

# III JORNADAS DE TRABAJO SOBRE

# calidad en salud

ZARAGOZA, 16 Y 17 DE JUNIO DE 2004



Ya están aquí las **Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD de 2004**. Son ya las terceras, lo que significa un acontecimiento todavía joven, pero seguro que con vocación de madurar y mejorar.

Las Jornadas corren paralelas a la evolución del **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD**. Antes de acabar este mes de junio, se resolverá la selección de proyectos para la convocatoria de este año. En este caso, se trata de la quinta que se realiza y por cierto, con una participación mayor cada año que pasa, lo que indudablemente, traduce el interés y las expectativas de los profesionales de SALUD y su compromiso con la mejora de la calidad de la atención que prestan a sus pacientes y usuarios. Y eso a pesar de los numerosos problemas "burocráticos" que muchos de los proyectos seleccionados tienen que superar cada año. Aseguro que vamos a intentar mejorar esta y otras facetas del Programa.

Es conveniente recordar que el Programa, con sus Jornadas, es uno de los elementos del **Sistema de Calidad en SALUD** y pretende apoyar a los profesionales en sus esfuerzos por proporcionar cada día con su trabajo, la mejor atención posible. En ese nivel tiene lugar lo que denominan la "microgestión" y es donde se ofrecen las principales oportunidades de mejora. El Sistema de Calidad además, tiene que intervenir en otros niveles, por eso en SALUD estamos utilizando el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, más conocido como **EFQM**, como herramienta para mejorar nuestro sistema de gestión y como marco para evaluar nuestros progresos.

En estas "III Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD", vamos a conocer muchas de las experiencias que están llevando a cabo los profesionales en Aragón. Y vamos a conocer cómo están empleando el Modelo EFQM en otras Comunidades Autónomas. También hablaremos sobre Guías de Práctica Clínica y aprenderemos qué aporta la Gestión por Procesos a la mejora de la calidad. Para finalizar las Jornadas, reflexionaremos sobre los riesgos que se pueden originar y los sucesos adversos que pueden tener lugar en la práctica de cada día.

Todas estas materias constituyen aspectos claves del "**Plan de Actuación 2004-2006 del Sistema de Calidad en SALUD**" que a partir del momento de celebración de estas Jornadas va a ser divulgado, debatido y mejorado.

Por último, quiero transmitir mi agradecimiento a todos los asistentes y participantes, por vuestra presencia ahora y por vuestro trabajo diario. Que las III Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD sean interesantes, fructíferas y de vuestro agrado.

Zaragoza, 16 y 17 de junio de 2004

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonio Brun Macipe', written over a circular stamp or mark.

Antonio Brun Macipe  
Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud



## ORGANIZACIÓN

Las Jornadas no se podrían realizar sin la colaboración de los coordinadores de calidad de todas las Direcciones de Atención Primaria, de los Hospitales y otros centros de SALUD.

También ha sido inestimable la colaboración de otras personas de SALUD y con el riesgo de olvidar a muchas, hay que recordar a M<sup>a</sup> Angeles Salcedo, M<sup>a</sup> Mar Barrabés, Ana Pernas, Pedro Sanz, Santiago Soria, Francisco Romea y Sara Anadón.

Las mesas de comunicaciones serán moderadas y atendidas por José Miguel Celorrio, Rafael Sánchez, Reyes Abad, José Ignacio Barrasa, Julio Coca, Juan Carlos Carrión, Ana Aller, José Puzo, M<sup>a</sup> Pilar Rodrigo, Antonio Misiego, Diego Júdez, Mabel Cano y otros más; mientras que Javier Valdepérez, Juan Ramón García Mata y Roberto Garuz dinamizarán las mesas de contenidos específicos.

La organización de todo lo anterior ha sido coordinada por un equipo constituido por Asunción Cisneros, Coordinadora de Formación de SALUD; Diana Serrano, Coordinadora de Calidad de Atención Primaria del Sector 3 de Zaragoza; Juan Ramón García Mata, Coordinador de Calidad del Hospital Universitario Miguel Server de Zaragoza y Juan Carlos García Aísa, Coordinador de Calidad de SALUD.



