento/servicio/unidad:	Escuela de Enfermería
Ayuda concedida:	8.414,17 euros
Fecha de inicio:	Noviembre 2001
Duración:	36 meses
Palabras clave:	Producto Sanitario. Producto Enfermero. Sistema de Clasificación de Pacientes. Atención primaria.

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Evaluar el comportamiento de los ACGs en los centros de salud de la Región de Murcia.
2. Analizar el poder explicativo de los ACGs en la variabilidad del consumo de recursos de enfermería por parte de los pacientes.
3. Identificar la necesidad de incluir los diagnósticos NANDA en el sistema de registro que permita correlacionarlas con los ACGs, (en relación a los recursos enfermeros).
4. Definir una propuesta de CMBDE para Atención Primaria (AP).

DISEÑO:

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Universo: Todos los usuarios de los Centros de AP de la Región de Murcia que utilicen los servicios sanitarios de los mismos y tengan registro de dicho contacto durante el periodo comprendido entre el 1 enero - 31 diciembre de 2003. El número de TSI en mayo 2001 era de 1.131.436.

Muestreo: Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra para nuestra población, que suponemos infinita, con nivel de confianza del 95% y error de precisión máximo de e=1%, siendo el tamaño resultante de n=50.000 pacientes. Dicho tamaño de muestra resulta de manejar el caso más desfavorable. Este tamaño se revisó a la baja, dado que el muestreo a emplear fue el denominado Muestreo por Etapas. En la primera etapa se definen los conglomerados o unidades primarias (Zona Básica de Salud), en la segunda las secundarias, (Cupos médicos) y así sucesivamente hasta el nivel necesario.

Cupos incluidos 30, (3 pediátricos y 27 de medicina general). Muestra final: 36.432 pacientes.

Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes que han tenido al menos un contacto con los profesionales médico y/o enfermero de los cupos pertenecientes a los Centros de Salud incluidos en el estudio durante el año 2003.

RESULTADOS:

1. Se obtuvieron 138.882 episodios distribuidos en 691 códigos CIAP, asignados a uno de los 34 grupos de diagnósticos ajustados (ADGs).

2. Se identificaron 77 códigos NIC.

3. El 57% de los episodios corresponden a enfermedades menores.

4. Los episodios más frecuentes son actividades preventivas, hipertensión arterial (HTA) e infección respiratoria.

5. La media de visitas por paciente / año es de 5,51 (DE= 6) visitas médicas, 2,36 (DE = 5,8) visitas de enfermería y una media global de 7,87 (DE= 9,7) visitas.

6. El 14,3% de los pacientes están en el ACG 3, pacientes mayores de 5 años con enfermedades agudas leves.

7. Con 10 ACGs clasificamos al 69% de los pacientes.

8. Los ACGs explican el 39,5% de variabilidad en las visitas médicas, el 15,5% en las visitas enfermeras y el 37% del total de visitas.

CONCLUSIONES:

1. El empleo de la codificación CIAP en AP de forma directa, sin conversión a CIE-9-MC, para clasificar a los pacientes en los ACGs, no parece condicionar la asignación de los pacientes ni tampoco afectar a su poder explicativo.

2. Existe una mala calidad en los registros de enfermería, debida posiblemente a que el programa OMI-AP 5 no incluye NANDA ni NIC.

3. Los ACGs demuestran capacidad para agrupar la información de los episodios y/o contactos que una población de referencia tiene con distintos profesionales en AP.

4. El poder explicativo de los ACGs para la carga de trabajo de enfermería es inferior al presentado para otros profesionales.

5. El poder predictivo de los ACGs es superior para los cupos de medicina general que en los de pediatría, donde la edad presenta una influencia similar a los ACGs.

6. El estudio aporta abundante información sobre la consistencia de los ACGs, patrones de morbilidad de la población y utilización de recursos sanitarios en función de estos patrones. El comportamiento de los grupos es aceptable y similar a otros estudios.

7. El CMBDE en AP debe de incluir variables demográficas, de morbilidad, NANDA, NIC y visitas/episodio.

52 Análisis de eficiencia orientada a la calidad asistencial en el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Investigadora principal:	Palacios Sánchez, Mª de los Ángeles
Referencia proyecto:	01/05
Año:	2001
Organismo:	Universidad Politécnica de Cartagena
Centro:	Facultad de Ciencias de la Empresa
Departamento/servicio/unidad:	Dpto. Métodos Cuantitativos e Informáticos
Ayuda concedida:	12.020,24 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2001
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Eficiencia. Calidad

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha realizado un análisis descriptivo de los distintos servicios del Hospital Morales Meseguer.
2. Finalmente se han establecido medidas numéricas de eficiencia relativa o comparada utilizando la técnica Data Envelopment Analysis (DEA).

DISEÑO:

Se ha realizado en primer lugar y a partir de la información disponible, facilitada por el Departamento de Control de Gestión del Hospital Morales Meseguer, relativa a los ejercicios 2001 y 2002 un análisis descriptivo de los distintos servicios. La información utilizada es aquella de la que se dispone detalle desagregado por servicios (cuyo análisis nos ocupa), obviando aquella sin desagregación disponible y la que no es común a los dos ejercicios considerados imposibilitando su comparación.

El análisis se circunscribe a los servicios de hospitalización, habiendo sido excluidos además los servicios prestados de manera más o menos circunstancial por personal del Hospital General en instalaciones del Hospital Morales Meseguer.

La información analizada es de carácter anual, por lo que no ha sido considerada la más que probable existencia de componentes estacionales en la actividad de hospitalización.

Únicamente se dispone de información demográfica a nivel global, por lo que no se han incluido consideraciones de este tipo a nivel de servicio.

El análisis descriptivo incluye el análisis de una encuesta de satisfacción posthospitalización realizada en 2002 a 691 pacientes.

En la segunda parte del trabajo y utilizando la técnica DEA se han obtenido medidas de eficiencia relativa para los distintos servicios del Hospital Morales Meseguer.

53 Estudio inicial sobre adecuación de vías venosas en un Servicio de Urgencia Hospitalario

Investigador principal:	Manzanera Saura, José Tomás
Referencia proyecto:	01/06
Año:	2001
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Departamento/servicio/unidad:	Supervisor Formación Continuada y Calidad
Ayuda concedida:	3.906,58 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2001
Duración:	9 meses
Palabras clave:	Urgencias. Vías venosas. Adecuación

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha estimado que el 18,10% de los pacientes que acuden a urgencias se les realiza un acceso venoso.
2. El 30% de los accesos venosos no se utilizaron. Y en un 18% se han considerado inadecuados.
3. El costo económico medio resultante para el mes que duró la recogida de datos (enero 2002) ha sido de 1.344,13 euros y un tiempo total por parte del personal de enfermería de 175 horas de trabajo.
4. Respecto al 4º objetivo no se han encontrado significaciones estadísticas suficientemente claras para llegar a la elaboración de una guía que relacionase los motivos de consulta con la realización de un acceso venoso.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio concurrente y retrospectivo a la vez.

Universo: Todos los pacientes con acceso venoso realizado en urgencias durante un mes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Hospital Santa María del Rosell.

Muestreo: No procede, se revisó el universo.

Ámbito de estudio: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Hospital Santa María del Rosell.

Sujeto de estudio: Todos los pacientes a los que se les practicaron un acceso venoso en nuestros servicios de urgencias de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Morales Meseguer y Hospital Santa María del Rosell. Se excluyeron del estudio: pacientes menores de 11 años, pacientes con patología ginecológica u obstétrica y pacientes remitidos de otros centros, servicios de urgencias, 061, SEDU, etc. que lleven practicado el acceso venoso.

RESULTADOS y CONCLUSIONES:

1. Se ha realizado un acceso venoso a un 18,10% de los pacientes que acuden a urgencias, lo que nos sitúa en datos similares a otros estudios (20%).
2. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (19,71%), otros (14,66%), dolor abdominal (13,77%), dolor torácico (10,72%) y traumatismos (6,42%). La procedencia fue mayoritariamente del domicilio del asistido (78,8); y también resultó que ingresaron en mayor porcentaje (52,5%) que dados de alta a su domicilio (45,05%).
3. En la gran mayoría se canalizaron un catéter periférico, del 20G y fue insertado en el brazo izquierdo, siendo la zona de punción más frecuente el dorso de la mano y antebrazo.
4. El 30% aproximadamente de los accesos venosos no se han utilizado, porcentaje algo más bajo que en otros estudios, sobre todo americanos, en los que se sitúa por encima de 40%. Aún así consideramos este porcentaje elevado, y se debería afinar aún más. El hecho de llevar una vía venosa canalizada, puede llevarnos a un uso indebido de la misma, aumentando la actividad terapéutica en urgencias, siendo ésta una práctica de mala calidad.
5. Además estos accesos venosos constituyen por sí mismo un riesgo de iatrogenia hacia el paciente, a veces no considerado a la hora de indicar la realización de un acceso venoso. Otro punto habitualmente no tenido en cuenta es el consentimiento del paciente a dicha técnica, asumiéndolo como parte pasiva de un servicio altamente agresivo (urgencias).
6. Todo lo expuesto anteriormente, tiene otra connotación, que es la repercusión económica, tanto material como de personal de enfermería, constituyendo un gasto innecesario y además evitable en gran medida, llevándonos a considerar los accesos venosos innecesarios como una actuación de poca calidad hacia el paciente que acude a urgencias.
7. La actuación a través de protocolos o guías, conocidas por todo el personal, sería una buena medida a implantar para llegar a una utilización más racional y científica de los accesos venosos, contribuyendo con todo ello a dar cada vez más calidad en nuestras actuaciones y siendo una fuente de medida para poder monitorizar su cumplimiento.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Manzanera Saura JT, Muñoz Gimeno L, Fernández Abellán P, Mengual Cos M, Cruzado Quevedo JA, Leiva Gutiérrez A. Estudio inicial sobre la adecuación de vías venosas en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Enfermería Global; [Revista en internet] 2002 noviembre [consultado 10 de julio 2009] Nº 1:1-6. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/699/729

2. Manzanera Saura JT, Muñoz Jimeno L, Fernández Abellán P, López Montesinos MJ, Martos García L, Sánchez de Alba A. Evaluación inicial sobre la adecuación de vías venosas en urgencias. En: Programa y Libro de Ponencias y Comunicaciones: IV Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2003. p. 171-172.

54 Análisis de la eficiencia relativa de los Centros de Atención Primaria del Área II de Cartagena

Investigadora principal:	Palacios Sánchez, Mª de los Ángeles
Referencia proyecto:	01/08
Año:	2001
Organismo:	Universidad Politécnica de Cartagena
Centro:	Facultad de Ciencias de la Empresa
Departamento/servicio/unidad:	Dpto. Métodos Cuantitativos e Informáticos
Ayuda concedida:	8.414,17 euros
Fecha de inicio:	Noviembre de 2001
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Eficiencia. DEA (Data Envelopment Analysis)

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha ejecutado el análisis demográfico de los distintos centros que configuran el Área II.
2. Mediante encuestación, se han recopilado los datos relativos a accesibilidad a los distintos Centros.
3. Se han cartografiado las zonas de salud del Área II, mediante software específico para representar adecuadamente los datos con dicho nivel de desglose.
4. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables de las que se dispone información.
5. Finalmente se han establecido medidas numéricas de eficiencia relativa o comparada utilizando la técnica DEA.

DISEÑO:

El trabajo realizado se ha llevado a cabo en el ámbito del Área II de Salud, habiéndose recopilado la información disponible de todos los equipos de atención primaria del área. De igual modo y mediante encuesta se ha obtenido información adicional relativa a la accesibilidad de los centros. El número de encuestas realizadas ha sido de 900 con estratificación de edad, sexo y nivel socioeconómico a nivel de centro de Atención Primaria.

En primer lugar se ha realizado utilizando técnicas estadísticas un análisis descriptivo todos los centros comprendiendo variables económicas, demográficas y de accesibilidad.

Utilizando la técnica DEA se han obtenido medidas de eficiencia relativa de los distintos centros de atención primaria. Está técnica permite no solo conocer la posición relativa de los centros sino también aquellas variables sobre las que deben incidir para mejorar tales posiciones.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. García Córdoba JA, López Hernández F, Palacios Sánchez MA, Ruiz Marín Manuel. Eficiencia relativa en los Centros de Atención Primaria del Área II de Salud. En: Programa y Libro de Ponencias y Comunicaciones: IV Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2003. p. 187-188.

2. García Córdoba JA. Eficiencia relativa de los Centros de Atención Primaria del Área II de Salud. [Tesis doctoral]. Universidad Politécnica de Cartagena. Cartagena; 2004.

55 Deshabituación a benzodiazepinas en la población adscrita a un centro de salud: ciclo de mejora

Investigadora principal:	Ballesteros Pérez, Ana María
Referencia proyecto:	02/02
Año:	2002
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Gerencia de Atención Primaria-Cartagena
Departamento/servicio/unidad:	Centro de Salud Cartagena-Casco Antiguo
Ayuda concedida:	2.500 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 2002
Duración:	18 meses
Palabras clave:	Deshabituación. Benzodiazepinas. Atención primaria. Mejora

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Los objetivos que se querían conseguir al inicio del estudio, se han alcanzado en su totalidad, aunque inicialmente pensamos que el porcentaje de pacientes que abandonarían el consumo sería mayor del obtenido.

1. Conocer las características del consumo de benzodiazepinas (BZD), en la población mayor o igual de 14 años, que es consumidora de ellas, atendida por cualquier causa en el centro de salud y que pertenece a dicho centro, en el periodo antes indicado.
2. Mejorar la calidad de la prescripción de BZD entre los profesionales médicos del centro.
3. Disminuir el consumo inadecuado de BZD entre la población adscrita al centro, en ese periodo.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo prospectivo. Programa de deshabituación a BZD.

Ámbito de estudio: Cupos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) del Centro de Salud de Cartagena-Casco.

Sujeto de estudio: La población a la que ha ido dirigido el estudio es la totalidad de los paciente con edad igual o mayor de 14 años incluidos en 5 del total de los cupos de MFyC del CS de Cartagena-Casco (N = 11). Dicha población se ha captado a través de la consulta a demanda o programada médica especializada en esos cupos entre los meses de enero - junio de 2003 y que eran consumidores de BZD en ese momento, teniendo en cuenta los criterios de exclusión: paciente en fase terminal, llevar menos de 4 meses consumiendo BZD, no querer participar en el estudio, en tratamiento por salud mental; extoxicómano, en tratamiento en la unidad del dolor y paciente con cualquier patología en tratamiento por atención especializada y que precise BZD.

RESULTADOS:

El total de pacientes consumidores excesivos de BZD que han venido a consulta en el periodo de captación del estudio y que podían ser incluidos en el protocolo ha sido de 88 (N). Al 100% se le ha facilitado la información sobre ventajas /inconvenientes del consumo excesivo de BZD, aunque sólo el 73,9% (n= 65) han aceptado ser incluidos en el estudio. El 26,1% restantes no lo aceptaron. En este caso no existen diferencias de género (p= 0,69), edad (p= 0,18), vida media del fármaco consumido (p= 0,92), ni patología inicial que causó la habituación (p= 0,064).

Sin embargo, sí existen diferencias significativas cuando lo que se analiza es la puntuación media del test de "dependencia a las BZD" (p= 0,028), ya que la puntuación en aquellos pacientes que no abandonan el consumo, tienen un test más alto (media: 7,3; IC95%: 5,7-8,9) que los que aceptan ser incluidos en el protocolo.

De igual forma, existen diferencias en cuanto al fármaco que toman habitualmente (p= 0,029) a favor de un mayor consumo de bromazepam entre los que se desean adherirse al protocolo, al igual que entre los pacientes cuyo inicio de la prescripción fue en atención primaria (AP) (p= 0,03).

Del total de pacientes a los que se les facilitó la información, el 21,6% eran hombres (mujeres: 78,4%), con una edad media de 65,06 años (IC95%:50,6-79,5). En el caso del hombre, la edad media es de 60,9 años (IC95%: 43,2-78,5) y en la mujer de 66,2 años (IC95%: 52,8 -79,6) aunque sin diferencias estadísticamente significativas (p= 0,73).

En el estudio el valor medio del test de dependencia a las BZD es de 6,62 puntos (IC95%:5,04 - 8,2). Si se analiza la puntuación del test con respecto a un mayor tiempo de consumo de la BZD, se observa que el valor es mayor cuanto mayor es el tiempo (p= 0,0001) e inversamente proporcional a la edad del paciente (p= 0,041) (y = 8,187-2,404xedad). También existen diferencias en ese sentido al analizar, como se vio antes, la adherencia o no al protocolo.

El tiempo medio de consumo de las BZD, entre los participantes, al comienzo del estudio ha sido de 37,14 meses, sin diferencias significativas de género (p= 0,97) (hombres: 39,1 mes; mujer: 36,5 meses) ni de edad (p= 0,96).

Si se analiza teniendo en cuenta a los pacientes que sí quisieron ser incluidos en el protocolo, se observa que no existen tampoco diferencias estadísticamente significativas (p= 0,075).

El 79,5% de las BZD fueron prescritas en AP, siendo la causa de su consumo: ansiedad (44%), depresión (11,9%), trastorno mixto (16,7) e insomnio (27,4%), aunque sin diferencias de género (p= 0,26), edad (p= 0,32) ni patología causante del consumo (p= 0,13).

Los fármacos más utilizados no presentan diferencias significativas de género (p= 0,49) o por patología del paciente (p= 0,57). Se observa que del total de ellos, el 25,9% son de vida corta y el 74,1% son de vida media larga.

Cuando se analizan las posibles diferencias estadísticas relacionadas con las patologías causantes del consumo de BZD, sólo existen cuando se revisa la edad (p= 0,0001), ya que los pacientes de más edad son los que consumen más BZD por insomnio (IC95%:69,8-78,06 años). En el resto de las patologías y variables del estudio, no existen diferencias significativas (p> 0,05).

Tras completar el tiempo del periodo del estudio (captación y seguimiento final), se observa que un 49,23% sigue consumiendo su misma BZD inicial, un 43,08% ya no consume BZD alguna y un 7,6% ha disminuido la dosis inicial de consumo o se ha cambiado el fármaco por una BZD de vida media larga. Un 7,69% ha recaído por efectos secundarios o "por costumbre". De ese 7,69%, un 60% se debe a insomnio y un 40% por ansiedad, aunque sin diferencias significativas de género (p= 0,41), edad (p= 0,6) o tipo de fármaco a consumir (p= 0,39).

Si se analiza exclusivamente el perfil del paciente que está incluido en protocolo, se puede ver que el 21,5% son hombres y el 78,5% mujeres. La edad media del paciente es de 66,29 años (IC95%: 52,8-79,8). El valor del test de dependencia es de 6,42 puntos (dependencia media/alta) (IC95%:4,8 -8). El tiempo que el paciente lleva consumiendo esa BZD es de 32,89 meses (IC95%: 6,7-59). La media que los pacientes llevan sin consumir, entre los que lo han abandonado, es de 3,4 meses (IC95%: 1,3-5,5). De nuevo el fármaco más utilizado es el bromazepam (38,5%). En ningún caso existen diferencias significativas.

CONCLUSIONES:

1. Han recibido información sobre BZD el 100% de los consumidores excesivos que han asistido a consulta en el periodo del estudio. Sólo un pequeño porcentaje no ha querido intentar su abandono.
2. La puntuación del test de "dependencia a las BZD" es alto, siendo su calificación más elevada a medida que el tiempo de consumo es mayor. Por el contrario, es inversamente proporcional a la edad del paciente.
3. La gran mayoría de las BZD fueron prescrita por AP, con una media de consumo superior a los 3 años y con nivel alto de dependencia. El fármaco más utilizado: bromazepam.
4. El perfil del paciente incluido en el protocolo es una mujer de la tercera edad, con un test de dependencia de "elevado riesgo de dependencia" y casi 3 años de consumo y que principalmente toma bromazepam.
5. Casi la mitad de los pacientes incluidos en el estudio, siguen con el mismo patrón de consumo. La otra mitad ha abandonado el consumo, lo ha disminuido o se les ha cambiado por una BZD de vida media larga.

56 Rediseño del proceso de atención a mujeres que consultan por síntomas mamarios en Atención Primaria de la Región de Murcia

Investigador principal:	Aguilar Jiménez, José
Referencia proyecto:	02/04
Año:	2002
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Unidad de mama
Ayuda concedida:	7.500 euros
Fecha de inicio:	Diciembre de 2002
Duración:	27 meses
Palabras clave:	Breast neoplasm's. Managed care

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Definición global del proceso.
2. Necesidades y expectativas mujeres con síntomas mamarios.
3. Necesidades y expectativas médicos atención primaria.
4. Mapa de variabilidad. Alcanzado parcialmente (no se estudiaron en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca ni en el Hospital Santa María del Rosell).
5. Evaluar la calidad del proceso actual de atención.
6. Establecer los principales puntos críticos de ineficiencia.
7. Rediseño del proceso de atención a mujeres con síntomas mamarios. Alcanzado parcialmente.
8. Comunicar a los Centros de Atención Primaria y Especializada de la Región las conclusiones del estudio.

