

## **COMUNICACIONES “MESA 1”**

**TÍTULO:**

CALIDAD EN LA EMERGENCIA: UN CAMINO SIN PAUSA HACIA LA MEJORA CONTINUA

**AUTORES:**

**Domínguez E**, Cano M.

**OBJETIVO:**

Implantar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en el 061 ARAGÓN según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

**METODOLOGÍA:**

Fases en las que se desarrolla el proyecto:

1. Análisis previo.
2. Análisis funcional.
3. Información.
4. Documentación.
5. Implantación.
6. Evaluación.
7. Mantenimiento.

**RESULTADOS:**

- Realización del análisis previo y funcional de la Institución.
- Realización de reuniones de sensibilización a todas las unidades y departamentos.
- Recogida de información y elaboración de los documentos relativos al Sistema de Gestión de la Calidad:
  - Diseño y definición del Mapa de Procesos.
  - Manual de la Calidad (Política de la Calidad / Organigrama).
  - Procedimientos.
  - Instrucciones técnicas.
  - Protocolos y guías de actuación.
- Reuniones de implantación del sistema a todas las unidades y departamentos.

**CONCLUSIONES:**

La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad:nos ha proporcionado un marco de referencia para la mejora continua de toda la Institución así como definir e integrar los procesos necesarios para mejorar los resultados deseados y dirigirlos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano y de todas las partes interesadas.

**TITULO:**

Estrategia de intervención grupal para el uso racional de antibióticos en atención primaria.

**AUTORES:** Bárcena M, Coscollar C, **Celaya MC**, Valdeperez J.**OBJETIVO:** Evaluar el impacto de una estrategia dirigida a mejorar la prescripción de antibióticos en el ámbito de la atención primaria.**METODOLOGÍA:** Es un estudio de intervención y el criterio de inclusión son los equipos de atención primaria del sector Zaragoza I y II.

Se elabora un Documento que recoge el tratamiento antibiótico de las infecciones más frecuentes en atención primaria basadas en la evidencia científica y en datos de resistencias bacterianas locales. Este Documento recoge las infecciones de vías respiratorias altas e infecciones del tracto urinario y se remite a todos los equipos durante el mes de diciembre del 2002. Dos facultativos de atención primaria imparten sesiones interactivas en 35 equipos con participación de los facultativos de atención primaria durante los primeros meses del 2003.

Las variables a medir son los siguientes indicadores de calidad de la prescripción:

% Envases Antibióticos / total envases, % Envases Penicilinas / total envases Antibióticos, % Envases Cefalosporinas / total envases Antibióticos, % Envases Cefalosporinas 3ª generación / total envases Cefalosporinas, % Envases Macrólidos / total envases Antibióticos y % Envases Fluorquinolonas / total envases Antibióticos.

**RESULTADOS:** En la siguiente tabla se recogen los valores obtenidos para los indicadores de calidad de la prescripción de antibióticos evaluados antes y después de la intervención.

	Sector Zaragoza I y II					
	Antes de la intervención				Después de la intervención	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
% Envases Antibióticos / total envases	7,01%	5,99%	6,13%	<b>5,52%</b>	<b>5,37%</b>	5,15%
% Env Penicilinas / total env Antibióticos	25,63%	25,71%	24,47%	<b>23,75%</b>	<b>23,86%</b>	23,92%
% Env Cefalosporinas / total env Antibióticos	15,36%	14,29%	12,64%	<b>12,38%</b>	<b>12,22%</b>	12,16%
% Env Cefalosporinas 3ª g / total env Cefalosporinas	16,77%	18,46%	21,67%	<b>23,01%</b>	<b>19,41%</b>	19,32%
% Env Macrólidos / total env Antibióticos	20,36%	19,79%	20,73%	<b>21,23%</b>	<b>20,37%</b>	20,10%
% Env Fluorquinolonas / total env Quinolonas	5,44%	5,70%	6,71%	<b>7,20%</b>	<b>7,07%</b>	7,12%

Tras la intervención se observa una mejora en todos los indicadores evaluados siendo el indicador de cefalosporinas de 3ª generación el que consigue una disminución del 15% respecto al año anterior, manteniéndose durante el 2004.