## PROGRAMA

	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 16</b> <b>Hora:</b> <b>16'00</b>	Presentación		
	<b>Salón Actos</b>	<b>Sala 105</b>	<b>Sala 115</b>
<b>Día 16</b> <b>Hora:</b> <b>16'30</b>	<b>MESA 1</b> Experiencias de calidad  9 comunicaciones	<b>MESA 2</b> Experiencias de calidad  11 comunicaciones	<b>MESA 3</b> Estandarización y Gestión por Procesos 10 comunicaciones
	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 16</b> <b>Hora:</b> <b>18'30</b>	¿Qué es eso de emplear “guías de práctica clínica”?		
	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>9,30</b>	La mejora de Calidad en Aragón, a propósito de cuatro casos		
	<b>Salón Actos</b>	<b>Sala 105</b>	<b>Sala 115</b>
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>11'30</b>	<b>MESA 4</b> Gestión de Calidad y Grupos de Mejora 5 comunicaciones	<b>MESA 5</b> Gestión de Calidad y Grupos de Mejora 5 comunicaciones	<b>MESA 6</b> Experiencias de calidad  5 comunicaciones
	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>12,30</b>	El modelo europeo de calidad (EFQM) en los servicios de salud		
	<b>Salón Actos</b>	<b>Sala 105</b>	<b>Sala 115</b>
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>15'30</b>	<b>MESA 7</b> Experiencias de calidad  8 comunicaciones	<b>MESA 8</b> Estandarización y Gestión por Procesos 8 comunicaciones	<b>MESA 9</b> Gestión de Calidad y Grupos de Mejora 8 comunicaciones
	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>17'00</b>	Mejorar la continuidad, disminuir la variabilidad: ¿Qué aporta la gestión por procesos?		
	<b>Salón de Actos</b>		
<b>Día 17</b> <b>Hora:</b> <b>18'30</b>	Acontecimientos adversos derivados de las actuaciones sanitarias		



<b>INDICE</b>	<b>PÁG.</b>
<b>PROGRAMA</b>	1
<b>¿Qué es eso de emplear “guías de práctica clínica?. Modera: Javier Valdepérez</b>	6
Fernando Gomollón.	
Vicente Estremera	7
Pedro Malumbres	
Natalia Enríquez	
<b>La mejora de la calidad en Aragón, a propósito de cuatro casos. Modera: Juan Ramón García Mata</b>	13
M <sup>a</sup> Victoria Fustero	15
José Manuel Cucullo	23
José Ramón Ara	29
Luis Hijós	30
<b>El Modelo Europeo de Calidad (EFQM) en los servicios de salud. Modera: Roberto Garuz.</b>	35
Josep Davins	37
Oscar Moracho	45
<b>Mejorar la continuidad, disminuir la variabilidad: ¿Qué Aporta la gestión por procesos? Modera: Roberto Garuz.</b>	47
Francisco J. Torrubia Romero	49
Josema Martínez	75
<b>Acontecimientos adversos derivados de las actuaciones sanitarias: Carlos Aibar Remón</b>	79
<b>MESA 1</b>	93
Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva Del H.U. Miguel Servet.Palacios V;Hospital Universitario “Miguel Servet”.	95
Mejora de la Atención al Paciente Prequirúrgico mediante la implantación de una Unidad de acogida en el bloque quirúrgico. Félix M; Hospital Clinico Universitario “Lozano Blesa”	96
Atención del lesionado medular agudo traumático en la U.L.M.E: Coordinación con los diferentes Hospitales. Ledesma L; Hospital Universitario “Miguel Servet”	97
Identificación y priorización de necesidades y estrategias de mejora de la calidad de los cuidados en el H.C.U “Lozano Blesa”. Altarribas E;Hospital Clinico Universitario “Lozano Blesa”	98
¿Por Qué No Acuden Los Pacientes A La Consulta De Neurologia?. Sanz Jc; Hospital Clinico Universitario “Lozano Blesa”	99
Muerte Súbita Extrahospitalaria. ¿Sabrían Los Familiares Realizar La Reanimación Cardiopulmonar Básica?. Lukic A; Hospital Universitario “Miguel Servet”.	100
¿Se puede mejorar la eficiencia en procedimientos cardiológicos percutáneos? Dispositivos hemostáticos vasculares femorales. Galache Jg; Hospital Universitario “Miguel Servet”	101
Un Suceso Centinela: Fallecimientos en lista de espera quirúrgica (Leq). Barrasa Ji; Hospital Clinico Universitario “Lozano Blesa”	102
Implementación de la técnica del Ganglio Centinela de la mama en el Hospital de Barbastro. Matute Ms; Hospital de Barbastro	103
<b>MESA 2</b>	105
Adecuación del tratamiento con benzodiazapinas, hipnóticos y antidepresivos e incorporación de terapias no farmacológicas para la ansiedad y/o depresión en atención primaria (fase II). Montón C; E.A.P. CASABLANCA	107
¿Mejoramos la calidad de cuidados del paciente diabético? Resultados de una reevaluación. Granado M; E.A.P. CARIÑENA	108
Atención de enfermos terminales y sus familias. Testamento vital centro salud luna. 2002. Echeverri AI; E.A.P. LUNA	109
Mejora de la atención sociosanitaria al inmigrante en el CS Santo Grial. Idáñez D. E.A.P. Santo Grial (Huesca)	110
Ciclo de mejora continua de calidad en la deshabitación tabáquica en atención primaria Bartolomé CB	111
E.A.P. Teruel Urbano	
Aplicación del ciclo de mejora al diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Díez J; E.A.P. “Avda. Cataluña - Hospital Royo Villanova”	112