DISEÑO:

Tipo de estudio: En la etapa I. Investigación con grupos focales: a) mujeres-clientes: se realizó un grupo focal constituido por mujeres sin experiencia previa en haber consultado por síntomas mamarios y b) profesionales médicos: médicos integrados en EAPs de las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia. Se realizó un grupo formado por médicos de EAP no coordinadores.

Etapa II: Estudio descriptivo retrospectivo.

Muestreo: Aleatorio simple de 30 historias clínicas de pacientes atendidas por cáncer de mama en cada uno de los hospitales de la Región de Murcia. Los casos fueron identificados a través de los archivos del Servicio de Anatomía Patológica de cada hospital.

Ámbito de estudio: Hospital General Morales Meseguer (Murcia), Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca), Hospital Virgen del Castillo (Yecla), Hospital Rafael Méndez (Lorca), Hospital General Universitario (Murcia) y Hospital Los Arcos (Santiago de la Rivera).

Sujeto de estudio: Etapa I: a) mujeres-clientes del Servicio Murciano de Salud con y sin experiencia previa en asistencia por síntomas mamarios, b) profesionales médicos integrados en EAPs del Servicio Murciano de Salud. Etapa II: Pacientes diagnosticadas y tratadas en atención especializada por cáncer de mama entre los años 2001 - 2002 en la Región de Murcia. Se excluyen las mujeres atendidas en centros de referencia derivadas desde el Programa de prevención de cáncer de mama de la Consejería de Sanidad.

CONCLUSIONES:

1. Las necesidades y expectativas de las mujeres y los médicos de AP que las atienden inicialmente son concordantes y radican en las dimensiones de accesibilidad, continuidad de cuidados, información y trato.

2. Se observa una gran variabilidad en la actual organización general de la atención a estas pacientes, habiéndose identificado hasta 7 especialistas diferentes que atienden inicialmente a las pacientes y al menos 3 circuitos genéricos distintos de atención, algunos claramente ineficientes. Esto se refleja en unos tiempos de atención en muchos casos difíciles de justificar.

3. La variabilidad en los informes radiológicos y anatomopatológicos estudiados se considera inaceptable por el equipo investigador y, dada su importancia central en la atención a estas pacientes, de atención prioritaria en el rediseño del proceso.

4. El rediseño de proceso se basa en una adecuada delimitación del mismo y en ciertos "pilares": flujos de información solventes, atención inicial en "acto único diagnóstico" y/o "consultas de alta resolución", integración de la asistencia ("unidades de mama" o, al menos "comités de tumores") y atención especial al proceso de acompañamiento, rehabilitación y atención psicológica a estas pacientes.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Aguilar J, Martínez-Gálvez M, Chaves A, Navarro N, Ayala F, Ferrer F, García-Medina V, Carazo MJ, Falomir G, Pérez- Riquelme F, Muelas M, Carrasco L, Andrés A, Aguayo JL. Estudio sobre variabilidad en la atención a pacientes con cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Murcia. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Zaragoza, 27-30 de octubre 2004.

2. Aguilar J, Martínez-Gálvez M, Chaves A, Navarro N, Ayala F, Ferrer F, García-Medina V, Carazo MJ, Falomir G, Pérez- Riquelme F, Muelas M, Carrasco L, Andrés A, Aguayo JL. Estudio sobre variabilidad en los informes radiológicos de pacientes atendidos por cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Murcia. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Zaragoza, 27-30 de octubre 2004.

3. Aguilar J, Martínez-Gálvez M, Chaves A, Navarro N, Ayala F, Ferrer F, García-Medina V, Carazo MJ, Carrasco L, Andrés A, Muelas M. Estudio sobre variabilidad en la atención a pacientes con cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Murcia. XXV Congreso Nacional de Cirugía. Madrid, 9 al 12 de noviembre 2004.

4. Aguilar J, Martínez Gálvez M. Gestión de una Unidad de Mama Especializada: trabajo finalista de los premios "profesor Barea" III edición, 2004. Obteniendo Diploma en la categoría "Gestión de un área de conocimiento".

5. Aguilar J, Martínez-Gálvez M, Chaves A, Navarro N, Ayala F, Ferrer F, García-Medina V, Carazo MJ, Falomir G, Novoa A, Lázaro MD, Pérez-Riquelme F, Hernández MD, Muelas M, Carrasco L, Andrés A. Unidad de Mama. Hospital "J Mª Morales Meseguer". Grupo Investigador Proyecto EMCA 02/04 "Rediseño del proceso de atención a mujeres que consultan por síntomas mamarios en Atención Primaria de la Región de Murcia. ¿Variabilidad o desconcierto?: El proceso de atención a mujeres con sospecha clínica de cáncer de mama en la Región de Murcia. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: V Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2005. p. 185-191.

57 Implantación de una encuesta de calidad percibida en usuarios de Atención Primaria en la Región de Murcia

Investigadora principal:	Más Castillo, Adelia
Referencia proyecto:	02/07
Año:	2002
Organismo:	Consejería de Sanidad
Centro:	Consejería de Sanidad
Departamento/servicio/unidad:	Planificación y Coordinación Sanitaria
Ayuda concedida:	18.000 euros
Fecha de inicio:	Diciembre 2002
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Calidad percibida. Satisfacción. Atención Primaria

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se ha conseguido conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en sus centros de salud a nivel regional, por gerencias y por centros de salud.
2. Se han identificado las oportunidades de mejora en relación con la atención recibida.
3. Se ha conocido la opinión de los usuarios sobre diversos aspectos del proceso asistencial.
4. Se han propuesto medidas correctoras.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo, descriptivo de prevalencia, transversal.

Universo: Todos los pacientes adultos que utilizaron los servicios de los 74 Centros de Salud de la Región de Murcia durante la semana del 23 al 27 del mes de marzo de 2004.

Muestreo: Sistemático con arranque aleatorio. 200 pacientes por centro de salud escogidos del total de pacientes vistos en consultas durante el periodo de estudio en todos los centros de salud de la Región.

Criterios de evaluación: Para que un sujeto se incluyera en el estudio tenía que ser mayor de18 años y haber sido atendido por un médico y/o personal de enfermería de un centro de salud durante el período señalado. Se utilizó el Cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción en Atención Primaria de Salud, el cual consta de 52 preguntas que se distribuyen en 7 apartados que indagan sobre la atención recibida, uno que recoge los datos sociodemográficos y de estado de salud del encuestado y finalmente una pregunta abierta donde se le indica al encuestado que exponga si ha echado en falta alguna pregunta sobre algo en concreto.

Ámbito de estudio: 74 Centros de Salud de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes mayores de 18 años que fueron atendidos por un médico y/o personal de enfermería de un centro de salud de la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Tamaño de la muestra y tasa de respuesta global

Número de usuarios del periodo de estudio

Totales	107.401
Incluidos en el estudio	7.300
Contestan	3.055
% del Total usuarios	2,8
% de Incluidos (tasa de respuesta)	41,8

Obj. 1.

Conocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en sus centros de salud a nivel regional, por gerencias y por centros de salud.

Las diferencias estadísticamente significativas encontradas al comparar los resultados por gerencias para cada una de las dimensiones estudiadas del nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida han sido las siguientes:

- Accesibilidad: Se observa un valor menor en la Gerencia de Murcia con respecto a la de Cartagena, estadísticamente significativo ($p<=0,05$), en el porcentaje de pacientes que declaran haber acudido al centro de salud para que les atendieran de forma urgente la última vez.

Por otro lado, la Gerencia de Cartagena presenta valores inferiores, con respecto a la de Lorca en el porcentaje de pacientes que opinan que fueron atendidos por su médico de cabecera en su domicilio siempre que lo necesitaron. Esta situación se repite, aunque en este caso la diferencia es con la Gerencia de Murcia, cuando lo que se valora es el personal de enfermería.

- Tiempo de espera: Se observa un porcentaje menor en la Gerencia de Cartagena con respecto a las otras dos y al total regional, estadísticamente significativo ($p<=0,05$), en el porcentaje de pacientes que opinan que, siempre o casi siempre, se les atiende a la hora a la que tienen consulta, en el porcentaje de los que opinan que esperan habitualmente poco o muy poco para entrar a la consulta de su médico de cabecera y en el porcentaje de los que opinan que esperaron poco o muy poco para que les dieran los resultados de sus radiografías, análisis y otras pruebas, aunque en estos últimos dos casos las diferencias sólo aparecían al comparar con la Gerencia de Murcia y con el total regional.

Cuando lo que se analiza es el porcentaje de los que esperan poco o muy poco para entrar en la consulta de enfermería la Gerencia de Lorca presenta valores inferiores, estadísticamente significativos, con respecto a la de Cartagena.

- Organización: Se observa un porcentaje menor en la Gerencia de Cartagena con respecto a la de Lorca, estadísticamente significativo ($p<=0,05$), en el porcentaje de pacientes que opinan que su centro funciona bien o muy bien cuando es necesario asistir a la consulta del médico sin tener cita.

- Calidad científico - técnica: Un dato a destacar es el menor valor en la Gerencia de Murcia con respecto a la de Cartagena en el porcentaje de pacientes que opinan que siempre o casi siempre, su médico de cabecera les dedica el tiempo que necesitan.

Sin significación estadística, aunque el límite de la misma, merece ser destacado el hecho de que el porcentaje de pacientes que opinan que el personal administrativo puso siempre o casi siempre interés en ayudarles, cuando tuvieron que resolver algún problema de tipo administrativo es menor en la Gerencia de Lorca con respecto a la de Murcia.

Obj. 2.

En las oportunidades de mejoras por dimensiones se encontró:

- Accesibilidad:

  - Sólo un 36,0% de pacientes opinan que consiguieron cita por teléfono sin dificultad la última vez que llamaron al centro de salud

  - Un 20,1% de pacientes opinan que no fueron atendidos por su médico de cabecera en su domicilio, siempre o casi siempre que lo necesitaron. Siendo esta cifra de 21,4% respecto al personal de enfermería.

- Calidad científico - técnica:

De los diecisiete indicadores de calidad científico - técnica que recoge la encuesta merecen una especial atención por sus deficientes resultados en calidad percibida los siguientes:

- El 66,6% de los pacientes que opinan que el personal administrativo puso interés en ayudarles, siempre o casi siempre, cuando tuvieron que resolver algún trámite o problema administrativo.

- El 59,3% de los pacientes que valoran como buena o muy buena la profesionalidad del personal administrativo que trabaja en su centro de salud.

- El 46,9% de los pacientes que opinan que en su centro de salud se preocupan por hacerles revisiones y pruebas para prevenir enfermedades.

- También hay un 24,4% de pacientes que opinan que su médico de cabecera no les dedica el tiempo que necesitan, siempre o casi siempre.

- Un 23,6% de pacientes que opinan que su médico no se preocupa siempre o casi siempre de aclararles todas las dudas sobre su enfermedad.

- Y que hay un 21,8% de pacientes que no valoran como buena o muy buena la atención recibida en urgencias en su centro de salud.

Y finalmente, aunque el indicador porcentaje de pacientes que calificarían como buena o muy buena la atención domiciliaria recibida por los médicos ofrece una cifra del 80,4%, se debería tener en cuenta que todavía un 19,6% de pacientes consideran que esto no es así.

- Infraestructura:

Hay un amplio margen de mejora en esta dimensión a nivel regional y en las tres Gerencias en los indicadores investigados en esta encuesta:

- El 65,4% de los pacientes para los que su impresión actual sobre las instalaciones del centro de salud es que todo estaba en buenas condiciones.

- El 31% de los pacientes que opinan que su centro de salud cuenta con el personal y los medios necesarios para atender a la población.

- Organización:

- El 61,9% de los pacientes que opinan que su centro funciona bien o muy bien cuando es necesario asistir a la consulta del médico sin tener cita.

- Un 18,5% de los pacientes opinan haber visto fumar en el centro de salud lo cual incumple la normativa vigente.

- Tiempos de espera:

Existe una amplia oportunidad de mejora respecto a esta dimensión en cada uno de los indicadores investigados en esta encuesta. La Gerencia de Cartagena presenta un valor menor, estadísticamente significativo, respecto a la media Regional en los indicadores:

- El 31,5% de los pacientes opinan que, siempre o casi siempre, se les atiende habitualmente a la hora a la que tienen consulta médica.

- El 21,5% de los pacientes opinan esperar habitualmente poco o muy poco para entrar a la consulta de su médico de cabecera.

- Trato

  - El 31,2% de los pacientes opinan que cuando necesitaron análisis esperaron poco o muy poco tiempo para que les dieran los resultados.

  - El 36,4% de los pacientes opinan que cuando necesitaron radiografías esperaron poco o muy poco tiempo para que les dieran los resultados.

  - El 22,7% de los pacientes opinan que cuando necesitaron otras pruebas esperaron poco o muy poco tiempo para que les dieran los resultados.

  - El 62,1% de los pacientes que califican como bueno o muy bueno el trato que reciben del personal administrativo que trabaja en su centro de salud.

Puntos fuertes por dimensiones

Se han considerado como puntos fuertes aquellos indicadores igual o mayores al 80%.

- Accesibilidad:

  - El 91,4% nunca o casi nunca han tenido dificultades para obtener recetas de las medicinas que necesitaban.

- Calidad científico - técnica:

  En el área de consulta

    - El 88,7% ha tenido confianza con su médico para contarle todo lo que quieren decir.

    - El 91,5% no tuvo muchas interrupciones mientras les estaban atendiendo la última vez que acudieron a consulta con su médico.

    - El 81,2% tiene confianza en que, siempre o casi siempre, su médico, sabe lo que tiene que hacerles.

    - El 81,6% asegura que les manda análisis, radiografías y pruebas siempre que son necesarios.

    - El 89,7% afirma que su médico de cabecera conoce sus enfermedades y problemas de salud.

    - El 81,5% expresa que les envió a consultar con un médico especialista siempre que fue necesario.

  En relación con la atención domiciliaria:

    - El 83,9% la atención domiciliaria recibida por enfermería la califican como buena o muy buena.

- Trato

  - El 96,2% no recibieron un trato distinto al de otros pacientes cuando les atendieron en su centro de salud.

  - El 89,2% califican como bueno o muy bueno el trato que reciben del personal médico que trabaja en su centro de salud.

  - El 83,4% de los pacientes califican como bueno o muy bueno el trato que reciben del personal de enfermería que trabaja en su centro de salud.

- Organización

  - El 93% de los pacientes opinan que nunca o tan sólo en alguna ocasión, se les ha perdido en su centro de salud algún documento relacionado con ellos.

Obj. 3.

Conocimiento de la opinión de los usuarios sobre diversos aspectos del proceso asistencial.

Mediante un análisis de las preguntas abiertas se han conocido en directo la opinión de los usuarios sobre la asistencia que se les está prestando.

Obj. 4.

Propuestas de medidas correctoras.

- Información a los Equipos Directivos y Coordinadores de Calidad de los resultados obtenidos.
- Propuestas de medidas correctoras individualizadas por centro:
  - Modificación de los sistemas de registros.
  - Reorganización del trabajo.
  - Información y formación a profesionales de los centros.
  - Identificación de las mejores prácticas intercentro para realizar benchmarking.
  - Información de los resultados al usuario.

CONCLUSIONES:

1. Tasa de respuesta buena.
2. Valoración de la calidad y satisfacción elevada.
3. Las oportunidades de mejora se concentran en disminuir los tiempos de espera, mejorar la profesionalidad y trato del personal administrativo y accesibilidad respecto a la obtención de cita.
4. Los resultados ofrecen un perfil de la situación actual de la Región y permiten establecer indicadores a nivel regional y de centro proporcionando una línea base para que cada centro pueda identificar oportunidades de mejora y orientar las medidas de intervención.

58 Evaluación y mejora de la calidad asistencial prestada a los pacientes con Parada Cardiaca Extrahospitalaria en la Región de Murcia

Investigador principal:	Requena Meana, Luis Enrique
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/04
Año:	2005
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Gerencia de Emergencias 061
Departamento/servicio/unidad:	Gerencia
Ayuda concedida:	3.000 euros
Fecha de inicio:	Marzo de 2006
Duración:	25 meses
Palabras clave:	Parada cardiaca. Sistemas de emergencia. Calidad asistencial. Muerte súbita. Desfibrilación semiautomática

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Definición de las variables a estudiar y el método de obtención de las mismas, para lo cual se siguió la normalización internacional conocida como "Modelo Utstein", en su aplicación concreta para paros cardiacos extrahospitalarios.
2. Desarrollo de un registro de parada cardiaca extrahospitalario para la Gerencia de Emergencias 061 de Murcia, con un formulario específico que recogía la mayoría de las variables del estudio.
3. Se desarrolló una campaña de difusión del formulario de registro de paradas cardiacas entre el personal asistencial de la Gerencia de Emergencias 061, así como del estudio puesto en marcha.
4. Recogida sistemática de los datos generados en las asistencias a los paciente con parada cardiaca, a través de los casos comunicados espontáneamente a través del formulario específico, junto a la revisión exhaustiva de las historias clínicas generadas en todas las asistencias prestadas por la Gerencia de Emergencias 061, durante el tiempo de estudio.
5. Mecanización de los datos recogidos y análisis de la información disponible sobre las asistencias a pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria que desarrollaron todas y cada una de las unidades medicalizadas de emergencias (UME) de la Gerencia de Emergencias 061, durante el periodo de estudio.
6. Identificación de oportunidades de mejora y propuesta de medidas correctoras a la Gerencia de Emergencias 061, en relación con la asistencia de pacientes con cuadro clínico de parada cardiaca extrahospitalaria (en desarrollo en el momento actual).

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo.

Universo: Todos los pacientes con parada cardiaca atendidos por once Unidades móviles de Emergencias (UME) extrahospitalario 061 distribuidas estratégicamente por toda la Región de Murcia, las 24 horas del día.

Muestreo: Los pacientes atendidos por el sistema de emergencias extrahospitalario 061 durante el periodo de seis meses.

Ámbito de estudio: Unidades móviles de la Gerencia de Emergencia de Murcia.

Sujeto de estudio: Se estudiaron todos los casos de pacientes atendidos por el Sistema de Emergencias 061 con el diagnóstico de parada cardiaca extrahospitalaria, durante dos periodos de tiempo separados por un intervalo de análisis de los datos iniciales y puesta en marcha de medidas correctoras. Previamente se diseñó e implementó en la Gerencia de Emergencias 061, un Registro de PCR siguiendo el modelo estandarizado "Utstein".

RESULTADOS:

Primera parte

- El 66,67% de los pacientes no recibió maniobras de soporte vital avanzado por parte del personal de las UME. El 28,84% recibieron soporte vital avanzado sin obtenerse recuperación de la circulación espontánea, mientras que el 4,49% de los mismos recuperaron la actividad cardiaca y circulación espontánea tras la aplicación de medidas de soporte vital, y fueron derivados a un centro hospitalario.

- El 3% de los casos atendidos fueron comunicados activamente por el personal asistencial, frente al 97% de los casos cuya información se obtuvo a través de las historias clínicas.

Segunda parte

- El 68,6% de los pacientes no recibió maniobras de soporte vital avanzado por parte del personal de las UME. El 28,5% recibieron soporte vital avanzado sin obtenerse recuperación de la circulación espontánea, mientras que el 2,90% de los mismos recuperaron la actividad cardiaca y circulación espontánea tras la aplicación de medidas de soporte vital, y fueron derivados a un centro hospitalario.

- La información clínica fue obtenida a través de la historia clínica en el 89,5% de los casos, mientras que el 10,5% fue comunicada activamente a través de la hoja específica diseñada al efecto.

CONCLUSIONES:

1. Se identificó la necesidad de una mayor concienciación e implicación del personal asistencial de la Gerencia de Emergencias 061 en la obtención de datos prospectivos en las asistencias a víctimas de parada cardiaca extrahospitalaria.

2. La campaña de difusión de los resultados obtenidos en la primera parte del estudio se tradujo en una mayor tasa de comunicación activa de los casos, lo que mejoró la calidad de la información relativa a los pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria, sin conseguirse la comunicación sistemática a través de la hoja de registro específica.

3. Son necesarios estudios adicionales que analicen específicamente los retrasos en la atención de los pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria.