**CONCLUSIONES:**

- Este estudio demuestra el impacto de la intervención grupal en la prescripción de antibióticos en atención primaria. La mejora de la prescripción redonda en una mejora de los patrones de resistencia bacteriana locales a los antibióticos, así como en una utilización más adecuada de estos fármacos.
- La mejora obtenida se mantiene en el tiempo siempre y cuando se refuerce de manera periódica y se continúe con un seguimiento personalizado.
- Al no disponer de datos de indicación, no es posible valorar la adecuación de los tratamientos antibióticos en los distintos procesos infecciosos.

**TÍTULO:** Proyecto 2003: HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD INTEGRAL II.

**AUTORES:** Hijos L. A., Andrés M.J., Campos C, Doste D, Ara D, Gallego A et al.

**OBJETIVO:** Realizar un plan de mejora integral pretendiendo que englobe:

- 1.-Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha.
- 2.-Mejorar la organización del grupo de trabajo en calidad y del EAP.
- 3.-Detección y selección de **nuevos problemas** que puedan surgir.
- 4.-Solucionar déficits estructurales.
- 5.-Mejorar la atención en el campo sociosanitario (programa de atención al joven y plan de ayuda al fumador).

**METODOLOGÍA:**

Mediante reuniones específicas de calidad (asistencia EAP) y actividades de Grupos de Trabajo en Calidad realizamos las distintas actividades. Entre las mismas destacamos: monitorización del programa de HTA, reevaluación de atención climaterio, riesgo cardiovascular, formación continuada y la identificación y priorización de nuevos problemas analizando sus causas.

**RESULTADOS:**

1.- **Monitorización RCV:** Por el mismo sistema fueron rechazadas ambas muestras (diciembre 2002 y Junio del 2003). Aun así podemos evidenciar un aumento del cumplimiento del criterio de un 8,51% al 44,57 % de la última muestra.

**Reevaluación climaterio:** La puntuación total del nivel de conocimientos aumentó en las mujeres que presentan niveles altos y medios de conocimientos. En el análisis del proceso, aumento el cumplimiento en los criterios de seguimiento, disminuyendo los relativos a la valoración inicial.

**Valoración de la Formación Continuada:** Los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados. En la encuesta obtenemos un índice de satisfacción general del 81,11%, resultando mayor en las sesiones clínicas.

2.-**Aspectos organizativos EAP.** Se realizó una normativa para las reuniones, siendo aceptada por el EAP. La asistencia a las reuniones del EAP es aceptable tanto a las reuniones específicas de Calidad como a las propiamente informativas-organizativas. Todos los estamentos participan en las mismas: medicina, enfermería, refuerzos y personal administrativo.

3.- Priorizamos la **toma de responsabilidades**, creando un grupo focal de calidad para analizar las causas (diagrama de Ishikawa) e instaurar medidas de mejora. Este punto optimiza asimismo la organización del EAP.

4.- Entre los **déficits estructurales** fue priorizada la insonorización de las consultas.

5.- **Programa del Joven:** En el centro educativo fueron atendidos 40 alumnos (23,4 % de la población diana) y se realizaron 3 actividades educativas grupales. El motivo más frecuente fue la vacunación con un 77,5 % y un 17,5 % problemas psicofísicos.

**CONCLUSIONES:**

En el camino emprendido podemos considerar haber dado un paso hacia delante, no sin algún retroceso como pueden ser los problemas con la base de datos del PAPPS, las resistencias al cambio en la valoración del RCV, la puesta en marcha de actividades paralelas en el Programa del Joven. Asimismo, el meticuloso abordaje del área de mejora priorizada (“toma de responsabilidades”) ha influido en las demás actividades realizadas por el EAP de Grañén.

En nuestro siguiente paso veremos cómo las áreas de responsabilidad encontradas nos pueden llevar hacia un primer mapa de procesos a un nivel general. Tampoco podremos olvidar que hay que garantizar la continuidad de las actividades realizadas, abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro de salud.

**TITULO:**

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS DOMÉSTICOS.

**AUTORES:** Calvo MJ, Recreo J, Domec C, Nivelá S.

**OBJETIVO:**

La erradicación de la violencia, en concreto la de género, es una asignatura pendiente de la humanidad.

Garantizar el derecho de la víctima de malos tratos a recibir asistencia sanitaria, asesoramiento jurídico y social, favorecer su denuncia, y proteger su integridad e intimidad.