<b>INDICE</b>	<b>PÁG.</b>
Ciclo de mejora de calidad en el servicio de cirugía menor y estudio de satisfacción de los pacientes. Gómez R; E.A.P. Teruel Rural	113
Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante la hoja de interconsulta. Ascoz C; E.A.P. Monreal del Campo	114
Proyecto 2002: Hacia la mejora de calidad integral I. Hijós L; E.A.P. Grañén	115
Aportación de la consulta telefónica en pediatría en la educación para la salud en la zona de salud de Teruel. Montaner M; E.A.P. Teruel Urbano	116
Control estadístico de la determinación del riesgo cardiovascular en un programa de dislipemia. Turón, JM; E.A.P. Andorra	117
<b>MESA 3</b>	119
Resultados e impacto de una vía clínica para prostatectomía radical, tras dos años de su implantación. Lascorz I; Hospital San Jorge de Huesca	121
Mapa de procesos en oncología radioterápica. Bellosta R; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	122
Sistema de gestión de la calidad para acreditación según ISO 15189. Luces y sombras. Marta V; Hospital Universitario "Miguel Servet"	123
Vía clínica del accidente isquémico transitorio (AIT). Estrategias de implantación y resultados 2002-2003. Marta J; Hospital Universitario "Miguel Servet"	124
Calidad en la emergencia: Un camino sin pausa hacia la mejora continua. Cano, MI; Gerencia 061 - Aragón	125
Informe del seguimiento de normas de prevención de infección quirúrgica desde las unidades de hospitalización. Puyuelo C; Hospital San Jorge de Huesca	126
Gestión de procesos en los laboratorios: "Proceso para la obtención y distribución de muestras en U.C.L." del H.C.U "Lozano Blesa". Cervera MP; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	127
Mapa de procesos del área de admisión y de la atención a domicilio en un centro de salud. Antoñanzas A; E.A.P. Delicias Sur	128
Estandarización de informes clínicos en el hospital clínico universitario. Del Pino, L; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	129
Gestión por procesos según el modelo EFQM en el CS Utrillas. Luño B; E.A.P. Utrillas	130
<b>MESA 4</b>	131
¿Por qué motivos los pacientes no acuden a las consultas de especialidades del hospital?. Rodrigo P; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".	133
Elaboración y desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica y control de la mortalidad hospitalaria. García-Montero JI; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".	134
Elaboración de un método para clasificar y analizar las sugerencias de los pacientes. Arencibia M; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".	135
4. La opinión de los usuarios sobre los servicios de Atención Primaria en Aragón. Encuesta 2003. García-Orea MA; Dirección Gerencia de Salud.	136
El modelo europeo de excelencia (EFQM), una herramienta para mejorar en el Servicio Aragonés de Salud. García-Aísa JC; Dirección Gerencia de Salud.	137
<b>MESA 5</b>	139
Evaluación interna del proceso de atención al paciente en el Centro de día. Tarí A; Centro de día Romareda.	141
Incorporación de los servicios de la división de gestión en la gestión de calidad. Vela ML. Hospital Universitario "Miguel Servet"	142
Plan de calidad de la red española de psiquiatría de enlace y psicósomática. Sarasola A; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" Servicio de Psicósomática.	143
Calidad de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. García-Pardos A; Centro de Rehabilitación Psicosocial Nª Sra. Del Pilar (Zaragoza).	144
Comunicación interna en atención primaria: Opinión de los profesionales y gestores. Júdez D; Dirección Gerencia de Salud	145
<b>MESA 6</b>	147
La inadaptabilidad como signo de trastorno mental en reclusos. Arroyo JM.; Centro Penitenciario de Zaragoza	149
Estudio de gestión. Estudio comparativo ADEQHOS/AEP. Sancho C.; Hospital Universitario "Miguel Servet"	150
Programa de educación para la salud en personas afectas de patología de raquis. Domínguez MJ.; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	151