4. La letalidad de la parada cardiaca extrahospitalaria en nuestro medio, en consonancia con las amplias series publicadas, es extremadamente elevada, lo que obliga a la monitorización continua de los resultados y calidad de la asistencia prestada a dichos pacientes.

5. Se comprueba la necesidad de continuar medidas encaminadas a aumentar el grado de motivación del personal asistencial con la producción de datos fiables sobre las circunstancias relativas a los casos de parada cardiaca extrahospitalaria.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Requena L, Expósito J, Fernández PI, Gómez-Larrosa I, Pérez-Flores E, Tornel J, Hernández PM, Celdran F, Horn R. Region of Murcia "061" Emergency Medical Services system. Population-based study of out-of-Hospital cardiac arrest attended by an emergency medical service system. 9th Scientific Congress of the European Resuscitation Council. Gante (Ghent, Belgium). May 22 a 24, 2008.

59 Evaluación y mejora de la calidad pre-analítica en los puntos periféricos de toma de muestras del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia

Investigador principal:	Pérez Ayala, Millán
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/05
Año:	2005
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Análisis Clínicos
Ayuda concedida:	2.500 euros
Fecha de inicio:	Marzo de 2006
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Fase pre - analítica. Calidad. Puntos periféricos de toma de muestras

OBJETIVOS ALCANZADOS:

Al cierre del proyecto se ha alcanzado los objetivos propuestos en el proyecto de investigación:

1. Conocemos el error pre-analítico y su significación de las muestras tomadas en los centros periféricos.

DISEÑO:

Ámbito de estudio: Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Sujeto de estudio: Muestras procedentes de 15 centros periféricos de referencia (fase preanalítica) que remiten muestras al laboratorio del hospital, y que incluye: extracción, identificación y transporte al laboratorio.

RESULTADOS y CONCLUSIONES:

1. Los resultados muestran que no existen diferencias clínicamente significativas entre las muestras obtenidas en los centros periféricos y las que se extraen en las dependencias del hospital, ya que en todos los puntos, las muestras cumplen el criterio de "idéntico" o "aceptable".

2. Aún siendo un buen resultado, hemos querido realizar las visitas a los centros de extracción, en primer lugar para comunicarles personalmente los resultados, y luego para comunicarles otra serie de incidencias que se registran, como el numero de sueros hemolizados, informarles de la petición de nuevas pruebas, etc., con objeto de mantener una comunicación fluida y que se sigan mejorando los resultados.

3. Podemos concluir que el actual sistema de toma de muestras en los puntos periféricos es válido, ya que cumple con los requisitos de calidad exigidos para tal fin.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Pérez-Ayala M, Gómez-Franco M, Noguera-Velasco JA, Avilés-Pérez A, Martínez-López A, Martínez-Hernández P. Calidad pre- analítica en los puntos periféricos de toma de muestras del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de la Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 78.

2. Pérez-Ayala M, Avilés-Pérez J, Noguera-Velasco JA, Acevedo-Alcaraz C, Gómez-Franco M, Martínez-Hernández P. Calidad en la fase pre-analítica: registro de sueros homogenizados. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de la Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 81.

60 Mejora del proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ventilación mecánica no invasiva, mediante una vía clínica basada en la evidencia

Investigador principal:	Sánchez Nieto, Juan Miguel
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/08
Año:	2005
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Neumología, UCI, Urgencias, Medicina Interna, Calidad, SAU
Ayuda concedida:	6,800 euros
Fecha de inicio:	Marzo de 2006
Duración:	26 meses
Palabras clave:	Vía Clínica. EPOC. Ventilación

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Diseño de una vía clínica basada en la evidencia (VCbe), siguiendo una metodología rigurosa, combinando métodos de consenso formal (experiencia interna) y revisión crítica de la literatura científica existente (experiencia externa).
2. Implantación y despliegue de la Vía Clínica en el Hospital (Servicios implicados en el proceso asistencial).
3. Demostración de la mejora de la efectividad de los pacientes incluidos en la vía clínica frente a cohorte histórica de pacientes manejados de forma convencional.
4. Obtención de productos: Manual de uso de la VNI. Cuaderno de Autoayuda para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional con cohorte prospectiva de un año, comparada con cohorte histórica de pacientes con igual proceso asistencial y marco temporal. Analítico, observacional, ambispectivo con cohorte prospectiva de pacientes seguida durante un año, comparada con cohorte histórica de pacientes con idéntico proceso asistencial y marco temporal.

Criterios de evaluación: Medición de 6 criterios de calidad para valorar la atención de los pacientes con EPOC y ventilación no invasiva (VNI) antes de implantar la VC: Cr 1. Gasometría arterial previa al inicio de la ventilación; Cr 2. Parámetros ventilatorios en hoja de tratamiento; Cr 3. Parámetros O2 en tratamiento y programado en ventilador; Cr 4. Gasometría arterial 1-3h tras inicio de la ventilación; Cr 5. Fugas menores de 40 L/min. detectadas por el ventilador y Cr 6. Registro de complicaciones cutáneas en historia de enfermería.

Ámbito de estudio: Hospital Morales Meseguer (UCI, Neumología, Urgencias y Medicina Interna).

Sujeto de estudio: Pacientes ingresados en el hospital con diagnóstico de EPOC y exacerbación que precisan durante su estancia asistencia ventilatoria sin intubación orotraqueal. Criterios de inclusión: EPOC exacerbado con acidosis respiratoria que precisan VNI. Criterios de exclusión: enfermedades concomitantes que requieren tratamiento específico.

RESULTADOS:

1. Resultados diseño e implantación Vía Clínica

Preparación: Grupo multidisciplinar con 18 profesionales (facultativos y enfermeros). Seis reuniones con metodología de consenso formal.

Evaluación de seis criterios de calidad (Cr) en 150 pacientes, (270 mediciones). Incumplimientos de criterios: Cr 1 (Existencia de gasometría previa al inicio de VNI) = 35,1%; Cr 2 (Registro en hoja de tratamiento de parámetros ventilatorios y horario) = 55%, Cr 3 (Registro en hoja de tratamiento de FiO2 y/o flujo O2 y coincidencia con el aplicado al paciente) = 57%; Cr 4 (Existencia de gasometría de control entre 1 y 3 horas del inicio VNI) = 57%, Cr 5 (Comprobación de fugas por mascarilla inferiores a 40 L/min.) = 38%, Cr 6 (Registro en historia clínica de complicaciones cutáneas) = 76%. Mortalidad UCI: 6,7%, mortalidad hospital: 19,3%. Revisión de seis guías de Práctica Clínica:

Síntesis evidencia con 26 recomendaciones.

Plan de formación: 22 cursos "formato taller" a 180 profesionales.

Plan de difusión y despliegue: cinco presentaciones plenarias, instalación de documentos en ordenadores servicios implicados, impresión y reparto de manuales.

2. Resultados efectividad Vía Clínica

- De noviembre 2006 a mayo 2008 (VC) y enero de 2004 a octubre 2006 grupo control (GC) se incluyen un total de 128 pacientes, 64 por cada grupo. 98 varones (76,6%), 30 mujeres (23,4%), edad media: 70,4 ± 14,4. No existen diferencias en características basales ni en las causas de exacerbación o procedencia, entre ambos grupos del estudio. Los parámetros clínicos de gravedad al inicio: SAPS II, APACHE II, Glasgow, tampoco muestran diferencias, salvo en la relación PaO2/FiO2: 221 ± 77 (VC) vs. 186 ± 27 (GC) (p >0.001) En los parámetros de aplicación de la Ventilación Mecánica existen algunas diferencias entre ambos grupos. Las presiones inspiratorias mayores y espiratorias menores, al comienzo y al final de la instauración de la VNI en el grupo de pacientes incluidos en la VC, con diferencias significativas, respecto al grupo control, indican una selección más rigurosa de estos parámetros lo que puede indicar un seguimiento de los protocolos desarrollados con la puesta en marcha de la VC.

- Este ajuste más óptimo de la VNI explica que se requiera menor fracción inspiratoria y menor flujo oxígeno para ventilar a los pacientes en el inicio y al final de la instauración de la VNI en el grupo de pacientes incluidos en la vía clínica. Los parámetros evolutivos gasométricos y respiratorios muestran una menor frecuencia respiratoria en el Grupo VC 22.8 5.3 vs. 26.6 4.1 (p< 0.001). También la relación PaO2/FiO2 al final de la VNI es más favorable en el grupo VC que en el GC (269 ± 77 vs. 214 ± 60; p = 0.014). La misma significación encontramos al analizar Ph, PaC O2, bicarbonato, frecuencia respiratoria y TA media al final del periodo de ventilación mecánica.

- El número de pruebas solicitadas es significativamente menor en el grupo VC que en el GC para todos los tipos de pruebas analizadas en el estudio: gasometrías, radiografía de tórax, bioquímicas, hemogramas y coagulaciones. La media del número de días sin antibiótico también es menor para el Grupo VC (8,4 ± 4.1) vs. GC (11.2 ± 3.7); p< 0.001.

- Las variables de resultado que exploran la efectividad de la VC, objetivo principal de este estudio demostraron que no existen diferencias en la puntuación media de la satisfacción global con la atención recibida entre ambos grupos. Días de estancia media hospitalaria en el Grupo VC: 11,7 ± 7,6 vs. 13,8 ± 7,1 (GC) (p= 0,140). Estancia media en UCI en el Grupo VC: 3,6 ± 2,0 vs. GC: 4,4 ± 1,8 (p = 0,033). Debido a la limitación temporal para los reingresos por la elaboración de la memoria se han analizado hasta el 1 de junio de 2008, incluyéndose 17 pacientes en el grupo VC y 30 en el GC sin observarse diferencias entre ambos grupos. Mortalidad en el Grupo VC: 7 (11,5%) vs.: 13 (20,3%) en GC (p= 0,178).

- El porcentaje más bajo de cumplimiento de protocolos elaborados a raíz de la puesta en marcha de la VC se ha observado en el adiestramiento de inhaladores, sólo en 22 pacientes (37,3%) (protocolo de enfermería de hospitalización) y los cumplimientos más elevados, por encima del 90%; en los registros de la ventilación en la historia de enfermería, en la elección del antibiótico (protocolo médico) y en el protocolo de nebulización. Indicador de implantación de la vía clínica: 12,5% de exclusiones.

- El número de complicaciones registradas en el grupo de pacientes VC ha sido menor que en el GC (p= 0.033).

- El cálculo de costes se ha realizado por estimaciones a partir de las medias obtenidas en las solicitudes de pruebas y días de estancia (en UCI y hospitalización) según las tarifas facilitadas por la Unidad de Control de Gestión válidas para 2008. No ha sido posible realizar un cálculo exacto de coste por proceso debido a la imposibilidad de disponer de estos datos para un elevado número de pacientes de la VC, hasta el cierre del ejercicio actual.

- La estimación del ahorro conseguido con la vía clínica tras comparar el coste medio de ambos grupos, según tarifas de 2008, es de 48,448 euros.

CONCLUSIONES:

1. El análisis de situación detectó problemas de calidad asistencial en la aplicación de la Ventilación no Invasiva que justificaban la implantación de una VC.
2. El diseño y la implantación de la vía clínica han generado numerosa documentación y un amplio plan formativo.
3. Existe mayor efectividad en el grupo de pacientes de la VC frente a los controles con mejoras significativas en: estancia media, complicaciones, pruebas realizadas y días de antibióticos
4. La estimación de coste medio es menor en el grupo de pacientes de la VC, este hallazgo junto a la mayor efectividad, indican un manejo más eficiente del proceso asistencial.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, Menchón PJ, Gandía M, Caballero J, Paz L. Diseño e implementación de una vía clínica basada en la evidencia para un proceso médico: EPOC con ventilación no invasiva. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 73.

2. Sánchez-Nieto JM, Menchón-Martínez PJ, Carrillo-Alcaraz A, Paz-Ramírez L, Caballero-Rodríguez J, Pérez-García MC. Preparación, elaboración e implantación de una vía clínica basada en la evidencia en enfermedad pulmonar obstructiva crónica con ventilación no invasiva. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2007. p. 81.

3. Sánchez-Nieto JM, Menchón-Martínez PJ, Carrillo-Alcaraz A, Paz-Ramírez L, Gandía M, García-Torres P. Mejora en la efectividad del proceso de EPOC con ventilación mecánica no invasiva, mediante una vía clínica. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2007. p. 145.

4. Grupo de trabajo proyecto PIEMCA/05-08 (2005-2008): Mejora del Proceso de la Enfermedad Obstructiva Crónica y Ventilación Mecánica No Invasiva, mediante una Vía Clínica Basada en Evidencia. Cuaderno de Autoayuda para pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Programa EMCA: Consejería de Sanidad, Universidad de Murcia, Servicio Murciano de Salud. 2008.

5. Grupo de trabajo proyecto PIEMCA/05-08 (2005-2008): Mejora del Proceso de la Enfermedad Obstructiva Crónica y Ventilación Mecánica No Invasiva, mediante una Vía Clínica Basada en Evidencia. Manual de Uso de Ventilación No Invasiva. Vía Clínica EPOC con VNI. Hospital Morales Meseguer. Murcia, marzo 2007.

61 Mejora en la adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en el Hospital José María Morales Meseguer

Investigador principal:	Soria Aledo, Victoriano
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/09
Año:	2005
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario José María Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Cirugía General
Ayuda concedida:	11.000 euros
Fecha de inicio:	Marzo 2006
Duración:	27 meses
Palabras clave:	AEP. Uso hospitalario. Utilización inadecuada de la hospitalización

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Evaluación de la adecuación de los ingresos y las estancias en el hospital José María Morales Meseguer en el año 2005 de forma global y por servicios, utilizando el protocolo Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).
2. Estudio descriptivo y comparativo de los factores con los que se asocia la inadecuación de ingresos y estancias.
3. Evaluación de la repercusión económica que suponen los ingresos y estancias inadecuadas.
4. Identificación de las causas y factores relacionados con dicha inadecuación.
5. Análisis de los datos y las causas más importantes de inadecuación en reuniones con los diferentes Servicios implicados y la Dirección del Hospital.
6. Propuesta e implementación de medidas para disminuir dicha inadecuación.
7. Reevaluación de la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias en una muestra de historias clínicas del año 2007 así como su repercusión económica y la comparación de los datos de ambas evaluaciones.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Universo: Historias clínicas de pacientes ingresados, durante más de 2 días, en el HMM durante los años 2005 y 2007.

Muestreo: La obtención de la muestra a estudio se realiza mediante aleatorización simple, mediante la generación de una tabla de números seudo aleatorios mediante ordenador.

La muestra se obtiene de los archivos de historias clínicas, bien en formato impreso o electrónico, de los archivos de los diferentes servicios clínicos del hospital. Se realiza una ponderación en la selección del número de historias a estudiar en cada uno de los servicios médicos en relación con el número de ingresos de cada uno de ellos.

Criterios de evaluación: Los indicadores que a continuación se exponen han sido medidos en los dos grupos de historias clínicas (control e intervención). Las medidas de intervención tomadas han sido las siguientes:

1. Información de los resultados de la primera evaluación en la Comisión Médica y Comisión Quirúrgica. Se han discutido los resultados y han salido propuestas de mejora.

2. Retroalimentación a los facultativos de los servicios clínicos que deciden sobre el ingreso y estancias en el hospital. Para ello se han organizado sesiones informativas con todos los servicios clínicos en las que se informaba de los resultados y se discutían las posible medidas que pueden mejorar la inadecuación en cada servicio.

3. Apertura de agendas extraordinarias de consulta externa en diversos servicios para agilizar el momento del alta y disminuir los ingresos innecesarios.

4. Difusión de la utilización del pre-informe de alta como medida para disminuir las estancias innecesarias.

5. Creación de un circuito de realización de estudios radiológicos preferentes ambulatorios desde el área de urgencias.

6. Creación de un circuito de realización de estudios radiológicos preferente ambulatorio para pacientes con diagnóstico o sospecha de enfermedad oncológica.

Indicadores de evaluación:

1. Nº de historia clínica.

2. Edad. Variable cuantitativa continua, expresada en años.

3. Sexo. Variable categórica.

4. Fecha de ingreso. Mediante esta variable se estudia el mes y el día de la semana tanto del ingreso como de las estancias estudiadas: variables cualitativas ordenadas.

5. Ingreso en periodo vacacional. Variable cualitativa. Se considera un ingreso o estancia durante vacaciones durante los meses de julio a septiembre, semana santa y fiestas de primavera así como la semana de navidad y año nuevo.

6. Días de estancia total en el hospital. Variable cuantitativa continua.

7. Especialidad clínica responsable: Servicio médico o quirúrgico que es responsable del paciente. Variable cualitativa. Se han agrupado en Medicina Interna, Cardiología, Infecciosas, Hematología, Otras médicas, Cirugía General, Traumatología y Otras quirúrgicas.

8. Diagnóstico. Referido al diagnóstico al alta del paciente que se codifica siguiendo las normas internacionales de la Clasificación CIE-9-MC y GRD. Variable cualitativa.

9. Tipo Ingreso. Variable categórica: programado o urgente.

10. Procedencia del ingreso. Variable cualitativa: urgencias, consultas, domicilio u otro hospital.

11. Índice ocupación del hospital el día del ingreso estudiado. Variable cuantitativa continua.

12. Índice de ocupación del hospital el día de la estancia estudiada. Variable cuantitativa continua.

13. Número de pacientes ingresados el día del ingreso estudiado. Variable cuantitativa continua.

14. Unidad de Enfermería donde está ubicado el paciente. Indicará si el paciente está en la planta correspondiente o no ("paciente periférico"). Variable cualitativa.

15. Criterios de adecuación de ingreso que cumple, según la clasificación de motivos de AEP.

16. Criterios de adecuación de estancia que cumple, según la clasificación de motivos de AEP. Causa de inadecuación de ingreso cuando el ingreso es inapropiado.

17. Causa de inadecuación de estancia cuando la estancia es inadecuada.

Ámbito de estudio: Hospital Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: 1.450 historias clínicas a las que se ha aplicado el protocolo de ingreso y el protocolo de inadecuación de estancias divididas en dos grupos: 725 historias de pacientes ingresados en el año 2005 (grupo control) y 725 historias de pacientes ingresados en 2007 (grupo intervención).

RESULTADOS:

1. De la muestra de pacientes, 813 (56,1%) son hombres y 637 (43,9%) son mujeres. La edad media es de 62 ± 19 años (rango: 11-97).

2. Ambos grupos (control e intervención) han resultado homogéneos, sin diferencias significativas, en cuanto a las variables: edad, distribución por sexo, distribución por servicio médico, mes y día de ingreso.

3. La estancia total en grupo control fue de 9.3 ± 8.2 días y en el grupo de intervención ha sido de 8.0 ± 6.9 días ($p < 0.001$).

4. Los pacientes periféricos (fuera de su unidad de enfermería) en el grupo control han sido 257 (35,4%) y en el grupo de intervención 175 (24,1%) con $p < 0.001$.

5. No ha habido diferencias en la proporción de pacientes ingresados de forma urgente o programada. Ambos grupos son homogéneos en la distribución de GRD, clasificación de diagnósticos agrupados CIE-9 y comorbilidades. El peso de los pacientes en el grupo control es de 1.8634 ± 1.6335 y en grupo intervención de 1.85763 ± 2.0959 con $p = 0.953$.