**METODOLOGÍA:**

Puesta en marcha del Protocolo de Actuación Sanitaria ante los malos tratos domésticos, en el servicio de urgencias en 2001. Se analizan los casos atendidos desde 2001 hasta 2003, de acuerdo con protocolo y con los campos de el Parte al Juzgado Específico de Malos Tratos.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo estudiado aparecen 28 pacientes atendidas víctimas de malos tratos, constanding 23 partes al juzgado según protocolo, de ellos 21 se encontraban en la historia clínica de la paciente.

De 28 pacientes atendidas, el 64,28% acuden al servicio de urgencias de forma voluntaria, sin derivación de otras instituciones; el 93% son mujeres; el 42,85% están casadas, con una media de edad de 30 años. El 57% es de nacionalidad española, y el 78,57% viven en Huesca ciudad.

De 28 pacientes, el 85,71% son agredidas por su pareja, el 82% en su domicilio, el 50% en la franja horaria de 20 a 8 horas, el 85,71% son agredidas mediante golpes concretados en forma de puñetazos y patadas. El 32,14% declaran haber sufrido agresiones previas, y en el 25% de los casos existen indicios de agresión previa. El 21,42% se encontraban embarazadas en el momento de la agresión. El 60,71% se encontraban en estado de ansiedad, y el 14,28% asintomáticas emocionalmente.

De las lesiones iniciales, su pronóstico fue de leve en el 64,28%, de menos grave el 14,28% y de grave el 17,85%. El 39,28% requirieron atención especializada, siendo los servicios consultados: ORL, OBS, TRA, GIN, PSQ, CGD. Tras su atención en urgencias, el 42,85% requieren atención en consultas especializadas, acudiendo un 83,33%.

*Tras su atención: únicamente el 21,42% se deriva al dispositivo de ayuda.*

**CONCLUSIÓN:**

Se evidencia la necesidad de mejorar la protección de las víctimas de Malos Tratos, su asesoramiento jurídico y social; en definitiva el que reciba una atención integral, por lo que durante 2004, coordinado por el Instituto Aragonés de la Mujer, se establece un nuevo protocolo de actuación que implementa el anterior y que integra a todas las instituciones que participan en la atención a las víctimas de Malos Tratos Domésticos.

Un protocolo que asegura que la víctima de malos tratos reciba asesoramiento jurídico y social, se favorezca su denuncia, y se proteja su integridad e intimidad.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO REGISTRO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

**AUTOR:**

Viñuales C.

**OBJETIVO:**

Evaluar el nivel de cumplimentación del nuevo registro, el grado de confianza de los datos registrados y conocer los márgenes de actuación para la mejora en la satisfacción de las necesidades básicas evaluadas.

**METODOLOGÍA:**

Tipo de estudio: Cuantitativo y descriptivo.

Población estudio: Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de medicina interna del 01/12/03 al 29/02/04. Muestra: 232 pacientes, estudiados en 6 cortes aleatorios. Para conocer el grado de confianza de los datos registrados, estos fueron comparados con un segundo dato en una recogida posterior.

**RESULTADOS:**

1. Nivel de cumplimentación del registro: 82'4% (Comida 77%, Sueño 95% y Actividad 74'4%)
2. Grado de confianza de los datos registrados:
  - ❑ Alimentación (comida): Concordancia Total 93'4%.
  - ❑ Sueño: Concordancia Total 77'13%, Parcial 20'21% .
  - ❑ Actividad: Concordancia Total 51'03, Sin concordancia 10'35%.
3. Grado de satisfacción de las necesidades:
  - ❑ Alimentación (comida): Bien, se come la dieta prescrita, todo o mas de  $\frac{3}{4}$  partes: 80'26%.
  - ❑ Sueño: Bien 68'09%, Regular 21'81% y Mal 10'10%.
  - ❑ Actividad: Pasean por el pasillo, al menos 1 vez al día: 38'62%, pasean por la habitación, acceden al WC al menos 1 vez al día, pero no acceden al pasillo 31'72%, sillón, sentados al menos 1 vez al día, pero no acceden al WC: 18'62% y cama, todo el día en la cama: 11'03%.