<b>INDICE</b>	<b>PÁG.</b>
Programa de formación en salud sexual y reproductiva para mujeres inmigrantes de Zaragoza Tajada M; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	152
Detección y asistencia al riesgo social en el hospital de Barbastro: Características poblacionales. González M.; Hospital de Barbastro	153
<b>MESA 7</b>	155
Adecuación en la petición de pruebas analíticas en el paciente dislipémico. Estudio de utilización. Gil A.; E.A.P. Calamocha	157
Proyecto para mejorar la revisión del pie diabético en la consulta de enfermería de las áreas 2 y 5 de Zaragoza. Lozano ML; E.A.P. Las Fuentes Norte	158
Mejora de la calidad de la espirometría en el centro de salud perpetuo socorro de Huesca. López-Cortés V.; E.A.P. Perpetuo Socorro	159
Diagnóstico y tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo en el medio rural. González A; E.A.P. Sádaba	160
Mejora de calidad en la evaluación del riesgos cardiovascular. Gómez R. E.A.P. Teruel Rural	161
Variabilidad de la práctica médica en la prescripción de fármacos antiulceroso en cupos pequeños. Elfau M.; D.A.P. Sector Teruel	162
Estudio del impacto sobre la Hba1c de un programa de mejora continua de la calidad de los diabéticos del centro de salud de Mora de Rubielos. Teruel. Mora D; E.A.P. Mora de Rubielos	163
Reevaluación de la cobertura vacunal en el CS Cariñena (1993-2003). Oto A; E.A.P. Cariñena	164
<b>MESA 8</b>	165
Creación de una guía de procedimientos para funcionamiento interno del H.C.U."Lozano Blesa". Olano J; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	167
Hacia la implantación de un sistema de gestión de calidad en el servicio de microbiología. Revillo MJ. Hospital Universitario "Miguel Servet"	168
Normalización de procedimientos generales de enfermería con inclusión de indicadores de calidad y diagnósticos de enfermería. Orduna A; Hospital San Jorge de Huesca	169
Implantación de una vía clínica de catarata sin ingreso en un hospital comarcal. Celorrio-Pascual JM; Hospital "Ernest Lluch" de Calatayud	170
Vía clínica de neumonectomía. Una herramienta de trabajo asistencial sólida, efectiva y eficiente. Martínez-Vallina P; Hospital Universitario "Miguel Servet"	171
Protocolo de valoración y gestión de preoperatorios en pacientes quirúrgicos. Broto A; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	172
Implantación en el laboratorio clínico de un sistema de calidad total. Tapia A; Hospital de Barbastro	173
Gestión por procesos en enfermería psiquiátrica: diagnósticos, intervenciones y resultados en la U.M.E. "REY ARDID". Samaniego E ; Residencia Rey Ardid	174
<b>MESA 9</b>	175
Plan de gestión de calidad versus plan estratégico / Plan de empresa en hospital de referencia. García-Mata JR.; Hospital Universitario "Miguel Servet"	177
Implantación del programa "Hospital sin humo" mediante la constitución de un grupo de expertos multidisciplinario. Vela ML.; Hospital Universitario "Miguel Servet"	178
La cultura de calidad como estrategia de mejora continua. Altarribas E.; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	179
El hospital orientado al cliente. La opinión de los agentes sociales como elemento de valor añadido a la planificación estratégica del hospital. Blecua MJ.; Hospital Universitario "Miguel Servet"	180
Grupo de mejora para la utilización de medicamentos. Abad R.; Hospital San Jorge de Zaragoza	181
Detección de oportunidades de mejora en relación con la formación continuada a partir de una encuesta de satisfacción en el hospital clínico universitario. Aznar, V.; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	182
Experiencia de constitución y mantenimiento de un grupo de mejora en el área de gestión. Marco M. Hospital Universitario "Miguel Servet"	183
Desarrollo, validación y aplicación de un sistema para evaluar la gestión clínica de los servicios del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. Barrasa JI.; Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"	184