6. Inadecuación de ingresos.

a. Factores relacionados con la inadecuación de ingresos en el grupo control:

i. Comparando servicios médicos y quirúrgicos, la inadecuación de ingreso de los servicios médicos es del 10,9% y la de los servicios quirúrgicos del 1,3%. (p< 0.001).

ii. No hay diferencias estadísticamente significativas comparando la inadecuación de ingreso entre los distintos meses del año o entre los días de la semana.

iii. No hay diferencias estadísticamente significativas comparando los resultados de inadecuación del ingreso entre periodos vacacionales y los periodos laborales normales o dependiendo de que el ingreso se haga en fin de semana o día laborable.

iv. Los pacientes con mayor edad tienen menos inadecuación de ingreso que los más jóvenes (p= 0.01).

v. No hay diferencias significativas comparando los resultados de inadecuación de ingreso según el género (hombre/mujer) o el tipo de ingreso (programado/urgente).

vi. Atendiendo a los diagnósticos agrupados CIE-9, los trastornos mentales y las enfermedades del SNC y órganos de los sentidos son las de mayor inadecuación de ingreso con diferencias estadísticamente significativas. Las enfermedades del aparato genitourinario y las del aparato digestivo son las de menor inadecuación de ingreso.

vii. Atendiendo a los GRD y diferenciando entre GRD médicos y quirúrgicos, los médicos tienen un 9,5% de inadecuación y los quirúrgicos un 3,1%, (p= 0.002).

b. Inadecuación de ingreso. Comparación grupo control e intervención:

i. Globalmente considerados, la inadecuación de ingresos en el grupo control ha sido de 54 pacientes (7,4%). La inadecuación de ingresos en el grupo intervención ha sido de 23 pacientes (3,2%) con una disminución estadísticamente significativa (p< 0.001).

ii. La causa responsable de la mayoría de inadecuaciones de ingreso, "pruebas diagnósticas y/o tratamientos que pueden realizarse en consultas externas" se presenta en 46 (6,3%) pacientes del grupo control y en 22 pacientes (3,0%) del grupo intervención con p= 0.004.

iii. Con respecto a los servicios médicos, se ha producido una disminución en la inadecuación de la mayoría de ellos y de forma más evidente en aquéllos que tenían mayor inadecuación en el grupo control. El servicio de medicina interna tiene un 9,4% de inadecuación en el grupo control y 3,7% en el grupo intervención (p= 0.019); el servicio de cardiología tiene un 15% de inadecuación en el grupo control y 3% en el de intervención (p= 0.087); o el servicio de neurología tiene un 24,4% de inadecuación en el grupo control y un 4,8% en el de intervención (p= 0.025).

iv. En el estudio multivariante, considerando conjuntamente los grupos control e intervención, la inadecuación de ingreso se ha relacionado con la menor edad de los pacientes, el ingreso en neurología y el GRD de enfermedad hepatobiliar. Ver tabla siguiente:

Variable	Coeficiente β	OR	IC-95%	p
Periodo intervención	-1.101	0.333	0.192-0.577	<0.001
Ingreso Cardiologia	0.802	2.229	1.155-4.303	0.017
Ingreso Neurologia	1.335	3.802	1.868-7.738	<0.001
Ingreso Cirugía	-2.253	0.105	0.024-0.455	0.003
GRD Hepatobiliar-Páncreas	1.990	7.315	2.999-17.838	<0.001
Edad	-0.018	0.982	0.969-0.994	0.005

7. Inadecuación de estancias.

a. Factores relacionados con la inadecuación de estancias en el grupo control.

i. El Servicio médico con mayor inadecuación de estancias es cardiología con un 48,3% seguido de Otras médicas 39,8%, Traumatología 27%, Medicina Interna 23,4%, Infecciosas 17,5%, Cirugía General 13,0%, Otras quirúrgicas 13,0% y Hematología 4,9% ($p< 0.001$).

ii. Los pacientes quirúrgicos tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 18,1% y los médicos del 28,3% ($p< 0.001$).

iii. Los pacientes con ubicación fuera de su unidad de enfermería correspondiente (periféricos) tuvieron una inadecuación del 29,7% y los no periféricos del 21,8% ($p= 0.001$).

iv. No hubo diferencia en la inadecuación de la estancia entre los periodos vacacionales o los normales.

v. No hubo diferencias significativas en relación al día de la semana, fin de semana en relación a día laborable o el género del paciente.

vi. Con respecto al tipo de ingreso (programado/urgente) no ha habido diferencias significativas.

vii. Con respecto a la edad, los pacientes más jóvenes tienen más probabilidad de tener estancia inadecuada que los de mayor edad. ($p= 0.037$).

viii. Los pacientes con ingreso inadecuado tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 74,3% y aquellos con ingreso adecuado tuvieron inadecuación de estancia en un 20,7%. ($p< 0.001$).

ix. Atendiendo a los diagnósticos agrupados CIE-9, las enfermedades del SNC y órganos de los sentidos son, junto a las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades osteomioarticular y conectivo y trastornos mentales las de mayor inadecuación. Por el contrario las enfermedades neoplásicas y las respiratorias tuvieron un porcentaje de inadecuación menor. ($p< 0.001$).

x. Atendiendo a los GRD y diferenciando entre GRD médicos y quirúrgicos, el porcentaje de inadecuación de estancia de los médicos es de 34,1% y de los quirúrgicos del 25,8%. ($p= 0.025$).

xi. Existe una mayor inadecuación de las estancias cuando el índice de ocupación de camas del hospital es mayor (85,5% ± 6,6% versus 84,5% ± 6,5%; $p= 0.010$).

b. Inadecuación de estancias. Comparación grupo control e intervención:

i. Consideradas globalmente, el porcentaje de inadecuación de estancias en el grupo control ha sido del 24,6% (334 pacientes); en el grupo de intervención ha sido del 10,4% (137 pacientes), $p< 0.001$.

ii. Las causas que justifican la mayoría de inadecuaciones de estancia: "procedimiento diagnóstico o terapéutico que puede realizarse como externo", "paciente pendiente de resultados de pruebas diagnósticas" y "actitud conservadora del médico" han disminuido de forma estadísticamente significativa en el grupo intervención con respecto al grupo control.

iii. Los servicios médicos donde había mayor inadecuación en el grupo control son los que han disminuido de forma más significativa dicha inadecuación en el grupo control: así, Medicina interna ha pasado de un 22,7% de inadecuación a un 13,8% ($p< 0.001$); Cardiología ha pasado de un 48,3% a un 16,3% ($p< 0.001$); infecciosas de un 17,4% a un 6,9% (p0.132); neurología de 53,3% a 26,5% ($p< 0.001$); traumatología de 27,1% a 2,7% ($p< 0.001$) y digestivo de 50,0% a 23,6% ($p= 0.035$).

iv. En el estudio multivariante, considerando las estancias de los grupos control e intervención, la inadecuación de estancias se ha relacionado de forma significativa con ingreso inadecuado, ingreso a cargo de cardiología, digestivo o neurología, GRD médico, ingreso periférico y el diagnóstico según la clasificación CIE-9 de enfermedad del sistema nervioso central. Ver tabla a continuación:

Variable	Coeficiente β	OR	IC-95%	p
Periodo Intervención	-1.044	0.352	0.274-0.451	<0.001
Ingreso adecuado	-2.773	0.062	0.039-0.100	<0.001
Ingreso Cardiología	0.973	2.646	1.926-3.636	<0.001
Ingreso Hematología	-2.249	0.105	0.041-0.274	<0.001
Ingreso Neurología	0.957	2.604	1.724-3.934	<0.001
Ingreso Digestivo	0.746	2.109	1.187-3.747	0.011
Periférico	0.704	2.023	1.594-2.566	<0.001
Antecedente de ACxFA	-0.568	0.567	0.386-0.831	0.004
Antecedente de EPOC	-1.088	0.337	0.193-0.588	<0.001
GRD Q versus Médico	-0.646	0.524	0.396-0.694	<0.001

8. Coste de la inadecuación.

a. El coste de los días considerados inadecuados en la muestra estudiada, considerando el coste medio por paciente, servicio clínico responsable y día ha sido de 147.044 euros en el grupo control y de 66.462 euros en el grupo de intervención.

b. Extrapolando los resultados obtenidos al porcentaje de inadecuación de cada servicio clínico sobre el total de ingresos y estancias hospitalarias, hemos calculado el coste aproximado mínimo de los ingresos y estancias inapropiadas en los años 2005 y 2007 por Servicio y global del hospital que supondría 2.125.638 euros en año 2005 (grupo control) y de 960.761 euros en el año 2007 (grupo intervención).

CONCLUSIONES:

1. Las cifras de inadecuación de ingreso en el grupo control son sensiblemente inferiores a lo publicado en la bibliografía para hospitales generales de un nivel asistencial similar al HMM, aunque la inadecuación de estancia se sitúa dentro del rango habitual.

2. Aplicando sencillas medidas de intervención, es posible conseguir disminuciones importantes de las cifras de inadecuación de ingresos y estancias, consiguiendo con ello ahorrar costes o adecuar la utilización de los recursos hospitalarios para los pacientes que lo necesitan.

3. Se deberían implantar en todos los hospitales de la red pública medidas que disminuyen la inadecuación con el objeto de disminuir el gasto sanitario y sobre todo para utilizar los recursos de un hospital de agudos para los pacientes que realmente lo necesitan, ya que el estudio de la inadecuación de utilización hospitalaria sin el objetivo de mejorar la inadecuación carece de sentido.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Fernández-Marín MP, García-Ruipérez D, Aguayo -Albasini JL. Estudio de la adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en el Hospital J.M. Morales Meseguer utilizando el AEP. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 70.

2. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Alcaraz-Martínez J, Aguayo-Albasini JL. Estudio de la adecuación y estancias en un hospital general utilizando como herramienta el Appropriateness Evaluation Protocol. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 25 Congreso de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2007. p. 106.

3. Soria Aledo V, Carrillo Alcaraz A, García Ruipérez MD, Leal Llopis J, Hernández Ferrandis MC, Alcaraz Martínez J. Mejora en la inadecuación de ingresos y estancias mediante la retroinformación a los facultativos responsables. XIII Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Murcia 5 y 6 de junio 2008.

4. Soria Aledo V, Carrillo Alcaraz A, García Ruipérez MD, Campillo Soto A, Flores Pastor B, Aguayo Albasini JL. Factores relacionados con la inadecuación de ingresos y estancias en un hospital general utilizando el AEP. XIII Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Murcia 5 y 6 de junio 2008.

5. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Leal-Llopis J, Fernández-Martín MP, et al. Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. Am J Med Qual 2009;24(4):321- 332.

62 Hasta Que Tú Quieras

Investigador principal:	García de León González, Ricardo
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/13
Año:	2005
Organismo:	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
Centro:	Hospital Virgen del Castillo
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Pediatría
Ayuda concedida:	18.000 euros
Fecha de inicio:	Marzo de 2006
Duración:	18 meses
Palabras clave:	Lactancia materna. Calidad. Epidemiología

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Conocer la situación actual de la lactancia materna en el área

1.1. Impacto de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la comarca del Altiplano de Murcia.

Se dispone de los datos poblacionales de inicio de la lactancia (LM al alta) a partir del año 2003 y de muestras aleatorias de 1997 y 2001. Se han obtenido datos de duración de la lactancia materna total y de tiempo de LM sin biberones ni alimentación complementaria (LM Completa) de los años 2003 y 2005 de la base de datos OMI y se dispone de esos datos para muestras aleatorias de 1997 y 2001. Se ha realizado un análisis de la evolución de las tasas de LM desde 1997.

1.2. Medir las tasas de inicio, duración y exclusividad durante el 2005.

Completada la encuesta al 50% de la población y su seguimiento hasta los dos años, con menos de un 5% de pérdida de muestra.

1.3. Identificar diferencias significativas en cuanto a los índices de duración y exclusividad de la lactancia en las diferentes Unidades de Atención Primaria.

Este objetivo ha sido realizado con los datos obtenidos del año 2005.

2 Medir el nivel de cumplimiento de los pasos 3 y 6 de la IHAN

Este objetivo ha quedado cubierto con la reevaluación, en noviembre de 2007, del Hospital Virgen del Castillo por parte de UNICEF, que ha sido promovida por el Plan Regional de Fomento de la Lactancia Materna. El hospital ha sido reevaluado positivamente para la totalidad de los criterios de calidad de los 10 pasos de la IHAN.

3 Identificar oportunidades de mejora en las diferentes Unidades de Atención materno-infantil

Se han identificado oportunidades de mejora en todas las unidades materno-infantiles del área: maternidad/neonatos, paritorio/quirófano y atención primaria. Además se identificaron oportunidades de mejora en el área de la continuidad de cuidados y del entorno.

4 Registro Prospectivo de Lactancia: herramienta para evaluar el programa

El registro perinatal y de lactancia se ha puesto en red con lo que se puede abordar desde diferentes unidades asistenciales. Esto nos asegura la viabilidad del registro poblacional de lactancia referente a las primeras fases del proceso. Se han definido nuevas variables a incorporar en el registro.

Se han definido las variables a incluir en un futuro registro prospectivo sobre datos de LM.

Actualmente se está desarrollando la integración con los sistemas de información corporativos, con la finalidad de crear un registro poblacional prospectivo sobre alimentación infantil.

El desarrollo completo de este objetivo está vinculado a la implantación de la estación Clínica de Selene y a su integración con la Tarjeta Sanitaria, así como a la adaptación del registro de datos en OMI.

5 Analizar las expectativas de los destinatarios principales del proceso

Se han realizado una exploración de las necesidades y expectativas de madres y profesionales.

6 Objetivos de resultados: planteados como criterios globales para evaluar la calidad del programa HQTQ

Se han recogido datos de intención de lactancia materna a lo largo del año 2007 y actualmente se está realizando la recogida y análisis de los datos de seguimiento.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se trata de la primera fase de un estudio de diseño de calidad que se aborda a través de una metodología combinada cuantitativa y cualitativa.

Población: Díadas madre/hijo atendidas en los centros sanitarios del Área V de la Región de Murcia y los profesionales del área materno infantil de dichas instituciones.

RESULTADOS:

Obj. 1.

En este objetivo, se han intentado obtener datos de diferentes fuentes, con la finalidad de mejorar el alcance de las conclusiones.

- El notable incremento del inicio, duración y exclusividad de la LM en todas las fuentes de datos consultadas, invita a pensar que la IHAN es una intervención altamente eficaz, como se ha demostrado en otros estudios (PROBIT).

- Una de las líneas abiertas tras la finalización de este proyecto es la comparación de los datos del Área de Salud V con otra área de salud, para descartar que el aumento de las tasas de LM sea debido a otras causas diferentes de la implantación de la IHAN en Yecla.

- El estudio del año 2005, ha servido para comprobar la consolidación del efecto de la IHAN (ya evidenciado en 2003), así como la continuación de la mejora de las tasas de LM, lo cual puede interpretarse como la consecuencia de haber extendido la IHAN a toda el área de salud, con una mayor implicación de los centros de salud. La ausencia de diferencias entre los diferentes centros, sugiere que existe poca variabilidad en los cuidados a la LM.

- El resto de variables del modelo explicativo de abandono de la LMT del año 2005 corresponden con las descritas en la bibliografía, aunque en el área V de salud, influyen en una población con una duración mediana de la LM mayor que el entorno nacional. Es importante destacar que la población inmigrante presenta un menor riesgo de abandono de la LM que las madres españolas, a diferencia de otras regiones del mundo, donde los grupos poblacionales más desfavorecidos presentan mayor riesgo de abandono. Este dato hace suponer que los servicios prestados a las madres respecto a la LM, promueven en nuestra área la equidad en salud, aunque es necesaria más investigación a este respecto.

Obj. 2.

Este objetivo ha quedado cubierto con la reevaluación en noviembre de 2007, del Hospital Virgen del Castillo por parte de UNICEF, que ha sido promovida por el Plan Regional de Fomento de la Lactancia Materna.

Obj. 3.

El estudio de las necesidades ha sido realizado desde diferentes perspectivas metodológicas, lo que ha permitido una mayor riqueza en las descripciones de las mismas, así como una visión más amplia de las posibles oportunidades de mejora. Una consecuencia lógica de este proyecto ha sido la puesta en marcha de Acciones de Mejora tras la IOM.

De tipo estructural:

- Acondicionamiento de una sala para descanso de las madres con niños ingresados en neonatos (marzo 2006). Nota: las madres con niños ingresados en lactante permanecen con ellos todo el tiempo que deseen.

- Consulta de lactancia materna con teléfono-contestador 24 h (marzo 2006) y enfermera a tiempo completo.

- Cama-potro en noviembre 2007 (dentro del programa de humanización del parto).

Actividades de promoción:

- Presentación del proyecto a grupos de madres, en prensa, radio y TV local, autonómica y nacional (Canal 2, "La aventura del saber").

- Presentación del proyecto en diferentes foros científicos.

- Fiesta popular durante la semana mundial de lactancia.

- Carteles de promoción y del grupo Vínculo repartidos en todas las unidades materno-infantiles del área.

- II Encuentro de Grupos de Apoyo a la LM (oct. 2007.)

- Primer concurso fotográfico de LM.

Actividades de formación:

Sin duda ha sido donde más esfuerzo se ha realizado por varios motivos. Además de ser una de las necesidades más claramente identificadas por los diferentes grupos en el sentido de lograr las competencias necesarias para ofrecer una atención de calidad a la madre, la formación ha sido clave para desplegar la misión y visión del proyecto y trabajar conjuntamente los valores necesarios para consolidar el proceso de cambio. Por otra parte nos ha permitido crear un espacio de intercomunicación fundamental para mejorar e innovar.

- Curso de lactancia materna para profesionales (ediciones 2006 y 2007).

- Seminario de educación para la salud (mayo-junio 2007).

- Curso de consejería (octubre 2007).

- Seminario de investigación en LM (marzo-octubre 2007).

- Curso de habilidades en comunicación (diciembre 2007).

- Curso de metodología enfermera y taxonomías NANDA-NIC-NOC en 2007.

Ciclos de mejora:

- Ciclo de mejora sobre grietas. Diseño y se han realizado dos mediciones, pendiente de realizar la 3ª medición.

- Ciclo de mejora sobre el contacto precoz madre-hijo en los partos por cesáreas. Diseño y dos mediciones.

- Ciclo de mejora sobre exclusividad: se analizaron las causas y la identificación de criterios. Sólo se ha realizado una medición en un centro de salud.

Actividades de protocolización y diseño:

- Se han recogido y publicado en la intranet del área los protocolos de alimentación del lactante de todos los centros de salud del área (marzo 06).

- Se ha actualizado la política de lactancia materna del área respecto a los 10 pasos de la IHAN (año 2007).

- Actualmente existe un equipo de trabajo que está desarrollando la mejora de los instrumentos y procedimientos de información a las madres, que tendrá en cuenta la información obtenida a partir de los grupos de discusión de madres realizados durante el año 2007.

- Actualmente se sigue trabajando en el diseño del registro prospectivo para facilitar la continuidad de cuidados y la monitorización. Se han realizado esfuerzos notables para poder unir los registros de lactancia procedentes del hospital (registro del Servicio de Pediatría, actualmente en proceso de adaptación al entorno Selene) y los datos de OMI de los centros de salud relativos a la alimentación del niño.

Obj. 4.

Este objetivo es uno de los pilares estratégicos del proyecto HQTQ. El propósito de este registro prospectivo de lactancia de ámbito comarcal es:

- Evaluar el impacto de las prácticas asistenciales relacionadas con la lactancia (alimentación infantil) y específicamente el cumplimiento del objetivo general del proyecto.

- Conocer el impacto en salud del tipo de alimentación infantil durante los dos primeros años de vida.

- Como herramienta de calidad y monitorización de los indicadores desarrollados a lo largo del proyecto.

- Como soporte para progresar en la continuidad de cuidados.

Estos objetivos generales (propósitos), necesarios para enmarcar el diseño de un registro poblacional de área, se han ido desarrollando a lo largo de 2007.

Obj. 5.

El análisis de las necesidades y expectativas de las madres permite definir y reforzar algunas áreas de mejora relacionadas con los problemas detectados:

- La necesidad de formación en aspectos clínicos de la LM y en técnicas de consejería.

- El desarrollo de normas de actuación ante problemas concretos (protocolos), que permitan intervenciones consensuadas entre profesionales.

- La elaboración de material de educación sanitaria consensuado.

La información obtenida a partir de grupos de discusión de madres es además considerada muy valiosa por los profesionales. El grupo de trabajo para la mejora de los instrumentos y procedimientos de información a las madres, ha tenido en cuenta esta información para el desarrollo de sus actividades.

Obj. 6.

Existen dos momentos clave en la lactancia que merecen separarse para su mejor comprensión, en primer lugar la decisión sobre el tipo de lactancia, que normalmente tiene lugar durante el embarazo y en segundo lugar su mantenimiento, que depende de decisiones tomadas día a día tras el parto y que están influenciadas por las dificultades que la madre encuentra al mantener su decisión.

- Consideramos que el abandono de la LM antes del 4º mes está más ligado a las intervenciones de apoyo a la lactancia materna de los profesionales, mientras que el abandono posterior, tienen probablemente más relación con aspectos sociales, alejados de la influencia del sistema sanitario. Además la duración de la LM durante el embarazo o incluso al alta postparto parece demasiado alejada de los acontecimientos que se relacionan con la decisión materna de abandonar la LM.

- Así pues centrar la recogida de datos en la previsión de tiempo de amamantamiento que las madres tienen antes del parto tendría en cuenta la influencia de importantes variables como las actitudes, creencias, información o experiencia previa, pero dejaría de lado otras no menos influyentes en la decisión de las mujeres y que ocurren sólo tras el parto como la situación post-natal respecto a aspectos estructurales como el soporte social, trabajo, gasto o la posibilidad de las madres para adquirir la habilidad práctica necesaria.

- Dado que en el ánimo de este proyecto se incluye mejorar la calidad tanto de la atención prenatal como la postnatal se ha considerado conveniente incluir información sobre la intención de continuar amamantando en diferentes momentos del seguimiento tras el parto.