**CONCLUSIONES:**

- ✓ Consideramos satisfactorios los datos obtenidos en cumplimentacion.
- ✓ En cuanto a los niveles de confianza se debe diferenciar entre las tres necesidades:
  - Alimentación (comida): Altos.
  - Sueño: Medios. Existe una subestimación por parte de los profesionales de la percepción subjetiva que el paciente tiene de su descanso nocturno cuando este lo considera insatisfactorio.
  - Actividad: Bajos. Se reseñan mayores cotas de inactividad de las reales. Este resultado es atribuible a la inexactitud de la definición de los símbolos correspondientes a sillón y cama y al desconocimiento de los profesionales de que este apartado de actividad esta enfocado como la "actividad máxima".
- ✓ Los porcentajes de insatisfacción en las necesidades estudiadas (19'74 en la comida y 31'91 en sueño, no aplicable en este apartado la actividad) nos obliga a profundizar en el origen de los mismos, esto es, las fuentes de dificultad que los generan, para una vez conocidas estas, diseñar y aplicar las intervenciones mas adecuadas.

**TITULO:**

CONTROL ESTADISTICO DE LA CALIDAD EN UNA ACTIVIDAD DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.

**AUTORES:**

**Albiñana J,** Gómez R, Galve A, Carrasco S.

**OBJETIVO:**

Monitorizar la estabilidad del servicio de cirugía menor implementado. Demostrar la normalidad estadística, para asegurarnos posteriormente que se mantiene unos niveles de calidad aceptable en ésta actividad tras evaluar un ciclo de mejora previo e identificar si los hubiera aspectos-problema o priorizar nuevas oportunidades de mejora.

**METODOLOGÍA:**

Estudio realizado en el EAP Teruel Rural del SALUD, con una población aproximada de 2.400 usuarios. Estudiamos la estabilidad de la actividad desarrollada desde octubre de 2002 hasta mayo de 2004 utilizando gráficos de control y de desarrollo. Para estudiar si encontramos con niveles de calidad aceptable de la actividad tras la evaluación de un ciclo de mejora previo (octubre 2003) emplearemos el muestreo para la aceptación de los lotes (LQAS) de las intervenciones realizadas entre octubre 2003 y mayo 2004 utilizando cuatro indicadores: 1.- Constancia del diagnóstico que motivó la intervención. 2.- Identificación y presencia de dos profesionales en la intervención. 3.- Descripción de la técnica empleada. 4.- Existencia de consentimiento informado. La evaluación se realizó sobre la base de datos diseñada para este fin procesando los datos con el Programa de Gestión de Calidad Asistencial IQUAL® Proyecto incluido en el Programa de Apoyo a la Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragón de Salud BOA 15/11/2002.

**RESULTADOS:**

Desde octubre de 2002 hasta el 30 de mayo de 2004 hemos realizado 137 intervenciones. El análisis del gráfico de desarrollo para valores absolutos (número de intervenciones mensuales, seguimiento de 20 meses) nos determina una mediana de 7 sin patrones significativos de variación. El análisis del gráfico de control para valores individuales el valor medio es 7, la tolerancia ( $\pm s$ ) es 3.453, el límite inferior  $-3.358$  y el límite superior  $17.36$  y no encontramos ninguna situación significativamente fuera de control. Para el LQAS en todos los casos definimos un error tipo I del 5% y una especificidad del 80%. Indicador 1 : (Diagnóstico) estándar (e) 95%, umbral (u) 85%, muestra (m) 44, número decisional (nd) 39; cumplimiento 100%. Indicador 2: (Profesionales) (e) 90%, (u) 75%, (m) 33, (nd) 26; cumplimiento 100%. Indicador 3: (Técnica) (e) 95%, (u) 80% (m) 22, (nd) 19; cumplimiento 95.45%. Indicador 4: (Consentimiento) (e) 95%, (u) 85%, (m) 44, (nd) 39; cumplimiento 100%.

**CONCLUSIONES:**

Con la monitorización no hemos detectado problemas de calidad en el proceso que previamente hemos demostrado que está controlado estadísticamente y por lo tanto no se hace preciso en este momento aplicar medidas correctoras.