Día 16  
Hora: 18'30  
SALÓN DE ACTOS

**¿Qué es eso de emplear “guías de práctica clínica”?**

**Modera:** Javier Valdepérez, *Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza I.*

- **Fernando Gomollón**, *Servicio de digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza;*
- **Vicente Estremera**, *EAP Chantrea, Pamplona;*
- **Pedro Malumbres**, *EAP Zalfonada-Picarral, Zaragoza;*
- **Natalia Enríquez**, *Coordinadora de Calidad Direcciones de Atención Primaria de los Sectores Zaragoza I y II;*



## GUIAS DE PRACTICA CLINICA

Ponente: Vicente Estremera, EAP Chantrea, Pamplona;

---

### PUESTA EN MARCHA Y EVALUACIÓN

#### Introducción

Cuando hablamos de guías de practica clínica, nos referimos a una actividad básica en los programas de mejora de calidad , junto con la monitorización y los ciclos de mejora; se trata de **diseñar la calidad** para conseguir hacerlo bien siempre a la primera (Horovitz), es decir diseñamos sistemas y procesos para que la calidad sea "inevitable".

Fases de construcción de un protocolo:

- Fase de preparación
  - \*Elección del problema de salud a protocolizar.
    - Pertinencia
    - Magnitud
    - Trascendencia
    - Vulnerabilidad
  - \*Definir tipo de protocolo.
  - \*Constituir grupo de trabajo.
  - \*Establecer un cronograma.
- Fase de elaboración del documento
  - \*Aproximación fundamentada al tema
  - \*Diseño del documento
  - \*Construcción de algoritmos
  - \*Esquema o modelo de presentación
- Fase de análisis crítico: discusión y pilotaje
- Fase de difusión e implantación
- Fase de evaluación

#### **Evaluación de las Guías de practica clínica:**

La evaluación de las GPC es sin duda el aspecto menos conseguido en general .

La mejor evaluación de una GPC, será comprobar que su utilización produce los efectos deseados en términos de mejora de los resultados que esperamos (efectividad). No obstante, de forma previa a la evaluación de resultados hay aspectos que también son valorables:

- Calidad formal: Si cumple los requisitos indicados en su definición.
- Calidad de contenido : Recomendaciones precisas y validas para el tema.
- Valorar grado de utilización .
- Efectividad . Dependerá en buena medida de conseguir un nivel adecuado en los aspectos anteriores, pero no solo de ello.

La propuesta del IOM ( Instituto de Medicina de EEUU), incluye 100 items entre criterios y subcriterios que son de difícil aplicación en parte porque muchos de los criterios son subjetivos y otros solo pueden evaluarlos personas expertas en el tema. Solo miden **calidad estructural** de las guías.

Adaptaciones posteriores reducen los criterios a 37 (reino unido ) y 25 en EEUU y España (grupo EMCA).

En la propuesta británica se incluyen criterios relacionados con la puesta en marcha del protocolo que tratan de responder las siguiente preguntas:

1. ¿Se sugieren en el protocolo métodos para la diseminación e implementación?

2.¿Se identifican en el documento los elementos clave que deben ser considerados por grupos locales?

3.¿Se especifican criterios para monitorizar el cumplimiento?

4.¿Se identifican estándares u objetivos claros?

5.¿Se definen resultados medibles que puedan ser monitorizados?

Es cierto que cada vez conseguimos guías con mejor calidad formal y de contenido en muchas de ellas, pero todavía habitualmente no podemos contestar afirmativamente a estas preguntas, sobre todo en lo referente a la implementación y a los criterios de evaluación.

Podemos afirmar que distribuir la guía por ampliamente que se haga, no guarda ninguna relación con su aplicación por lo que debemos aportar otras ideas para captar y mantener la atención de los profesionales.

La realidad actual en cualquier consulta de primaria es la de acumulación de gran cantidad de guías, protocolos, programas... que acaban a merced del polvo y son escasamente aplicadas.

Mas adelante veremos el método utilizado en mi Comunidad.