- También se pretende iniciar el proceso de validación de nuevos instrumentos de medida existentes en otros contextos culturales relacionados también con las decisiones de las madres como la valoración de las madres sobre la propia eficacia para amamantar y la satisfacción sobre su amamantamiento una vez concluido.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. García de León González R, Ruiz Guzmán L. HQTQ. As long as you'd like it. Presentación del Proyecto en Reunión Mundial de la IHAN. Breastfeeding in a global context. Berlín, Sep. 19 de 2006.

2. Alcaraz Quiñonero M, García de León González R. Hasta que tú quieras. Fomento de la Lactancia Materna. Antecedentes: acercamiento al problema. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2006. p. 55-57.

3. García de León González R. Lactancia materna "hasta que tú quieras". Un diseño de calidad. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 57-59.

4. Hernández Martínez M, García de León González R, Oliver Roig A, Mercader Rodríguez B, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA. Evaluación del impacto de la IHAN en las tasas de lactancia materna de nuestra área sanitaria. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 73-74.

5. Moya Redondo MA, López Cuadra MD, De la Cruz Pérez MA, Lozano Cerón MA, Jiménez Marco C, Grau Gandía S, Herrero Holgado MT, Piñeiro Albero R, Asunción Ortiza MT, García de León González R. El 4º paso de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños: puesta en práctica y seguimiento. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 98.

6. Bermúdez Bermúdez MJ, García Beltrán R, Ramos Gómez A, González Martín VE, García de León González R. Grietas e ingurgitaciones: ¿Cómo mejorar? En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 117.

7. García de León Chocano R, García de León González R, Muñoz Soto A, Pirla E, Hernández Martínez M, Peñas Valiente A, Mercader Rodríguez B, Gómez Ortigosa MA, Monreal Tomas AB, Igual Poveda MJ. Sistemas de información de lactancia materna. Un reto de futuro. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 124.

8. Montejano Lozoya R, Monreal Tomás AB, Armero Villar MJ, Castillo Garijo MI, Bermúdez Bermúdez MJ, García de León González R, Gil Villaescusa M, Marín Guirao C, Requena Huesca M. Bajo peso y lactancia materna: dos vidas unidas. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 126.

9. Monreal Tomás AB, García Beltrán R, Igual Poveda MJ, Maestre Martínez MI, García de León González R, Castillo Garijo MI, Bermúdez Bermúdez MJ, Mercader Rodríguez B, Armero Villar MJ, Mas Cerdán M. Importancia del apoyo a la madre lactante tras el alta hospitalaria. En: Libro de Actas: IV Congreso Español de Lactancia Materna. ERGON; 2006. p. 126-127.

10. García de León González R, Valverde Toledano A. La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños: un camino hacia la salud. II Jornadas de la Asociación de Matronas de Castilla la Mancha: Nuevos retos para la matrona. Alcázar de San Juan (Ciudad Real) 8 de Junio 2006.

11. Monreal Tomás AB, Bermúdez Bermúdez MJ, Castillo Garijo I, Montejano Lozoya R, García de León González R. Lactancia materna en neonatos de bajo peso. Otra forma de cuidar. VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XVIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. Jaén, 9, 10 y 11 de mayo 2007.

12. García de León González R, García Beltrán R, Mas Cerdán M, Monreal Tomás AB. Atención integral a la lactancia materna: programa Hasta Que Tú Quieras. VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XVIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. Jaén, 9, 10 y 11 de mayo 2007.

13. García Beltrán R, Monreal Tomás AB, Maestre Martínez MI, García de León González R. Consulta de lactancia materna. Estudio observacional. VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XVIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. Jaén, 9, 10 y 11 de mayo 2007.

14. Mas Cerdán M, Bermúdez Bermúdez MJ, García Beltrán R, Azorín López MC. Cuidados de las grietas e ingurgitaciones mamarias en maternidad y neonatos. VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XVIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. Jaén, 9, 10 y 11 de mayo 2007.

15. García de León González R, Oliver Roig A. La complementariedad metodológica aplicada a la detección de problemas y la exploración de necesidades y expectativas. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial; Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 92-93.

16. García de León González R, Oliver Roig A. La proyección de un programa de promoción de lactancia materna en los medios de comunicación. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial; Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 120-121.

17. Hernández Martínez M, García de León González R, Oliver Roig A, Moya Redondo A, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA, Mercader Rodríguez M. Evolución de las tasas de lactancia materna durante el proceso de implantación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de OMS/UNICEF. En: Libro de Actas: 56 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. An Pediatr (Barc) 2007;66(Supl.3):203-204.

63 Mejora de la calidad de los cuidados enfermeros en Unidades de Hospitalización mediante el estudio de causas y actitudes que dificultan la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

Investigadora principal:	Ruzafa Martínez, María
Referencia proyecto:	P1EMCA 05/14
Año:	2005
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Universidad de Murcia
Departamento/servicio/unidad:	Escuela de Enfermería
Ayuda concedida:	4.800 euros
Fecha de inicio:	Marzo de 2006
Duración:	11 meses
Palabras clave:	Calidad cuidados enfermeros. Barreras práctica EBE. Actitud hacia EBE

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Con respecto al primer objetivo del proyecto (Medir la actitud hacia la Enfermería Basada en la Evidencia EBE) se ha elaborado la Escala de Actitud hacia la EBE del personal de enfermería y se ha medido la actitud de los profesionales de enfermería de los tres centros hospitalarios que participaron en el estudio.

2. Con respecto al segundo objetivo del proyecto (Cuantificar las causas hipotéticas subjetivas que dificultan la práctica de la EBE) se ha elaborado el Diagrama de causa-efecto de las "Causas que dificultan la aplicación de la EBE", y mediante un cuestionario adaptado se han recogido las principales Causas que dificultan la aplicación de la EBE en una muestra representativa de los tres centros que participaron en el estudio.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio transversal, descriptivo, mediante una encuesta de causas hipotéticas y actitudes hacia la EBE.

Universo: Todos los profesionales de enfermería que trabajaban en las unidades de hospitalización de los hospitales universitarios murcianos: Hospital General Universitario Reina Sofía, Hospital Universitario Morales Meseguer y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Muestreo: Para la obtención de las unidades de estudio que componen la muestra se solicitó a los Directores de Enfermería (o subdirectores) de cada hospital participante en el estudio, un listado de personal de enfermería que se encontraba trabajando en las unidades de hospitalización en el momento de realizar el estudio. De cada listado se obtuvo una muestra aleatoria simple mediante la generación de una tabla de números aleatorios por ordenador. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado proporcional.

Ámbito de estudio: Hospital General Universitario Reina Sofía, Hospital Universitario Morales Meseguer y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Sujeto de estudio: Los enfermeros/as que trabajan en las unidades de hospitalización de los hospitales universitarios murcianos (Hospital General Universitario Reina Sofía, Hospital Universitario Morales Meseguer y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) que sean Diplomados Universitarios en Enfermería, que estén trabajando en el momento del estudio en una unidad de hospitalización, y que tengan experiencia en dichas unidades (que como mínimo hayan trabajado, de forma continuada, en Unidades de Hospitalización durante 5 meses.

CONCLUSIONES:

1. El cuestionario diseñado y elaborado para medir la Actitud de los profesionales de enfermería hacia la EBE presenta una adecuada fiabilidad (alfa de Conbrach de 0,916) y validez. Está constituido por 15 ítems que se agrupan en dos dimensiones: Factor 1 "creencias y afectos" y Factor 2 "conducta o intención de conducta hacia la EBE". Ambos factores explican casi un 55% de la varianza del constructo Actitud hacia la EBE.

2. La actitud global hacia la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) de los profesionales de enfermería de los hospitales universitarios murcianos es alta.

3. Los aspectos en los que muestran una peor actitud son los relativos a emplear su tiempo libre a aprender la práctica de la EBE, el escaso interés en la lectura de artículos científicos, y a la creencia de que aplicar este tipo de metodología entorpece el ritmo de trabajo.

4. Los aspectos en los que muestran una mejor actitud son los relativos a la satisfacción que les produce encontrar evidencias que apoyen los cuidados que practican, y en las creencias de que la investigación es importante para la práctica clínica enfermera, que ayuda a unificar criterios en la aplicación de los cuidados y que puede servir para mejorar los resultados en salud.

5. La actitud hacia la EBE es alta en los tres centros hospitalarios estudiados: Hospital Morales Meseguer (HMM), Hospital Reina Sofía (HRS) y Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA). Presentando el hospital Morales Meseguer una actitud más positiva que los otros dos centros. Dicha diferencia es estadísticamente significativa en la dimensión "intención de conducta".

6 En general tienen mejor actitud hacia la EBE los profesionales con menos de 15 años de experiencia profesional (diferencia estadísticamente significativa). Además, los profesionales que trabajan en el servicio de UCI también presentan una mejor actitud en comparación con los demás servicios.

7 La formación previa en cursos de EBE se relaciona con una mejor actitud hacia la EBE (diferencias estadísticamente significativas).

8 Las tres principales causas que dificultan la práctica de la EBE en unidades hospitalarias son: "No hay suficiente tiempo en el trabajo para llevar a cabo nuevas ideas", "La enfermera no está al tanto de la investigación enfermera" y "No se dan facilidades para la puesta en funcionamiento de la EBE".

9 De las cuatro dimensiones que componen el estudio de las causas que dificultan la aplicación de la EBE, la dimensión relativa a los aspectos estructurales y organizativos es señalada como la más importante en los tres centros hospitalarios estudiados.

10 En la dimensión Estructura las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "No hay suficiente tiempo en el trabajo para llevar a cabo nuevas ideas", "No se dan facilidades para la puesta en funcionamiento de la EBE", y "El resto del personal de enfermería no dará soporte a la puesta en funcionamiento de la EBE y "Los médicos no colaborarán en la puesta en funcionamiento de la EBE".

11 En la dimensión Profesional de Enfermería la principal causa que dificulta la práctica de la EBE es: "La enfermera no está al tanto de la investigación enfermera".

12 En la dimensión Investigación las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "La investigación no se replica, por lo que no se pueden corroborar los resultados", "La bibliografía divulga resultados contradictorios" y "No se tiene fácil acceso a los artículos de investigación".

13 En la dimensión Presentación de los resultados las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "La bibliografía relevante no está recogida en un solo sitio" y "Las implicaciones para la práctica que se derivan de las investigaciones, no se presentan con claridad en las publicaciones.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Rufaza M, López L, Madrigal M, Martínez JA, Sánchez JA, Velandrino P. Barreras que dificultan la práctica de la enfermería basada en la evidencia en los hospitales universitarios murcianos. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 53.

2. López L, Rufaza M, Madrigal M, Sánchez JA, Martínez JA, Velandrino P. Estudio cualitativo de la actitud de la enfermería basada en la evidencia. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VI Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2007. p. 53.

64 Sistema POSSUM: validación e implantación de una escala para la valoración del riesgo quirúrgico en los hospitales del Servicio Murciano de Salud

Investigador principal:	Campillo Soto, Álvaro
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/03
Año:	2006
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Cirugía General y del Aparato Digestivo
Ayuda concedida:	8.500 euros
Fecha de inicio:	Febrero de 2007
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Escalas de riesgo. POSSUM. Morbi - mortalidad ajustada

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Validar la escala de riesgo POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity) en los hospitales del Sistema Murciano de Salud (SMS).
2. Implantación y calibración informática del sistema POSSUM dentro del gestor electrónico SELENE.
3. Primeros estudios-piloto de medición de riesgo quirúrgico y homogeneización en la comparación entre pacientes y cirujanos, así como la implementación de medidas de mejora encaminadas a la mejora de la práctica clínica en el Servicio de Cirugía del Hospital Morales Meseguer de Murcia.
4. Elaboración y redacción de un artículo enviado a la revista de difusión internacional e indexada en Pubmed, "Cirugía Española".

DISEÑO:

Tipo de estudio: Se plantea realizar un estudio de validación e implantación de la escala de riesgo POSSUM en los servicios quirúrgicos de los hospitales del SMS, para ello se seleccionaron 3 hospitales, cada uno de un tamaño; con la finalidad de obtener datos representativos de los distintos tipos de hospital que puedan ser extrapolables al resto de hospitales del Sistema Nacional de Salud: 1) Hospital Virgen de la Arrixaca (más de 500 camas); 2) Hospital Morales Meseguer (entre 200-499 camas) y 3) Hospital de Caravaca (menos de 200 camas).

Muestreo: Aleatorio proporcional al número de ingresos quirúrgicos realizados en 3 hospitales de la Región de Murcia: HGU Morales Meseguer (40% del total); HGU Virgen de la Arrixaca (45%) y Hospital del Noroeste (15%). Se han seleccionado 180 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio. Se han seleccionado 2 observadores previamente instruidos y entrenados en el manejo de escalas de riesgo y en particular en el manejo de la escala POSSUM, para la evaluación de las historias mediante la escala POSSUM.

Ámbito de estudio: Servicios quirúrgicos del Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital Morales Meseguer y Hospital del Noroeste de Caravaca.

RESULTADOS:

1ª Fase del estudio (Validación de la escala POSSUM) Metodología:

Para el proceso de validación procedimos a la aplicación metodológica propia de los procesos de validación de escalas:

1.- Tamaño muestral: Para validar una escala se requiere un tamaño muestral mínimo de 10 sujetos por cada uno de los ítems a evaluar, por tanto, como la escala POSSUM se compone de 18 ítems (12 fisiológicos y 6 quirúrgicos), el número mínimo de pacientes necesarios para nuestro estudio era de 180.

Duración del estudio: Entre marzo de 2007 y julio de 2007, se reclutaron 180 pacientes por muestreo aleatorio proporcional al número de pacientes ingresados en cada Servicio de Cirugía de cada uno de los hospitales en estudio:

- HGU "JM Morales Meseguer" (40% del total) 72 pacientes.

- HGU "Virgen de la Arrixaca" (45% del total) 81 pacientes.

- Hospital del Noroeste (15% del total) 27 pacientes.

Desarrollo del proceso de validación:

1. Traducción de la escala seleccionada: Para el estudio utilizamos la traducción inglés-español que ya realizamos, validamos y publicamos (junio de 2006) en nuestro Servicio de Cirugía.

2. Prueba de valoración de comprensión de los distintos ítems de la escala: 2 evaluadores previamente entrenados aplicaron, de forma independiente y separada, la escala a las 180 historias clínicas de pacientes seleccionados previamente. Ambos evaluadores tenían un grado similar de entrenamiento y manejo de la escala seleccionada.

3. Confiabilidad interobservador: Se analizó la concordancia interobservador para aquellos ítems que podían estar sometidos a diferentes interpretaciones según el evaluador que aplicara la escala. De entre las variables del score fisiológico se estudian con este test: 1) estado respiratorio; 2) estado cardiovascular; 3) escala de coma de Glasgow; 4) electrocardiograma. De entre las variables quirúrgicas: 1) grado de la cirugía; 2) pérdida hemática intraoperatoria; 3) exudado peritoneal; 4) presencia o no de malignidad y 5) tipo de cirugía. Se evaluó la consistencia interna de la escala, aplicando el test alfa de Cronbach, como medida de la homogeneidad.

4. Tiempo medio de aplicación de la escala: Se recoge el tiempo que tardó cada observador en aplicar la escala a cada paciente. Se calcula el tiempo medio de aplicación.

5. Bondad de la prueba: Para evaluar la bondad de la prueba, procedimos al cálculo del área bajo la curva (ABC) tanto para la mortalidad como para la morbilidad, con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, mediante las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic). Estas curvas pueden tomar valores entre 1 (prueba perfecta) y 0,5 (prueba inútil), de modo que una prueba tendrá mayor capacidad de discriminación cuando su ABC se aproxime más al 1.

1ª Fase del estudio (Validación de la escala POSSUM) Resultados:

1. Prueba de valoración de comprensión de los distintos ítems de la escala: Para las variables cuantitativas no se encontraron diferencias en la interpretación y aplicación de sus categorías. Para las variables intraoperatorias, tampoco hubo diferencias. En cuanto a las variables cualitativas, hubo algunas diferencias en cuanto a diferenciación entre normalidad y patología leve, llegándose a un acuerdo entre los evaluadores, y formulando e incluyendo en el protocolo estandarizado de recogida de datos una descripción sobre lo que incluye y a lo que se refiere cada una de ellas.

2. Confiabilidad interobservador: No hubo diferencias significativas ni entre las variables fisiológicas ni entre las quirúrgicas para distintos observadores. Existiendo una concordancia mayor del 0,8 para todas las variables del score fisiológico, y un grado de concordancia entre el 0,7 y el 0,9 para las quirúrgicas.

En cuanto a la evaluación de la homogeneidad se observó una alfa de Cronbach de 0,8 para el score fisiológico y de 0, 72 para el quirúrgico.

3. Tiempo medio: fue de 8,5 minutos (rango: 4-15 minutos).

4. Bondad de la prueba: El ABC calculada para la mortalidad fue de 0,778 (IC95%, 0,678-0,878) y el ABC calculada para la morbilidad fue de 0,672 (IC95%, 0,612-0,732).

Por tanto, en base a estos resultados, podemos concluir que el proceso de validación de la escala POSSUM para los pacientes atendidos en los hospitales del SMS ha sido óptima, por tanto es una escala útil para el estudio de nuestros pacientes quirúrgicos.

2ª Fase del estudio (Implantación de la escala POSSUM) Metodología:

1º. Construcción de software para el cálculo de la escala POSSUM. Tras la elaboración del software-POSSUM que permite el cálculo automático del riesgo quirúrgico del paciente, procedimos a la valoración de su fiabilidad y reproductibilidad en cuanto a los datos obtenidos, para ello, comparamos los resultados obtenidos con el sistema informático, con los obtenidos mediante el cálculo manual por métodos tradicionales por dos observadores independientes. Además, se calcula el tiempo global del proceso en cada caso (tiempo global = tiempo de introducción de datos + cálculos matemáticos del riesgo).

2º. Fase de implantación del sistema POSSUM: de forma prospectiva se recogieron los pacientes intervenidos de forma programada en cirugía abdominal en el Servicio de Cirugía del HGU "JM Morales Meseguer", mediante recogida de sus datos al alta hospitalaria y a los 30 días de la cirugía, en consultas externas.

2ª Fase del estudio (Implantación de la escala POSSUM) Resultados:

1º. Construcción de software para el cálculo de la escala POSSUM:

- Se observó una correlación perfecta entre los resultados obtenidos por el sistema informático y el método manual tradicional.

- El tiempo medio global para el cálculo del riesgo quirúrgico fue de 6,3 minutos (rango: 5,5-11 minutos) para el sistema informático, frente a 9,5 minutos (rango: 7,1-15,5 minutos) para el método manual tradicional. Siendo las diferencias significativas a favor del sistema informático ($p < 0,005$).

2º. Fase de implantación del sistema POSSUM:

- La puntuación fisiológica media fue de 23,4 puntos (rango: 12-40 puntos), y la quirúrgica de 11,3 puntos (rango: 6-24 puntos). Fallecieron 9 pacientes (3,7%) dentro de los 30 días tras la cirugía; y 94 tuvieron algún tipo de morbilidad (38,7%).

- No se observaron diferencias significativas en cuanto a morbi-mortalidad en ninguno de los intervalos de riesgo calculados por el sistema POSSUM, excepto para la mortalidad en el grupo de riesgo < 20%, en que el POSSUM sobreestimó la mortalidad. En cuanto a mortalidad, nuestra serie presenta una ratio O:E muy favorable, ya que se observaron muchas menos muertes de las esperadas, mientras que para la morbilidad, nuestros resultados son muy similares a los esperados según la escala POSSUM.

- En cuanto a la morbi-mortalidad observada y esperada por cirujano. Podemos observar que las tasas de mortalidad por cirujano son similares o incluso inferiores a las esperadas según el sistema POSSUM; en cuanto a la morbilidad, observamos más variabilidad entre cirujanos; presentando 11 de ellos (73,3%) tasas de morbilidad dentro de lo aceptable como óptimo, mientras que en los otros 4 (26,7%), se ha observado un aumento significativo de la morbilidad por encima de lo esperado.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Campillo-Soto Álvaro, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Candel-Arenas M, Andrés-García B, Gervasio Martín-Lorenzo J, Aguayo-Albasini JL. Sistema POSSUM. Un instrumento de medida de la calidad en el paciente quirúrgico. Cir Esp. 2006;80(6):395-9.