**TÍTULO:**

PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

**AUTORES:**

**Povar J**, Requena A, Bustamante E, Gil de Bernabé J, Casado B, Javierre M, Garcés C, et al.  
*Servicio de Urgencias . Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**OBJETIVO:**

El proyecto se centra en la mejora de la detección de los pacientes con infarto de miocardio candidatos a terapia de reperfusión y en el inicio precoz de la misma, de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica y el “Plan integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007” (PCI). Los objetivos más importantes son:

- 1.- Disminuir los retrasos asistenciales intrahospitalarios en los pacientes con infarto de miocardio
- 2.- Reducir la demora en la aplicación del tratamiento de reperfusión cuando está indicado
- 3.- Mejorar la coordinación con la asistencia prehospitalaria, UCI, hemodinámica y cardiología.

**METODOLOGÍA:**

- 1.-Planificación del proyecto con la metodología del ciclo de mejora continua de la calidad.
- 2.-Revisión bibliográfica.
- 3.-Análisis del circuito del paciente y detección de problemas (grupo nominal).
- 4.-Sugerencia de soluciones y priorización de las actuaciones.
- 5.-Selección de los indicadores más adecuados a los objetivos del proyecto: demora en la realización del ECG, tasa de fibrinólisis en prioridad I y tiempo puerta-aguja en prioridad I.
- 6.-Implementación de las medidas de mejora.
- 7.-Evaluación de resultados (medida de los indicadores con periodicidad semestral).

**RESULTADOS:**

Las actuaciones realizadas hasta ahora incluyen:

- 1.- Análisis del circuito asistencial de realización e interpretación precoz del primer ECG en los pacientes con dolor torácico
- 2.- Actualización y difusión del material de apoyo para la toma de decisiones clínicas entre el personal del Servicio de Urgencias (Médicos adjuntos y personal de enfermería).
- 3.- Actividades formativas específicas dirigidas a los médicos residentes que participan en tareas asistenciales en el Servicio de Urgencias
- 4.-Monitorización de los indicadores con periodicidad semestral
- 5.- Introducción del sistema de gestión por procesos en la asistencia al Infarto de miocardio en el H U Miguel Servet, colaborando en la elaboración del proceso junto con el resto de servicios implicados (061, Cuidados Intensivos, Hemodinámica, Cardiología y Rehabilitación).

La monitorización de indicadores en el primer semestre de 2005 indica una clara mejoría de la tasa de fibrinólisis en prioridad I (pasa de un 42% a un 65%) y un retroceso de los indicadores que miden la demora del ECG y el tiempo puerta aguja, que se sitúan en las cifras del primer semestre de 2004 tras la implantación del nuevo sistema de triaje en 2005. El número total de FL realizadas en el SUH sigue una tendencia ascendente desde el inicio del proyecto.

**CONCLUSIONES:**

- 1.-Desde la puesta en marcha del proyecto de calidad ha aumentado la tasa de FL en prioridad I y el número de pacientes tratados con FL en el SUH.
- 2.-Consideramos que el grado de conocimientos y de competencia técnica del Servicio ha mejorado globalmente durante este tiempo.
- 3.-La modificación del sistema de triaje debe obligarnos a rediseñar el circuito asistencial para reducir la demora puerta-ECG y el tiempo puerta-aguja.
- 4.-Se está mejorado la coordinación con otros servicios implicados (Gestión del Proceso del IAM)

**TÍTULO:**

CONTROL DOCUMENTAL DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVIDO DE MICROBIOLOGÍA A TRAVÉS DE INTERNET.

**AUTORES:**

García Márquez JM, Rezusta A, Egido P, **Revilla MJ** y miembros Grupo de Mejora de la Calidad de Microbiología.

**OBJETIVO:**

Determinar una manera de control documental segura, eficaz y de bajo coste utilizando las tecnologías informáticas. Solucionar la necesidad del control de los documentos en un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 en un Servicio de Microbiología.

**METODOLOGÍA:**

La solución consiste en la búsqueda, adecuación y puesta en funcionamiento de una herramienta informática accesible que permite ubicar los documentos de un sistema de gestión de la calidad en un servidor de aplicaciones web.

**RESULTADOS:**

Se ha estructurado una aplicación informática y una base de datos de libre distribución. A través de ella se realiza la administración centralizada de los documentos. El acceso a los mismos por parte de los usuarios se hace de forma controlada y segura a través de Internet. La distribución de documentos se realiza a tiempo real mediante correo electrónico con acceso directo a los mismos.