Podemos contemplar la evaluación de la utilización desde estos dos puntos de vista:

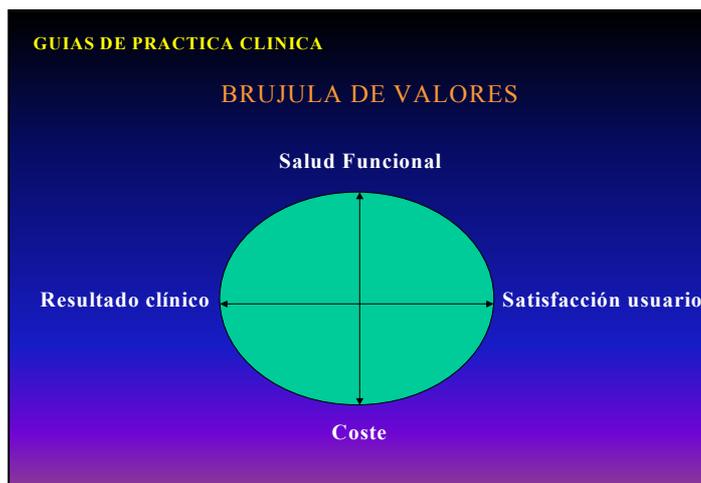
\* Frecuencia de utilización: En que proporción de pacientes de la población diana utilizamos la guía ,sin entrar a valorar si se utiliza correctamente (tendríamos que conocer la prevalencia para calcular la cobertura del servicio).

\* Frecuencia en que se utiliza correctamente: En que proporción se toma adecuadamente la decisión recomendada, para lo que precisamos indicadores de evaluación que la mayoría de las guías carecen.

Las guías de practica clínica en enfermedades digestivas se basan en los criterios del instrumento AGREE (que son estándares europeos sobre los componentes que determinan la calidad de las guías ). Presentan una alta calidad formal y de contenido pero carecen de indicadores de monitorización.

### **Evaluación de la efectividad de las GPC**

Un esquema útil para definir indicadores que evalúen la efectividad de cualquier diseño de atención sanitaria en general es el que se conoce como "**brujula de valores**".



Los cuatro puntos cardinales de la brújula de valores representan los cuatro tipos de resultados sobre los que podemos reflexionar para definir indicadores:

1. Resultado clínico/fisiológico: Signos y síntomas relacionados (dolor, parámetros de análisis, complicaciones, mortalidad...).
2. Resultados en capacidad funcional: Relacionados con las actividades de la vida diaria (trabajo, sueño, autonomía...).
3. Resultados en satisfacción del usuario.
4. Costes tanto directos como indirectos.

Según el tema a protocolizar será más fácil construir uno u otro tipo de indicador, pero no debemos renunciar a definir resultados en cada uno de los cuatro puntos cardinales.

### EXPERIENCIAS EN NAVARRA

#### Ejemplo de la guía de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

En Navarra tenemos un marco de colaboración de Primaria -Especializada en las especialidades más utilizadas por Primaria para la derivación de pacientes.

En cada una de estas dieciocho especialidades, hay nombrado un Comité de Mejora de Calidad formado por profesionales de ambos niveles y de la gestión.

Una de las actuaciones frecuentes de estos comités es el encargo a grupos de trabajo para la elaboración de GPC. En concreto así ocurrió en el Comité de digestivo con el tema de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

El grupo de trabajo, tras hacer una revisión bibliográfica, seleccionó la Guía de ERGE presentada anteriormente dada su gran calidad. Ante la ausencia de indicadores de evaluación, optó por definirlos (aunque solamente indicadores de utilización de la guía y de resultados clínicos). Esto fue así por dos motivos: Posibilitar la evaluación de la guía y permitir el diseño de un estudio de investigación sobre el "impacto" de la implantación de la guía de ERGE en un Centro de Salud, aspecto en el que disponemos de escasas experiencias.

Tratamos de evaluar si la experiencia de realizar actividades de difusión de la guía induce mejoras en la atención a los pacientes afectados por la enfermedad por reflujo y esperamos presentarlo en el congreso de MFyC de Sevilla.

En el caso de una guía de este tipo, con difusión nacional, creemos que los indicadores de evaluación deben ser "de mínimos", para que puedan aplicarse en las diferentes condiciones locales y lleguen a poder ser comparables.

Una vez definidos los indicadores, nos planteamos la **extensión de la guía** mediante la oferta a los EAP de Navarra de dos tipos de actividades:

A- Presentación de la guía en el marco de la docencia que organiza el propio EAP.

B- Organización de Talleres con presentación de casos clínicos y participación activa.