65 Mejora de la calidad en la indicación y cumplimentación de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) mediante intervenciones normativas y asistenciales en un Área de salud de la Región de Murcia

Investigadora principal:	Martínez Jiménez, Alicia
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/04
Año:	2006
Organismo:	Servicios Centrales
Centro:	Dirección General de Régimen económico y prestaciones
Departamento/servicio/unidad:	Servicios Aseguramiento y prestaciones
Ayuda concedida:	4.900 euros
Fecha de inicio:	Febrero de 2007
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Oxigenoterapia domiciliaria. Calidad asistencial. Área de salud

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Evaluación del uso adecuado de la OD en el Área VI de Salud de la Región de Murcia en pacientes con prescripción "no definitiva" o transitoria (OD con menos de un año) desde la indicación inicial.
2. Evaluación del uso adecuado de la OD en 84 con prescripción definitiva (mayor de un año).
3. Análisis del cumplimiento terapéutico por los pacientes que reciben OD en el Área VI de salud de la Región de Murcia.
4. Análisis de la satisfacción de los pacientes con el servicio recibido.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Ciclo de mejora de calidad asistencial. Ensayo aleatorizado cuasi- experimental antes-después.

Aleatorización por estratos:

1. Pacientes con prescripción "no definitiva" o transitoria reciente (OD con menos de 1 año) desde la indicación inicial.

2. Pacientes con prescripción definitiva (> 1 año) de OD.

Universo: Pacientes a los que se les ha indicado OD pertenecientes al Área de Salud VI de la Región de Murcia.

Muestreo: Tamaño muestral: 162 pacientes. Se calcula aceptando una tasa de indicación inadecuada de OD del 30% y tras el ciclo de mejora una disminución del 15% (riesgo alfa del 0,05 y riesgo beta de 0,20).

Criterios de evaluación: Criterios de calidad en la indicación. Se entiende por indicación adecuada aquella en la que se han tenido en cuenta o están presentes criterios gasométricos, terapéuticos y formales o de prescripción.

Criterios gasométricos: 1) existe en la historia clínica del paciente o en algún informe una gasometría previa en la que se ha basado la indicación OD; 2) los valores de la gasometría: pO2 < 55 o entre 55/60 estando el paciente estable y 3) saturación del paciente en el momento de la entrevista </= 90%.

Criterios formales o de prescripción: 4) la indicación definitiva (más de 3 meses continuados de OD) la ha realizado un neumólogo; 5) el paciente posee un documento clínico donde consta el modo de administración con los siguientes subcriterios: 5.1) equipo: cilindro o botella, 5.2) dispositivo: cánula nasal o mascarilla tipo ventura, 5.3) dosis: flujo y número de horas al día, y 5.4) tiempo total de indicación en días y meses.

Criterios clínicos: 6) con la administración del flujo de O2 se consigue mantener una PaO2 > 60 mm Hg SaO2 >93.

Criterios de calidad en el cumplimiento. Se entiende por cumplimiento terapéutico cuando el paciente presenta adherencia a las indicaciones recibidas y el abandono del tabaco.

7) El paciente cumple al menos 15 horas al día y se confirma con el contador horario del equipo. Excepciones: el paciente no posee ninguna indicación por escrito donde se especifica el número de horas al día que ha de administrarse el oxígeno.

8) El paciente se pone el flujo indicado de la prescripción, con la excepción de no poseer la indicación por escrito.

9) El paciente no continúa el hábito tabáquico presentando en la cooximetría unos valores normales.

Ámbito de estudio: Área de Salud VI de la Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Pacientes a los que se les ha indicado OD pertenecientes al Área de salud VI de la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Desde febrero a diciembre de 2007 se evalúan un total de 389 pacientes, 249 mediante forma presencial (hospitalaria y domiciliaria) y 140 de forma no presencial (encuesta telefónica).

Se realiza una visita domiciliaria estructurada a 84 pacientes con indicación definitiva (tiempo transcurrido desde la indicación superior a 1 año): 60 varones (71,4%) y 24 mujeres (28,6%). La mayoría de pacientes pertenecientes al medio urbano (96%), con nivel de estudios básico (94%) y viven acompañados (91%) por dos o más miembros (89 %). En 33 casos (39%) no puede identificarse el médico que realiza la indicación. En esta población el servicio más prescriptor es Neumología (Hospital Morales Meseguer) en el 33% de casos, seguido de Medicina Interna (15%). Los centros más prescriptores son el Hospital Morales Meseguer (60%) y el Hospital-Fundación de Cieza (25%). El dispositivo más usado en el domicilio es el concentrador de oxígeno en 67 pacientes (89,3%) y se administra generalmente mediante cánulas nasales (96%). Entre los criterios evaluados destacan que en el 19% de casos el paciente dispone de un informe clínico donde figuran los datos de la prescripción (criterio 5) y menos de la mitad de pacientes (38%) cumplen las horas que tienen prescritas (criterio 8). Una cuarta parte de los pacientes continúan siendo fumadores activos a pesar de precisar oxigenoterapia continua domiciliaria.

Se realiza una visita hospitalaria estructurada a 152 pacientes con indicación reciente o transitoria (tiempo transcurrido desde la indicación inferior a un año). De éstos no acudieron a la cita en la consulta de Terapias Domiciliarias (TD) 27 casos (18%). Por lo que se incluye en el estudio los 125 restantes. El tiempo medio entre la indicación y la cita en la Consulta de TD es de 72,8 días +/- 61. La edad es de 77,2 +/- 11 años. El sexo de la población estudiada es de 72 varones (58%) y 53 mujeres (42%). De las indicaciones evaluadas 45 (36%) eran "paliativas". En 21 casos (17%) acudió un familiar a la consulta de TD en lugar del propio paciente. De las enfermedades responsables de la indicación de OD la EPOC es la más frecuente, 42 pacientes (33,6%) seguida de la neoplasia en 21 pacientes (16,8%). Los servicios prescriptores son Medicina Interna (Hospital Morales Meseguer) en 54 pacientes (43,2%); el Hospital de Molina, 17 pacientes (13,6%); Oncología, 13 pacientes (10,4%); Atención Primaria, 10 pacientes (43,2%); Neumología (Hospital Morales Meseguer) 7 pacientes (5,6%). En 29 casos (23,2%) no existe ningún documento clínico o informe médico donde se indica la oxigenoterapia, por lo que el criterio 2 ("en el informe médico se especifican todos los datos técnicos de la OD") sólo se puede medir en 96 pacientes (76,8%). En el 83% de los casos existe una gasometría arterial que sustenta la indicación de OD, pero en 25 casos (17%) no se puede evaluar el criterio 3. En casi la mitad de los casos estudiados, 60 pacientes (45 indicaciones paliativas y 15 sin datos gasométricos) no se puede medir el criterio 4 que valora el grado de acuerdo entre la indicación de OD y la normativa SEPAR de prescripción de oxígeno basada en parámetros gasométricos. Sólo el 38% de los pacientes cumplen los criterios normativos de indicación de la OD según la normativa SEPAR. Tras la comprobación de la "no indicación de OD" basada en la normativa SEPAR se retira oxígeno en 40 pacientes (83,3%) y en 8 pacientes a pesar de la orden médica, estos se niegan a la retirada del mismo (16,6%).

Se realiza una encuesta telefónica a 140 pacientes con indicación de oxígeno domiciliario. 96 varones (68,6%) y 44 mujeres (31,4%). El diagnóstico más frecuente fue la EPOC (28,6%). La indicación es urgente en 35 pacientes (25%) y no urgente en el resto. El tiempo de respuesta de la empresa suministradora había sido inferior a 24 horas en 129 casos (92%). El material suministrado era estéril en 97% de los casos encuestados y se entregó manual con instrucciones a 103 pacientes (73%). Recibieron adiestramiento sobre el funcionamiento del equipo en 102 casos (72,9%). El tiempo dedicado a la instalación y explicación de los equipos fue considerado suficiente por 132 pacientes (94,3%) y se obtuvo consentimiento informado en 40 casos (28,6%). Finalmente el grado de satisfacción fue valorado como bueno o muy bueno en el 95% de pacientes.

CONCLUSIONES:

1 Tras la evaluación del uso adecuado de la OD se evidencian graves problemas de calidad en la prestación (criterios gasométricos y clínicos).

- Sólo cumplen los criterios gasométricos de indicación un tercio de los pacientes con EPOC estable.

- La existencia de un tratamiento farmacológico óptimo en los pacientes con EPOC o asma que reciben tratamiento OD solamente se da en un pequeño número de casos.

2 Menos de la cuarta parte de los pacientes presentan POBRE ADHERENCIA al tratamiento con OD.

- Menos de la mitad de pacientes cumplen las horas que tienen prescritas y la cuarta parte continúa fumando.

3 Los criterios normativos son los que presentan mayores déficits de cumplimientos:

- En la mayoría de los casos, el prescriptor no describe los datos técnicos de la administración de oxígeno.

- El paciente no posee informe clínico alguno en la mayoría de pacientes evaluados.

4 La cumplimentación del consentimiento informado por parte de los pacientes que reciben oxígeno domiciliario es deficiente.

5 La encuesta telefónica de satisfacción sobre la atención prestada por la empresa suministradora presenta unos resultados favorables.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Bermúdez C, Sánchez-Nieto JM, Bernabeu R, Martínez-Jiménez A, Martínez-Corbalán A, Astorga M. Análisis del uso adecuado de la Oxigenoterapia Domiciliaria Crónica en un Área de Salud. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. 2008.

2. Andújar Espinosa R, Sánchez Nieto JM, Bernabeu Mora R, García Torres P, Carrillo Alcaraz A. Análisis de la calidad asistencial en la indicación de tratamiento paliativo con oxígeno domiciliario. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 129.

3. Bernabeu Mora R, Sánchez Nieto JM, García Torres P, Carrillo Alcaraz A, Andújar Espinoza R. Oxígeno domiciliario: calidad asistencial de la indicación inicial. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 231.

66 Diseño de una herramienta de evaluación de la calidad de sitios Web sanitarios

Investigador principal:	Moreno Rodríguez, Juan Manuel
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/05
Año:	2006
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Informática
Ayuda concedida:	7.900 euros
Fecha de inicio:	Febrero de 2007
Duración:	23 meses
Palabras clave:	Evaluación calidad. Modelado Lingüístico difuso. Sitios Web salud

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Se han definido las dimensiones y criterios que permitan evaluar la calidad de los sitios Web sanitarios a partir de las opiniones expresadas por los usuarios, utilizando la técnica de grupos focales.

2. Se ha diseñado una herramienta para la evaluación de la calidad de sitios Web que contienen información relativa al Síndrome de Apnea- Hipopneas del Sueño (SAHS). Para ello se han alcanzado los siguientes objetivos:

   - Construcción de un cuestionario para medir la calidad percibida y satisfacción de los usuarios de sitios Web relacionados con la salud.

   - Desarrollo de un programa informático para la administración del cuestionario. Se han implementado técnicas de modelado lingüístico difuso para el tratamiento de las respuestas.

3. Se ha validado la herramienta de evaluación de la calidad de sitos Web, mediante la realización de un pilotaje, en el que han participado médicos y pacientes, con objeto de obtener la valoración estadística de la validez y fiabilidad de la misma.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio cualitativo mediante la técnica de grupos focales.

Muestreo: Se seleccionó una muestra no aleatoria de la población de pacientes que acceden habitualmente a los sitos Web para obtener información sobre el SAHS.

Criterios de evaluación: Se contemplan 2 tipos de criterios: 1) criterios de valoración, basados en la opinión que aportan los usuarios sobre el sitio Web, por ejemplo, de satisfacción global, o de oportunidad de la información, o de comprensibilidad de la información, etc. y 2) criterios fácilmente objetivables, relacionados con ciertas funciones o elementos que debe incorporar el servicio que se presta al usuario y que no dependen de la opinión de este.

Ámbito de estudio: Región de Murcia.

Sujeto de estudio: Sitios Web que proporcionan información sobre el síndrome de Apneas-Hipopneas del sueño (SAHS).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Como primer resultado del proyecto, fruto de la investigación cualitativa llevada a cabo con médicos y pacientes, se han definido las dimensiones y criterios de calidad de los sitios Web que contienen información relativa al SAHS. A continuación se presentan las dimensiones identificadas y los principales criterios de calidad que se agrupan en cada dimensión.

1. Credibilidad: esta dimensión se refiere a aquellos aspectos que permiten a un usuario evaluar si el sitio Web es fiable o creíble. Entre los criterios de calidad que se consideran en esta dimensión son: Propietario del sitio Web (identificación de la organización o persona responsable del sitio Web); Contacto con el propietario (mostrar una dirección de contacto con el propietario del sitio); Fecha de actualización (mostrar la fecha de última actualización del sitio Web); Identificación de Financiadores (identificar los financiadores del sitio Web); Objetivos (mostrar los objetivos del sitio Web); Audiencia (identificar los destinatarios del sitio Web).

2. Contenido: esta dimensión está formada por aquellos criterios relativos a la calidad de contenido: precisión o exactitud de la información que se proporciona en los documentos del sitio Web; identificación de los autores de los documentos; referencias bibliográficas; fecha de publicación de los documentos.

3. Usabilidad: dimensión relacionada con los mecanismos o elementos de los que dispone el sitio Web para facilitar su uso: mapa Web, menús, preguntas más frecuentes (FAQ), buscador, descargas de documentos, y evitar publicidad emergente.

4. Enlaces Externos: esta dimensión se refiere a los enlaces que proporciona un sitio a otros sitios Web externos, que forman una estructura de información entre sitios, y permiten al usuario acceder a información adicional con un mínimo de esfuerzo. Criterios relacionados con esta dimensión: Diferenciar enlaces externos y Descripción de los enlaces externos (mostrar la descripción sobre el sitio Web enlazado).

5. Seguridad: fundamentalmente está relacionada con que el sitio Web presente una declaración de protección de datos de carácter personal.

6 Servicios interactivos: dimensión relativa a la capacidad de interacción que permite el sitio Web a través de servicios como: foros, preguntas, etc. Entre los criterios que agrupa esta dimensión destacamos: Identificación Administrador de Foros (identificar el administrador de los foros del sitio Web); Registro en Foros (exigir el registro del usuario para participar en el foro).

El principal resultado del proyecto es el cuestionario construido como herramienta para evaluar la calidad de los sitios Web que contienen información relativa a SAHS. A continuación se presenta dicho cuestionario:

1.- ¿Ha podido identificar al propietario (organización o persona) del sitio Web?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No aparece

2.- ¿Ha encontrado una dirección de contacto con el propietario del sitio Web?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

3.- ¿Cómo valora la credibilidad del propietario del sitio Web?

- ☐ 1. Muy buena
- ☐ 2. Buena
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Mala
- ☐ 5. Muy mala
- ☐ 6. No se identifica el propietario.

4.- ¿Se especifican los objetivos del sitio Web?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No aparecen

5.- Desde su punto de vista ¿Cree que el sitio Web logra los objetivos especificados?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No se especifican los objetivos

6.- ¿Se especifica a qué grupo de personas va dirigido el sitio Web (médicos, pacientes…)?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No aparecen

7.- ¿El sitio Web muestra la fecha de su última actualización?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

8.- ¿Se especifican las entidades que financian el sitio Web (patrocinadores, anunciantes…)?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No aparecen

9.- ¿Ha encontrado una declaración de que no existe conflicto de intereses entre los contenidos ofrecidos y las entidades que financian el sitio Web?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

10.- ¿Puede distinguir con claridad lo que es publicidad de lo que son los contenidos del sitio Web?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No
- ☐ 4. No muestra publicidad

11.- ¿Considera que la publicidad que se muestra es contradictoria con los contenidos del sitio Web?

- ☐ 1. Sí, en todos los casos
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso
- ☐ 4. No muestra publicidad

12.- ¿Se muestra la publicidad de manera que oculta parte de los contenidos y dificulta el uso del sitio Web?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No muestra publicidad

13.- Para poder acceder a determinados servicios o contenidos que ofrece el sitio Web ¿Es necesario que se registre?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

14.- ¿Ha encontrado una declaración de que el sitio Web cumpla la legislación sobre protección de datos de carácter personal?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

15.- ¿Ha podido identificar los autores de los documentos que ha consultado en el sitio Web?

- ☐ 1. Sí, en todos los casos
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso

16.- En los documentos que se han consultado en el sitio Web ¿Se muestra la fecha de publicación?

- ☐ 1. Sí, en todos los casos
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso

17.- El lenguaje en el que se redactan los contenidos que ha consultado en el sitio Web ¿Lo considera usted comprensible?

- ☐ 1. Sí, en todos los casos
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso

18.- ¿Figura la bibliografía en los documentos que ha consultado en el sitio Web?

- ☐ 1. Sí, en todos los casos
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso

19.- Teniendo en cuenta sus conocimientos previos ¿Cómo valora el contenido de los documentos que ha consultado en el sitio Web?

- ☐ 1. Muy buenos
- ☐ 2. Buenos
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Malos
- ☐ 5. Muy malos

20.- ¿Dispone el sitio Web de funciones que le facilitan moverse por su estructura y contenidos, como por ejemplo menús, mapa del sitio Web, guía de su organización, función de ayuda, etc.?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

21.- Al navegar por el sitio Web ¿Cómo valora su velocidad?

- ☐ 1. Muy buena
- ☐ 2. Buena
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Mala
- ☐ 5. Muy mala

22.- ¿Cómo valora el diseño del sitio Web teniendo en cuenta: la distribución de elementos en la pantalla, el uso de imágenes y gráficos, los colores, el tipo y tamaño de letra…?

- ☐ 1. Muy bueno
- ☐ 2. Bueno
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Malo
- ☐ 5. Muy malo

23.- Durante su vista al sitio Web ¿Se ha encontrado con problemas (por ejemplo, páginas que no se cargan de forma correcta, o que se quedan "colgadas", o que muestran algún mensaje de error?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

24.- En general ¿Cómo valora la facilidad del uso del sitio Web?

- ☐ 1. Muy buena
- ☐ 2. Buena
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Mala
- ☐ 5. Muy mala

25.- Un enlace externo es aquel que le lleva a otro sitio Web, fuera del sitio Web en el que se encuentra ¿Puede distinguir con claridad los enlaces externos de aquellos que no lo son?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, pero no del todo claro
- ☐ 3. No
- ☐ 4. No proporciona enlaces externos

26.- ¿Cada enlace externo va acompañado de una descripción que le oriente sobre lo que va a encontrar si lo selecciona?

- ☐ 1. Sí, con toda claridad
- ☐ 2. Sí, en algunos casos
- ☐ 3. No, en ningún caso
- ☐ 4. No proporciona enlaces externos

27.- Si el sitio Web dispone de un buscador ¿Cómo valora el buscador teniendo en cuenta su facilidad de uso, rapidez…?

- ☐ 1. Muy bueno
- ☐ 2. Bueno
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Malo
- ☐ 5. Muy malo
- ☐ 6. No dispone de buscador

28.- Si el sitio Web permite descargar documentos en su ordenador ¿Cómo valora la descarga teniendo en cuenta su facilidad de uso, problemas al intentar descargar documentos…?

- ☐ 1. Muy buena
- ☐ 2. Buena
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Mala
- ☐ 5. Muy mala
- ☐ 6. No permite descargas

29.- ¿Dispone el sitio Web de una sección con las preguntas más frecuentes?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

30.- Si el sitio Web dispone de foros ¿Le exige registrarse para poder acceder?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No dispone de foros

31.- ¿Ha podido identificar al administrador o moderador de los foros?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No dispone de foros

32.- Si el sitio Web dispone de un servicio para que los usuarios realicen preguntas relacionadas con la salud ¿Ha podido identificar quienes son los responsables de responderlas?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No dispone de servicios de preguntas

33.- Algunos sitios Web disponen de utilidades de autodiagnóstico para el usuario, como por ejemplo un calculador del índice de masa corporal (IMC). A estas utilidades se les denomina genéricamente calculadoras o herramientas. ¿Dispone el sitio Web de alguna calculadora?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

34.- Si tuviera que poner una puntuación final entre 0 y 10 ¿Cómo calificaría usted globalmente su satisfacción con el sitio Web?

Muy mala										Muy buena
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Moreno JM, Cadenas JM, Alonso S, Herrera-Viedma E. An Evaluation Methodology of Quality for Health Web Sites based on Fuzzy Linguistic Modelling. En: Proceedings of Information Processing and Management of Uncertainty in Knowledge-Based Systems: 12th Intl Conference on Information Processing and Management of Uncertainty in Knowledge- Based Systems (IPMU' 08). L. Magdalena, M. Ojeda-Aciego, J.L. Verdegay (eds): Proceedings of IPMU'08; 2008. pp. 1090-1096.

2. Caballero Rodríguez J, Moreno Rodríguez JM, Herrera Viedma E, Cadenas Figueredo JM. Evaluación de la Calidad de un Sitio Web sobre SAHS desde la perspectiva de un Médico y de un grupo de Pacientes. En: libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 302.