**CONCLUSIONES:**

El control de los documentos de un Sistema de Gestión de la calidad de un Servicio de Microbiología basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 se puede realizar por medio de una aplicación informática en Internet sencilla, accesible, económica y de fácil manejo.

**TÍTULO:**

RESULTADOS DE UN ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA (HCU).

**AUTORES:**

Júdez D, **Altarribas E**, Barrasa JI, Mareca R, Peinado R, Ramírez T.

**OBJETIVO:**

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención que reciben en las Consultas Externas del HCU. Era una de las áreas de mejora priorizadas en la autoevaluación EFQM 2003.

**METODOLOGÍA:**

A partir de un estudio piloto en cuatro consultas se validó el grado de comprensión de un cuestionario autoadministrado basado en SERQUHOS y se calculó un tamaño de muestra (proporción esperada de muy satisfechos 33 %; precisión 4%; nivel de confianza 95 %; tasa respuesta 30 %) de 1700 pacientes. El sondeo se realizó entre los días 25 octubre-4 noviembre de 2004 y el muestreo fue aleatorio sistemático y proporcional por volumen de consultas en todas las consultas de especialidad dependientes del HCU. La base de muestreo eran los pacientes que acudían a una cita cada día a lo largo de las 2 semanas del estudio. Análisis descriptivo posterior de las respuestas obtenidas.

**RESULTADOS:**

Tasa de respuesta: 43,1 %. Cerca del 68 % (IC= 64 %-71%) de los pacientes se muestran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida. La apariencia (limpieza y uniforme) y la amabilidad del personal son los aspectos mejor valorados por los pacientes, que en un 84,3 % (IC= 82% - 87%) y un 72,5 % (IC= 69% - 76%), respectivamente de las ocasiones declaran sentirse satisfechos con estas dos cuestiones. Los trámites administrativos para la citación (34,8 %; IC= 31% - 38%) y la puntualidad de la asistencia (41,4%; IC=38% - 45%) son las circunstancias menos apreciadas. Con relación a la información médica, la documentación, el interés y la confianza y seguridad del personal, la satisfacción general también es alta (por encima del 60%). No había diferencias entre la proporción de pacientes satisfechos en los servicios médicos (70,7 %; IC 65,8%-75,6 %) y los quirúrgicos (65,3%; IC=60,4% -70,2%). La confianza y seguridad, la información proporcionada por los médicos y el interés del personal eran los factores más correlacionados con la satisfacción general ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIONES:**

Aunque la satisfacción general de los pacientes con la atención que reciben en consultas externas es alta, pueden mejorarse todavía aspectos relacionados con los trámites administrativos, la puntualidad, la información clínica, y la documentación entregada, los cuatro problemas principales puestos a la luz por la encuesta.

**TÍTULO:**

ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y REPERSUSION ECONÓMICA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA”.

**AUTORES:**

Salvador T; Arrabal P; Pardo P; Martínez A; Montis F.

**OBJETIVO:**

Analizar cuantitativa y cualitativamente la actividad asistencial de la Unidad de Pacientes Externos (UPE), y su repercusión económica, identificando las patologías y medicamentos que suponen mayor gasto.

**METODOLOGÍA:**

Estudio retrospectivo de 4 años de duración (2001-2004). Los indicadores económicos y de actividad se han calculado mediante el programa informático de farmacia Land-Tools®.

**RESULTADOS:**

El consumo total de la UPE durante el período mencionado supone anualmente un 32% del gasto total del hospital, con unas tasas anuales de crecimiento del gasto del 15%. El número total de pacientes atendidos pasó de 1105 en el año 2001 a 1658 en 2004 (33,35%).

Por patología, el grupo de pacientes más numeroso ha sido el de VIH y el de pacientes en tratamiento con eritropoyetina asociada a quimioterapia. El coste medio anual por paciente y por patología más relevante es el de pacientes con hipertensión pulmonar arterial.

Los medicamentos que más han repercutido sobre el gasto han sido los antirretrovirales, la eritropoyetina y los interferones.

**CONCLUSIONES:**

La repercusión que a nivel económico tiene el consumo en medicamentos de la UPE pone de manifiesto la necesidad de aumentar la calidad asistencial de esta unidad, con el fin de garantizar que los pacientes atendidos utilicen de forma racional los medicamentos y proporcionarles una atención farmacéutica integral, con seguimiento de la terapia en las patologías crónicas.