67 Diseño de calidad de la fase de confirmación diagnóstica del estudio piloto del programa de cribado de cáncer colorrectal en la Región de Murcia

Investigador principal:	Morán Sánchez, Senador
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/09
Año:	2006
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Santa María del Rosell
Departamento/servicio/unidad:	Sección de Digestivo
Ayuda concedida:	7.000 euros
Fecha de inicio:	Febrero 2007
Duración:	15 meses
Palabras clave:	Calidad. Colonoscopia. Cribado. Cáncer colorrectal

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Definir y establecer unos indicadores de calidad válidos para el proceso de confirmación diagnóstica del programa de cribado de cáncer colorectal (CCR). Estos indicadores serán extrapolables a la práctica de la colonoscopia tanto dentro del cribado de CCR como en la práctica clínica habitual.
2. Establecer un proceso de monitorización de la calidad en base a los indicadores previamente fijados.
3. Valoración de la percepción global del proceso por parte del usuario.
4. Identificar oportunidades de mejora dentro del proceso de confirmación diagnóstica, para aplicar si es necesario mediante intervenciones un ciclo de mejora que asegure el mantenimiento de los estándares prefijados.
5. Establecer mediante esta metodología un sistema de formación continuada que permita a los profesionales sanitarios la realización de la colonoscopia en condiciones de excelencia.

DISEÑO:

Universo: Todos los hombres y mujeres con edad comprendida entre 50 y 69 años que suman un total de 32.488 habitantes.

Muestreo: Todos los pacientes sometidos a una colonoscopia de cribado (609). En una primera fase se han definido una serie de indicadores siguiendo para ello la metodología específica del programa EMCA. En una segunda fase se ha realizado la extracción de una muestra de 110 pacientes mediante la técnica de muestreo aleatorio simple para realizar el análisis del nivel de calidad mediante los criterios de calidad propuestos.

Criterios de evaluación: Los criterios utilizados para la evaluación miden la calidad del proceso en las siguientes dimensiones:

- Calidad Científico técnica:

1. Nivel de limpieza del colon.
2. Porcentaje de intubaciones cecales.
3. Porcentaje de pólipos visualizados y resecados.
4. Tiempo de retirada del endoscopio.
5. Valoración del riesgo anestésico.
6. Profilaxis antibiótica.
7. Identificación de paciente con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante.

- Control de riesgo:

8. Registro de casos con perforación.
9. Registro de casos con hemorragia.

- Satisfacción del paciente:

10. Encuesta de satisfacción.

- Accesibilidad:

11. Análisis de demoras

Ámbito de estudio: Área de salud VI.

Sujeto de estudio: Todos los pacientes sometidos a una colonoscopia de cribado.

CONCLUSIONES:

1. La construcción de indicadores válidos que permitan la evaluación del nivel de calidad de la colonoscopia es factible, siguiendo la metodología de programa de mejora y evaluación continua de la calidad

2. La realización de un programa de cribado requiere la aplicación de un modelo de calidad que permita la evaluación y mejora continua de la calidad.

3. La homogeneización de la colonoscopia es posible y resulta más sencilla con la aplicación de los indicadores propuestos. No se han observado diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de los indicadores por parte de los dos médicos endoscopistas.

4. La aplicación de una metodología específica permite establecer un sistema de instrucción que permita la formación en la técnica tanto de inicio como continuada.

5. La definición de criterios debe ser lo más sencilla posible, agrupando ítems para asegurar fiabilidad.

6. El cumplimiento de los indicadores se objetivó en todos a excepción del indicador de demora.

7. La tasa de participación en el periodo de estudio se situó en los niveles esperados y es similar a la comunicada en otros programas.

8. La satisfacción del paciente tras valorar la fase de confirmación diagnóstica del proceso de cribado es alta.

9. La realización de sedoanalgesia por parte del endoscopista es una técnica segura y eficaz y constituye la primera opción de sedación a realizar en pacientes sometidos a una colonoscopia dentro de un programa de cribado.

10. La tasa de efectos secundarios es baja y está en línea con las series publicadas sobre el tema en la literatura. Las tasas de perforación y hemorragia son similares a las comunicadas en otras series.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Morán Sánchez S, Torrella E, Esteban Delgado P, Baños Madrid R, García A, Ono A. et al. Valoración de la calidad en la práctica de la colonoscopia. Rev Esp Enferm Dig 2009;101(2):107-116.

2. Esteban P, Torrella E, Morán S. Programa Piloto Institucional de Cribado de CCR en la Región de Murcia. Experiencia en los primeros 6 primeros meses. XXVIII Congreso Nacional de Endoscopia, Murcia 2006.

3. Morán S, Esteban P, Torrella E. Implantación de un sistema de calidad en un programa de cribado. Resultados premilitares. Congreso Regional Digestivo. 2007.

4. Morán S, Esteban P, Torrella E. Programa Piloto de Cribado de CCR, implementación de una consulta de alto riesgo de CCR como herramienta de trabajo. Congreso Regional Digestivo. 2007.

5. Morán S, Esteban P, Torrella E. Implantación de un Sistema de Calidad de las Colonoscopias dentro de un Programa Institucional de Cribado: Resultado del estudio previo de concordancia. Congreso Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. 2008.

6. Torrella E, Morán S, Esteban P. Validación y resultados de una encuesta de satisfacción sobre tolerancia percibida para la colonoscopia en un programa de cribado. Congreso Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. 2008.

7. Morán Sánchez S. Implantación de un sistema de calidad en un programa de cribado de cáncer colorrectal [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

68 Disminución de errores asociados al circuito de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos citostáticos

Investigadora principal:	León Villar, Josefa
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/11
Año:	2006
Organismo:	Servicio Murciano de Salud
Centro:	Hospital Morales Meseguer
Departamento/servicio/unidad:	Servicio de Farmacia
Ayuda concedida:	5.000 euros
Fecha de inicio:	Febrero de 2007
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Información. Seguridad clínica. Medicamentos citostáticos

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1 Aumentar la cultura de seguridad clínica asociada a medicamentos altamente peligrosos, entre los profesionales de nuestro hospital implicados en el proceso de prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos citostáticos.

En el diseño inicial postulamos la hipótesis de que la consecución del objetivo más general de este proyecto que es el aumento de la cultura de seguridad deberá ser puesta de manifiesto, sin embargo por un aumento en el número de comunicaciones de incidentes o errores asociados a la quimioterapia por parte del personal implicado paralelo a una disminución en el número de estos que alcanzan al paciente.

Pero el número de incidentes comunicados por los profesionales ha descendido pero también ha descendido el número de PRM/error (problemas relacionados con el medicamento) que llegan al paciente.

Por otro lado, en el periodo de ejecución de este proyecto han concurrido las siguientes circunstancias:

- 176 profesionales (62 profesionales de enfermería, 56 auxiliares de clínica, 24 facultativo más 8 residentes de Oncohematologia, 6 facultativos más 6 residentes de Farmacia Hospitalaria y 14 profesionales entre celadores y auxiliares administrativos), forman parte del circuito de prescripción-administración de quimioterapia organizados en tres turnos de trabajo de lunes a domingo.

- Estos profesionales presentan una rotación en el puesto de trabajo asociada a causas tales como: finalización del periodo de formación para los residentes de Oncología, Hematología o Farmacia Hospitalaria (cada año terminan 5 residentes y se incorporan otros cinco nuevos), sustituciones de verano, bajas, etc.

- Durante el año 2008 la rotación del número de facultativos de plantilla ha sufrido cambios importantes (3 de Oncología, 3 de Hematología y 1 de Farmacia Hospitalaria) debido al concurso de traslado realizado en este año junto con otras circunstancias de excedencia o rotaciones en centros internacionales y las correspondientes sustituciones por nuevos profesionales contratados.

- También durante 2008 se ha llevado a fin un concurso de traslados interno que ha modificado de sus puestos a aproximadamente el 28% de la plantilla en lo que refiere al personal de enfermería, auxiliares de clínica y celadores.

- En este año 2009 está prevista la resolución de una OPE para todo el personal sanitario de la Región que volverá a movilizar un porcentaje importante de las plantillas.

Sin embargo, aunque los profesionales cambien los principios de colaboración y comunicación, defendidos como herramienta fundamental en la prevención de errores, entre todas las personas implicadas en este proceso, se mantienen y podemos considerar como un buen indicador el número de trabajos de colaboración, sobre temas de seguridad del paciente oncohematologico, realizados durante 2008.

- PROYECTO: La información al paciente oncológico elemento básico para la seguridad y la eficacia de los tratamientos. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Convenio de colaboración para implantación de prácticas seguras 2008.

- Dos ciclos de mejora de la prescripción médica de quimioterapia (comunicaciones presentadas en la 50 Reunión Nacional de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y el XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia).

2 Medir y analizar el número de incidentes relacionados con el proceso de prescripción, validación, preparación y dispensación y administración de medicamentos citostáticos.

Este objetivo está conseguido porque hemos medido y analizado estos incidentes y errores como se muestran en nuestros resultados y hemos aprendido como prevenir o paliar algunos de ellos en favor de aumentar la seguridad de nuestros pacientes.

3 Disminuir el número de incidentes y/o errores que llegan al paciente, con independencia de la gravedad de los mismos, mediante el ciclo de mejora descrito en este proyecto.

Consideramos que este objetivo se ha cumplido porque, como muestran nuestros resultados, el número absoluto de errores ha descendido de 75 en la primera evaluación a 53 tras la intervención de mejora y de ellos los que llegaron al paciente fueron 13 en la primera evaluación frente a 9 en la segunda.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio prospectivo de una muestra aleatorizada de órdenes médicas de prescripción de quimioterapia para pacientes oncológicos en régimen ambulatorio o ingresados en nuestro hospital. El análisis será realizado tras la finalización de todas las acciones que componen el ciclo de mejora.

Retrospectivo en la obtención de datos del histórico de órdenes médicas de prescripción de quimioterapia archivadas en el Servicio de Farmacia para establecer el punto de partida, en cuanto a número y tipo de incidentes (de prescripción, de validación, de preparación y de administración de quimioterapia y otros), relacionados con este circuito y previo a la puesta en marcha del ciclo de mejora.

Muestreo: Tamaño muestral. Se calcula estimando un porcentaje de error del 6%, descrito en la literatura médica como asociado a la prescripción - administración de medicamentos citostáticos para un porcentaje de reducción esperada tras la intervención de un 3%. Estimando un porcentaje de pérdidas de un 2% y se acepta un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20. De este modo se estima como suficiente una muestra de 1.223 órdenes médicas de prescripción de quimioterapia para cada uno de los grupos de estudio antes y después del ciclo de mejora.

Obtención de la muestra: elección de ambas muestras a estudio se realizó mediante aleatorización simple, mediante generación de una tabla de números seudo aleatorios utilizando un ordenador.

La muestra se obtuvo de los archivos de órdenes médicas de prescripción de quimioterapia existente en el Servicio de Farmacia, en formato papel y con apoyo del programa Oncofarm 3.1. utilizado en el Servicio de Farmacia para la gestión de prescripciones de quimioterapia e individualización de las dosis de los medicamentos citostáticos. La muestra de pacientes que recibirán información serán todos los pacientes que inician quimioterapia durante el periodo de estudio.

Ámbito de estudio: Servicio de Farmacia del Hospital Morales Meseguer.

Sujeto de estudio: Sitios Web que proporcionan información sobre el síndrome de Apneas-Hipopneas del sueño (SAHS): a) órdenes médicas para la prescripción de la quimioterapia utilizada en nuestro hospital; b) los registros de incidencias asociadas a este circuito que existen en las tasas de datos del Servicio de Farmacia y c) documentos de registro de incidencias a la administración comunicadas por la enfermera o el paciente (diseñado al objeto de este proyecto).

RESULTADOS:

Análisis univariante. Analizando las 2.426 prescripciones medicas, antes y después del ciclo de mejora, los resultados obtenidos son los siguientes:

1. Genero y edad, distribución en la muestra: la media de edad de los pacientes fue de 57,9 ± 14,9 años en la primera evaluación y 57,5 ± 14,9 ($p= 0.571$) y se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de pacientes hombres 49% y 55% frente a mujeres 51% y 44,4% respectivamente en ambas evaluaciones ($p< 0.001$).

2. Número y tipo de prescripción con error: el primer dato destacado es la reducción estadísticamente significativa del número de prescripciones que se asocian con PRM/errores de la segunda evaluación 51 (4,2%) con respecto de la primera (74) 6,1% (p= 0.035) en beneficio sobretodo del error asociado a la fase de prescripción.

3. Repercusión en el paciente y gravedad: se constata una disminución en el número de prescripciones asociadas a errores que llegan al paciente en ambas evaluaciones: 13 y 9 respectivamente (p= 0.991). Todos ellos fueron clasificados como de tipo 0 (no se produce PRM/error) o 1 (no provoca daño o requiere cambio de tratamiento).

4. Contribución de los profesionales a la detección de error: en cuanto a la contribución de los distintos profesionales a la detección de PRM/errores, el farmacéutico detecta el mayor número de errores en este circuito en ambas evaluaciones seguido del personal de enfermería:

A. Tipo de prescripción médica: la distribución de los errores detectados en base al tipo de prescripción médica y tipo de error, donde se pone de manifiesto que es la prescripción semiinformatizada la que mayor número de errores concentra y la manual la que menos, ambas corresponden a prescripciones de tratamientos de hematología (excepto transplante de médula ósea (TMO)) que utiliza hoja preimpresa, que concentra un error de 14,7% frente a las prescripciones preimpresas de oncología y TMO que concentran un error de 5,6%.

B. El tiempo transcurrido entre la prescripción y la recepción en el SF de la prescripción, así como entre la prescripción y la preparación muestran diferencias significativas entre la primera y segunda evaluación.

C. Número de prescripciones médicas para un mismo paciente y día. Las prescripciones de quimioterapia para un mismo paciente que se realizan en una única hoja de prescripción presentan una frecuencia de error de 4,9% frente a las que se realizan en 2 hojas (18,9%) o 3 hojas (42,9%) (p< 0.001).

a) La presencia de dos o más prescripciones para un mismo paciente y día, sin anulación de las anteriores, es una fuente potencial de errores tipificados en el grupo de "Otros- como errores administrativos o de circuito que requieren mejoras en la organización de este circuito. b) Por otra parte, se documenta el aumento importante en la utilización del nuevo recurso terapéutico "Inmunoterapia", que supone la prescripción de manera asociada a la quimioterapia de los nuevos anticuerpos monoclonales y que habitualmente se prescriben en una hoja distinta, contribuyendo, de este modo, a que la prescripción completa de un paciente se realice en dos hojas separadas. En nuestros datos la prescripción de anticuerpos monoclonales se incrementó de la primera evaluación a la segunda con diferencias estadísticamente significativas (p< 0.001): 204 (16,8%) de prescripciones en la primera evaluación y 326 (26,9%) en la segunda.

D. Prescripción conjunta de citostáticos orales: la prescripción, de manera necesariamente conjunta, de citostáticos orales e intravenosos en el mismo esquema puede ser considerado como un factor de confusión cada vez más importante dada la nueva oferta de este grupo de medicamentos que el desarrollo científico está permitiendo. En nuestros resultados este ítem aumentó aunque no de manera significativa de 144 (11,9%) prescripciones médicas con citostáticos orales en la primera evaluación a 152 (12,5%) en la segunda (p= 0.625).

E. Número de citostáticos que componen el esquema de quimioterapia: del mismo modo el número de citostáticos que componen el esquema es un factor a considerar en cuanto a la posibilidad de ocurrencia de errores y que en nuestros resultados se corresponde con 6% de error en prescripciones de un solo citostático, 4,7% para las prescripciones con dos citostáticos, 7,7% para las prescripciones con tres y 19% en prescripciones de esquemas de quimioterapia que se componen de 4 citostáticos.

F. Necesidad de reclamaciones de prescripciones por falta de actualización: en 67 ocasiones (5,5% de las prescripciones médicas) fue necesario reclamar la prescripción médica actualizada, de ellas el 74,6% tenían modificaciones importantes que no constaban en la prescripción disponible en el Servicio de Farmacia. Este aspecto es importante dado que las hojas reclamadas se correlacionan con una presencia de error de 16,8% frente a 4,8 % de las que no fueron reclamadas. En nuestros resultados este aspecto mejoró con significación estadística (p< 0.001) que se corresponde con 67 (5,5%) de las prescripciones en la primera evaluación a 7 (0,6%) en la segunda.

G. Retrasos de fechas o anotaciones ambiguas: los retrasos de fechas o anotaciones ambiguas, distintas de las necesarias para reducción de dosis, ajuste al área bajo la curva de carboplatino (AUC) o cualquier nota clarificadora de algún aspecto de la prescripción, en el documento de prescripción médica.

En nuestros datos los retrasos o anotaciones existían hasta en un 14,6% (de ellas el 73% eran de fechas) de las prescripciones médicas y se asociaban a un mayor número de errores 7,9% frente 5,9% de error de las prescripciones sin retrasos o anotaciones ambiguas. También este aspecto mejora con significación estadística pasando de Retraso/Otras 177 (14,6%) de prescripciones con anotaciones innecesarias o ambiguas a 101 (8,3%), ($p< 0.001$) en la segunda evaluación.

H. Prescripciones de ensayo clínico: 32 prescripciones, el 2,6% de las prescripciones médicas de quimioterapia correspondían a Ensayo Clínico, lo que conlleva procedimientos distintos de la práctica habitual, que se encuentran en fase de validación y que requieren precauciones especiales, aunque inicialmente en la primera evaluación no se asocian con mayores porcentajes de error, es un factor de complejidad que aumenta en la segunda evaluación con respecto de la primera a 43 que corresponden con 3,5%, ($p= 0.197$)

I. Prescripción conjunta de otros medicamentos ajenos al esquema de quimioterapia: el 3,7% de las prescripciones médicas fueron utilizadas para la prescripción conjunta de otros medicamentos destinados al paciente pero ajenos al propio esquema de quimioterapia (tales como Zometa®), siendo el error asociado a estas prescripciones 10,7% frente al 3,2% en aquellas prescripciones en donde no se prescriben estos fármacos. En nuestros resultados este aspecto mejoró de la primera evaluación a la segunda intervención de 45 (3.7%) de prescripciones a 31 (2,6%) ($p= 0.103$).

J. Prescripciones que requirieron Intervención Farmacéutica (IF): 40 (3,3%) de las IF para aclarar algún aspecto confuso o ausente de ellas que contribuye a prevenir errores. La intervención farmacéutica desciende (sin significación estadística ($p= 0,339$) en la segunda evaluación con respecto de la primera, lo cual puede ser considerado como indicador indirecto de mejoría en la correcta y completa prescripción de órdenes médicas de quimioterapia. En nuestros resultados 6 (15%) del total de IF detectaron errores en las prescripciones que fueron prevenidos. En nuestros resultados las prescripciones que requieren IF se asocian a porcentajes de error del 12% frente a aquellas otras que no la requieren en donde el error es del 2,7%.

En el análisis del total de errores detectados en ambas evaluaciones agrupamos los 128 errores detectados en el circuito de prescripción-administración de quimioterapia observamos:

1. Descenso significativo en el número de errores del circuito: 75 (6,2%) frente a 53 (4,4%) ($p= 0.001$).

2. Mayor ocurrencia de errores en pacientes hombres frente a mujeres 86 (6,8%) frente a 42 (3,6%) ($p= 0.045$).

3. La prescripción preimpresa de oncología y TMO se consolida como el tipo de prescripción que concentra el menor número de errores (4,6%) frente a manual (6,0%) y semi informatizada (9,2%) y otras varias (20%) ($p= 0.013$).

4. El número de prescripciones por paciente y día se confirma como un factor importante para la producción de error asociándose 4,7% a 1, 10,1% a 2, 15% a 3 y el 50% a 4 prescripciones activas para un mismo paciente y día ($p< 0.001$)

5. Se confirma que el número de citostáticos del esquema es un factor importante en cuanto a la posibilidad de generar errores que aparecen en; 4,3% en prescripciones de un solo citostáticos, 5,2% en las prescripciones de 2, 8,1% en las de 3 y 12,5% en las de 4 citostáticos prescritos en el esquema ($p< 0.001$)

En el análisis del total de errores detectados en ambas evaluaciones agrupamos los 128 errores detectados en el circuito de prescripción-administración de quimioterapia observamos:

1. En cuanto a la frecuencia de error se confirma que para el día uno de inicio de quimioterapia se detectan mayor número de errores que durante los días de continuación 5,5% para el primer día y 4,1% para los siguientes (p= 0.288)

2. Tanto para prescripción como administración de estos medicamentos los errores son más frecuentes en fines de semana que en días laborables 5,3% de lunes a viernes frente a 6,15% para sábado y domingo en prescripción (p= 0.502) y 5,1% para laborables y 9,9% para sábado y domingo en la administración (p= 0.072).

3. La prescripción de Inmunoterapia asociada a quimioterapia concentra el 18% de errores (p= 0.278).

4. El 7,0% de los errores se asocian a prescripciones que contienen en la prescripción medicamentos ajenos a la quimioterapia o medicación complementaria (p= 0.017).

5. El error en prescripciones de ensayo clínico fue 3,9% (p= 0.594)

6. La IF previa concurre en el 12,5% de los errores detectados. (p< 0.001)

CONCLUSIONES:

1. Los PRM/errores asociados al circuito de prescripción, validación, dosificación y administración de medicamentos citostáticos han disminuido. Por tanto, podemos concluir que, a pesar de la complejidad manifiesta que se asocia a la prestación de este servicio sanitario, es posible mejorar incorporando actuaciones que aumenten la coordinación, la colaboración, la información y la formación de los profesionales implicados.

2. Los pacientes, con información suficiente y adecuada, podrían contribuir a hacer más seguro el uso de los medicamentos que forman parte de sus terapias.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. León Villar J, Llopis Fernández M, Collados Arroyo V, Iranzo Fernández MD, Carrillo A, Macías Cerrolaza JA. Mejoras de seguridad en el circuito de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos citostáticos. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencia y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 442.

69 Evaluación y mejora de la atención fisioterápica implicada en la continuidad de cuidados al paciente hospitalizado

Investigador principal:	Medina Mirapeix, Francesc
Referencia proyecto:	P1EMCA 06/12
Año:	2006
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Facultad de Medicina
Departamento/servicio/unidad:	Departamento de Fisioterapia
Ayuda concedida:	8.000 euros
Fecha de inicio:	Febrero de 2007
Duración:	24 meses
Palabras clave:	Evaluación. Continuidad. Cuidados. Fisioterapia

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Exploración de las percepciones, puntos de vista y opiniones de pacientes hospitalizados, fisioterapeutas y demás personal sanitario implicado en la continuidad de cuidados y los elementos de la atención fisioterápica implicados en dicha continuidad y posibles barreras.
2. Elaboración y validación de un cuestionario inicial tipo informe del paciente que permita proporcionar información sobre los procesos de atención fisioterápica implicados en la continuidad de los cuidados del paciente hospitalizado.
3. Construcción y descripción de indicadores de calidad en relación a los procesos de fisioterapia implicados en la continuidad de cuidados del paciente hospitalizado.
4. Análisis de la relación entre percepción de problemas en la continuidad de cuidados de fisioterapia y resultados como la satisfacción.
5. Realización de un ciclo de evaluación y mejora de la calidad de la atención fisioterápica implicados en la continuidad.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio de intervención con evaluación retrospectiva de la calidad, tanto en la primera evaluación como en la reevaluación.

Universo: Pacientes mayores de 18 años con una estancia de hospitalización y que son atendidos con fisioterapia por problemas neuromusculoesqueléticos.

Muestreo: Se seleccionó toda la población accesible que cumplieron los criterios de elegibilidad y aceptaron participar.

Criterios de evaluación: Se utilizó como criterios de evaluación los aspectos relevantes identificados en un estudio cualitativo previo como aspectos que conducen a la percepción de la existencia de discontinuidad asistencial.

Ámbito de estudio: Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

A continuación se exponen los resultados derivados de esta investigación organizados respecto a los objetivos planteados:

1. Se ha elaborado un cuestionario que contiene un total de 13 ítems sobre experiencias de cuidado asociadas a continuidad informativa, relacional y de gestión que han mostrado niveles aceptables de fiabilidad y validez. En la tabla 1 se exponen los niveles de fiabilidad test - retest.

2. Se han elaborado 16 indicadores fiables y válidos: 13 simples sobre cada uno de los ítems válidos incluidos en el cuestionario y 3 compuestos por los indicadores de cada uno de los tres tipos de continuidad: informativa, relacional y de gestión. El porcentaje de problemas hallado en los indicadores simples oscila entre 2,9% (porcentaje de pacientes que reciben de los diversos profesionales sanitarios información contradictoria sobre ejercicios o posturas recomendadas) y 67,1% (porcentaje de pacientes cuyos familiares/acompañantes no recibe orientación suficiente para poder ayudarles con los ejercicios en casa). El indicador compuesto con un mayor porcentaje promedio de problemas es el de la continuidad relacional (con un 49,1%); los dos restantes son similares y ambos se sitúan entorno al 38%.

3. Todos los indicadores compuestos, salvo uno (continuidad de gestión durante estancia) presentan una relación estadísticamente significativa con la satisfacción respecto a la atención recibida en el hospital para su recuperación.

4. El ciclo de evaluación y mejora de la continuidad de cuidados implicada en la atención fisioterápica muestra casi nulos cambios entre los resultados de la primera y segunda evaluación. Se puede observar en la tabla siguiente, relativa a los indicadores simples de la continuidad informacional.

Tabla 1. Porcentaje de problemas antes y después de la intervención

Indicador	1ª Evaluación		2ª Evaluación	
	% problemas (IC 95%)	n	% problemas (IC 95%)	n
CONTINUIDAD INFORMATIVA				
Durante estancia				
% Pacientes que les informaron sobre el horario de las visitas de fisioterapia	66,7 (±16,7)	60	63,0 (±16,6)	54
Percibieron que el fisioterapeuta no disponía de alguna información	13,5 (±3,5)	52	18,0 (±4,8)	50
Al alta				
% Pacientes que les informaron en el hospital del centro responsable del seguimiento de fisioterapia postalta	50,0 (±12,7)	58	52,1 (±14,5)	48
Les ayudaron en los trámites para solicitar la fisioterapia postalta	31,0 (±7,8)	58	34,7 (±9,5)	49
Les informaron sobre si debían seguir la fisioterapia	10,3 (±3,2)	58	10,0 (±2,6)	50

CONCLUSIONES:

1. La continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia del paciente hospitalizado supone un problema en nuestro contexto cuya magnitud depende del tipo de continuidad implicada y de la fase de hospitalización del paciente.

2. El impacto de la continuidad sobre la satisfacción de los pacientes es relevante, pero difiere según los tipos de continuidad.

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. De Souza Oliveira AC, Medina i Mirapeix F, Oliveira Souza SL, Escolar Reina P, Navarro Pujante E, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J. Percepción del personal de enfermería sobre la continuidad de cuidados en los pacientes hospitalarios. IX Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería y I Encuentro Latinoamericana-Europa; 2007. p. 220.

2. Medina- Mirapeix F, De Oliveira-Souza SL, Escolar Reina P, Navarro-Pujante E, Meseguer- Henarejos AB, Del Baño-Aledo ME. Aspectos implicados en la continuidad de cuidados de fisioterapia al paciente hospitalizado: ¿qué opinan los profesionales? En: Libro de ponencias y comunicaciones 25º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2007. p. 236.

3. Oliveira-Souza S, Medina i Mirapeix F, Sobral-Ferreira M, del Baño Aledo ME, Escolar Reina P, Jimeno- Serrano FJ. Causes of discontinuity of care from hospital to community: a qualitative study using professionals' perceptions. European Congress of Physical Rehabilitation Medicine. Bruges, Bélgica, 3-6 de junio 2008.

4. Medina i Mirapeix F, Oliveira Souza SL, Escolar Reina P, Navarro Pujante E, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, del Baño-Aledo ME. Relational continuity between physioterapis and inpatients during their stay in the hospital. International Federation Orthopaedic Manipulative Therapist. (IFOMT), Rotterdam. Holanda, 8-13 de junio 2008.

5. De Oliveira Sousa SL, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Sánchez Garre J, Baeza Sánchez F, Martínez Aranda MA. ¿Existe continuidad relacional entre fisioterapeutas y pacientes hospitalizados? En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 340.

6. De Oliveira Sousa SL, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Sánchez Garre J, Baeza Sánchez F, Martínez Aranda MA. Colaboración profesional-paciente al alta: un reto dentro de la continuidad de gestión en fisioterapia. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 342.

7. De Oliveira Sousa SL, Medina i Mirapeix F, Sobral Ferreira M, Escolar Reina P, Navarro Pujante E, Del Baño Aledo ME. Retrasos producidos en la atención de Fisioterapia hospitalaria: ¿un problema de gestión? En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Oviedo: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2008. p. 351-352.

8. Oliveira-Sousa S, Medina i Mirapeix F, Sobral-Ferreira M, del Baño Aledo ME, Escolar Reina P, Jimeno-Serrano FJ. Causes of discontinuity of care from hospital to community: a qualitative study using professionals' perceptions. J Rehabil Med 2008; Suppl 47: 209-210.

9. Oliveira-Sousa S, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Martínez-Aranda MA, Sobral-Ferreira M, Navarro-Pujante E. El día de la semana en que se solicita la fisioterapia al paciente hospitalizado ¿Influye en el acceso? En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VII Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2009. p. 233.

10. Oliveira-Sousa S, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Sánchez-Baeza F, Sobral-Ferreira M, Navarro-Pujante E. Frecuencia de visitas de fisioterapia al paciente hospitalizado y factores organizativos asociados. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VII Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2009. p. 291.

11. Oliveira-Sousa S, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Sánchez-Garre J, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ. Problemas de continuidad informativa en la atención de fisioterapia de los pacientes hospitalizados. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones: VII Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial; 2009. p. 292.

12. Souza, Silvana Loana de Oliveira. Continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia del paciente hospitalizado [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

70 Mejora de la calidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria mediante el estudio de Causas y Actitudes que dificultan la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

Investigadora principal:	Ruzafa Martínez, María
Referencia proyecto:	P1EMCA 07/01
Año:	2007
Organismo:	Universidad de Murcia
Centro:	Escuela de Enfermería
Departamento/servicio/unidad:	Enfermería
Ayuda concedida:	9.000 euros
Fecha de inicio:	Julio de 2007
Duración:	12 meses
Palabras clave:	Atención primaria. Barreras. Actitudes. EBE

OBJETIVOS ALCANZADOS:

1. Con respecto al primer objetivo del proyecto se ha elaborado el Diagrama de causa - efecto de las "Causas que dificultan la aplicación de la EBE", y mediante un cuestionario adaptado se han recogido las principales Causas que dificultan la aplicación de la EBE en una muestra representativa de los profesionales de enfermería de atención primaria de la Gerencia de Murcia.

2. Con respecto al segundo objetivo se ha adaptado la Escala de Actitud hacia la EBE del personal de enfermería en atención primaria y se ha medido la actitud de una muestra representativa de los profesionales de enfermería de la Gerencia de Murcia.

3. Con respecto al tercer objetivo se han comparado las actitudes ante la EBE y las barreras que dificultan la práctica de la EBE, entre los profesionales de enfermería de atención hospitalaria y atención primaria de la Región de Murcia, analizando los ítems en los que se producen las diferencias más significativas.

DISEÑO:

Tipo de estudio: Estudio transversal, descriptivo, mediante encuesta que mide barreras o causas hipotéticas y las actitudes que dificultan la utilización de la EBE en la práctica de los cuidados enfermeros en los Centros de Salud de Atención Primaria y SUAP. Las técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos han sido de tipo cuantitativo (un cuestionario), y, además, se ha utilizado metodología cualitativa (grupos de discusión) en la elaboración y validación del cuestionario que se empleó para medir la actitud hacia la EBE de las enfermeras que trabajan en Centros de Salud de Atención Primaria y SUAP.

Universo: La población teórica o diana está compuesta por todos los profesionales de enfermería que trabajan en los Centros de Salud de Atención Primaria y SUAP de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. La población accesible será el subconjunto de la población teórica o diana disponible en base a criterios geográficos y temporales, y de donde se extraerá el marco muestral.

Muestreo: El tipo de muestreo previsto para obtener una muestra representativa era un muestreo aleatorio estratificado proporcional. La estratificación se iba a realizar según se trabajara en un centro de salud o en un SUAP. Estaba previsto de cada estrato seleccionar una muestra aleatoria simple. Para la obtención de las unidades de estudio que iban a componer la muestra se solicitó a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (Área I y VI) un listado del personal de enfermería que trabaja en los Centros de Salud de Atención Primaria y SUAP en el momento de realizar el estudio (febrero 2008).

El censo final de profesionales de enfermería entre aquellos que trabajan en centros de salud y SUAP del Área I y VI de la Región de Murcia era de 357 de los cuales 274,5 trabajaban en centros de cabecera y 82,5 en centros periféricos. Finalmente, por el número total de profesionales de enfermería que componían la población diana, se decidió no realizar un muestreo sino encuestar a toda la población (encuesta censal) de forma que si la tasa de respuesta era elevada, conseguiríamos que los resultados fueran representativos de la población total.

Ámbito de estudio: Centros de Salud de Atención Primaria y SUAP de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Sujeto de estudio: Las unidades de estudio han sido los enfermeros/as que trabajan en los centros de Atención Primaria o en un SUAP de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (Área I y VI) que sean Diplomados Universitarios en Enfermería, que estén trabajando en el momento del estudio en un Centro de Salud o SUAP, y que tenían experiencia en dichos centros como mínimo que hayan trabajado, de forma continuada, en Centros de Salud de Atención Primaria o SUAP durante 6 meses).

CONCLUSIONES:

1. El cuestionario diseñado y elaborado para medir la Actitud de los profesionales de enfermería ante la EBE presenta una adecuada fiabilidad (alfa de Conbrach de 0,853) y validez. Está constituido por 15 ítems que se agrupan en tres dimensiones: Factor 1 "creencias y expectativas", Factor 2 "conducta o intención de conducta" y Factor 3 "afectos y sentimientos" ante la EBE. Los tres factores explican casi un 55% de la varianza del constructo Actitud ante la EBE.

2. La actitud global hacia la EBE de los profesionales de enfermería de atención primaria de la Gerencia de Murcia, tanto de los centros de salud como de los SUAP es alta.

3. Los aspectos en los que muestran una peor actitud son los relativos a emplear su tiempo libre a aprender la práctica de la EBE, al escaso interés en la lectura de artículos científicos, y a la creencia de que aplicar este tipo de metodología entorpece el ritmo del trabajo.

4. Los aspectos en los que muestran una mejor actitud son los relativos a la satisfacción que les produce encontrar evidencias que apoyen los cuidados que practican, y a las creencias de que la investigación es importante para la práctica clínica enfermera, que ayuda a unificar criterios en la población de los cuidados y que debe jugar un papel importante en la práctica clínica enfermera.

5. En las dos áreas de trabajo de atención primaria (Centros de Salud y SUAP) la actitud ante la EBE en general son altas, lo que muestra una actitud positiva en los dos ámbitos de atención primaria. Hay pequeñas variaciones en cuanto a la puntuación particular de cada ítem, sin embargo el ítem peor y mejor valorado en los dos ámbitos son los mismos.

6. En general tienen mejor actitud ante la EBE los profesionales con menos de 15 años de experiencia profesional previa en centros hospitalarios (diferencia estadísticamente significativa). Sin embargo, la experiencia laboral igual o menor de 10 años en atención primaria, no parece asociarse con la actitud ante la EBE.

7. La formación previa en cursos de EBE se relaciona con una mejor actitud ante la EBE (diferencias estadísticamente significativas).

8. Las tres principales causas que dificultan la práctica de la EBE en atención primaria son: "La bibliografía relevante no está recogida en un solo sitio", "No se dan facilidades para la puesta en funcionamiento de la EBE" y "Los médicos no colaborarán en la puesta en funcionamiento de la EBE".

9. De las cuatro dimensiones que componen el estudio de las causas que dificultan la aplicación de la EBE, la dimensión relativa a la presentación de los resultados de investigación es señalada como la más importante en los tres centros hospitalarios estudiados.

10. En la dimensión Estructura las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "No se dan facilidades para la puesta en funcionamiento de la EBE", "Los médicos no colaborarán en la puesta en funcionamiento de la EBE" y "No hay suficiente tiempo en el trabajo para llevar a cabo nuevas ideas".

11. En la dimensión Profesional de Enfermería la principal causa que dificulta la práctica de la EBE es: "La enfermera no está al tanto de la investigación enfermera".

12. En la dimensión Investigación las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "No se tiene fácil acceso a los artículos de investigación", "Los artículos de investigación se publican con mucho retraso", y "La investigación no se replica, por lo que no se pueden corroborar los resultados".

13. En la dimensión Presentación de los resultados las principales causas que dificultan la práctica de la EBE son: "La bibliografía relevante no está recogida en un solo sitio" y "Las implicaciones para la práctica que se derivan de las investigaciones, no se presentan con claridad en las publicaciones".

14 Los profesionales de enfermería de atención primaria tiene una edad media superior (43 años) a la de los profesionales de atención hospitalaria (35 años), diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la distribución por sexo en los dos ámbitos es similar (entre un 30 - 35% de hombres).

15 La comparación de la Actitud ante la EBE entre profesionales de enfermería de atención hospitalaria y primaria de la Región de Murcia, muestra que los profesionales de atención primaria tienen una actitud global más positiva que los profesionales de hospitalaria (diferencias estadísticamente significativas). Los ítems en los que hay diferencias estadísticamente significativas son los números 3 (Aplicar cuidados basados en la evidencia entorpece el ritmo de trabajo cotidiano), 4 (NO está entre mis prioridades profesionales practicar la EBE), 5 (Estoy dispuesto/a a realizar un esfuerzo por aplicar la EBE en mi trabajo), 6 (Soy contraria/o a emplear mi tiempo libre para aprender la práctica de la EBE), 7 (La aplicación de la EBE mejora los resultados de salud), 8 (NO tomo en consideración la información que recibo sobre los resultados de la investigación en enfermería), 10 (La investigación en ciencias de la salud NO es importante para la práctica clínica enfermera),12 (La lectura de artículos científicos me aburre) y 15 (Me disgusta tener que incorporar la práctica de la EBE a mi forma de trabajo).

16 La comparación de las barreras que dificultan la práctica de la EBE entre centros hospitalarios y atención primaria de la Región de Murcia, muestra que en general los profesionales de enfermería de atención primaria tienen una percepción consideran que hay menos dificultades para la práctica de la EBE que los profesionales de enfermería de los centros hospitalarios.

17 Los profesionales de enfermería de atención primaria obtienen puntuaciones inferiores que los profesionales de atención hospitalaria en las cuatro dimensiones que constituyen el cuestionario de barreras para la práctica de la EBE (diferencias estadísticamente significativas).

PUBLICACIONES, COMUNICACIONES, PONENCIAS Y ARTÍCULOS:

1. Cava-García MC, Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Rodríguez-Mondejar JJ, Merino-Castillo JJ, Madrigal-Torres M. Comparative study of the perceived barriers to the implementation of the evidence-based nursing among registered nurses working at hospitals and primary care. 12th International Nursing Research Conference and 6th Biennial Joanna Briggs Colloquium which will take place from November 12th to 15th 2008.

2. Cava-García MC, Merino-Castillo JL, Rodríguez-Mondejar JJ, López-Iborra L, Madrigal- Torres M, Ruzafa-Martínez M. Community nurses attitudes towards Evidence Based Nursing in primary care: qualitative study. 12th International Nursing Research Conference and 6th Biennial Joanna Briggs Colloquium which will take place from November 12th to 15th 2008.

COMISIÓN DE EVALUACIÓN

Relación de miembros que conformaron la Comisión de Evaluación de los proyectos de investigación financiados por el Programa EMCA (1995 - 2007)

- Albadalejo Franco, Blas
- Cerezo Corbalán, José María
- Coronado Romero, Domingo
- Egea García, Carmen
- García Córdoba, José Antonio
- Gascón Cánovas, Juan José
- Gomis Cebrián, Rafael
- Hukelová, Hana
- Júdez Gutiérrez, Javier
- López-Acosta Sánchez-Lafuente, Roxana
- López-Picazo Ferrer, Julio José
- Martínez Ros, María Teresa
- Navarro Tenedor, Luis Humberto
- Novoa Jurado, Abel Jaime
- Palomar Rodríguez, Joaquín Alfonso
- Parra Hidalgo, Pedro
- Quiñonero Sánchez, Martín
- Ramón Esparza, Teresa
- Ruiz Lapuente, María Ángeles
- Saturno Hernández, Pedro Jesús
- Usera Clavero, María Luisa

El Programa EMCA desea hacer extensivo su agradecimiento a todos los equipos de investigación que han solicitado ayuda en las diferentes convocatorias, por el interés en mejorar permanentemente la calidad de la investigación en servicios de salud de la Región de Murcia

Investigación en Calidad Asistencial en la Región de Murcia 1995-2007

70 Proyectos financiados por el Programa EMCA

Región de Murcia

Servicio Murciano de Salud

EMCA
Gestión de la Calidad Asistencial