Una tercera posibilidad para la extensión de otros tipos de guías donde el componente sea más práctico (p. ej. Guía de Rodilla), es la organización de estancias en consulta de especialidades (exploración de rodilla, fondo de ojo, infiltraciones, etc.).

Actualmente disponemos en navarra de 13 guías colgadas en Intranet y algunas mas esperan su entrada.

Un aspecto muy importante cuando se van generando guías de practica que aspiran a una implantación a nivel comunitario es el de su "temporización", ya que hay que dar tiempo a que los profesionales no solo conozcan los documentos sino que asuman los cambios de practica que su aplicación pueda suponer.

Para ayudar en esta situación se demuestra de gran utilidad que al implantar una guía nueva, se incluya una **aplicación informática** (diseñado como protocolo en jerga OMI y en el contexto de "planes personales") que nos ofrezca los datos a recoger , los objetivos a alcanzar, los pasos diagnostico a seguir...(ofreceremos algún ejemplo en la presentación )

Día 17  
Hora: 9'30  
SALÓN DE ACTOS

**La mejora de la calidad en Aragón, a propósito de cuatro casos.**

**Modera:** Juan Ramón García Mata, *Coordinador de Calidad del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

- **María Victoria Fustero**, (*"Plan integral de calidad en el EAP de Cariñena"*), *EAP de Cariñena, Zaragoza;*
- **José Manuel Cucullo**, (*"Deterioro funcional: Agilización del proceso diagnóstico, diseño, puesta en marcha, resultados y evaluación de una consulta de alta resolución en el ámbito de la geriatría"*), *Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza;*
- **José Ramón Ara**, (*"Impacto de la implantación del programa de claidad en un servicio médico hospitalario. Problemas y cuestiones pendientes"*), *Servicio de Neurología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza;*
- **Luis Hijós**, (*"La calidad: Un ente o una realidad. Nuestra expedencia"*), *EAP Grañén, Huesca.*



## PLAN INTEGRAL DE CALIDAD EN EL EAP DE CARIÑENA.

Ponente: María Victoria Fustero, E.A.P. de Cariñena, Zaragoza.

---

### Componentes del Equipo de Mejora

<u>Nombre y apellidos</u>	<u>Profesión</u>	<u>Centro de trabajo</u>
Mario Bárcena Caamaño	Médico	Cariñena
Domingo Casbas Vela	Médico	Cariñena
Manuel Granado González	Médico	Cariñena
M <sup>a</sup> Jesús Marqués Polo	Administrativo	Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Cariñena
Israel Roig Bartolomé	Enfermero	Cariñena
Delfín Sarasa Piedrafita	Médico	Cariñena

### Características del entorno

La zona de salud de Cariñena pertenece al Sector 3, del Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón y tiene una población de hecho de 8.124 habitantes según el censo de enero de 1998.

Comprende los siguientes municipios: Aguaron, Aladrén, Alfamén, Cariñena, Cosuenda, Encinacorba, Longares, Paniza, Tosos, Villanueva de Huerva y Vistabella.

MUNICIPIO	HABITANTES	DISTANCIA (KM)	TIEMPO (MINUTOS)
Aguaron	763	5	5
Aladren	78	14	13
Alfamén	1.439	15	11
Cariñena	3.196	0	0
Cosuenda	416	10	9
Encinacorba	337	8	8
Longares	981	8	5
Paniza	720	7	6
Tosos	194	17	18
Villanueva	595	17	15
Vistabella	39	18	22
POBLACION TOTAL 10.501 habitantes (padrón 2002)			

El Equipo de Atención Primaria está constituido por 10 médicos, 7 ATS/DUE, 1 administrativo, 1 matrona y 1 pediatra (estos dos últimos a tiempo parcial) y funciona desde octubre de 1989.

### Experiencia previa en actividades sobre Calidad

En 1990, tras un año de funcionamiento como Equipo de Atención Primaria (EAP), se formó un grupo de Calidad en el Centro de Salud de Cariñena, a raíz de la realización de un curso de formación en el tema, propuesto por la Gerencia del Área y llevado a cabo por varios profesionales del EAP.

El grupo de Calidad lo formaban entonces tres médicos y un enfermero y se realizaron varios ciclos de mejora con reevaluaciones posteriores desde 1990 hasta 1995. A partir de esa fecha como consecuencia de la falta de estímulos y de una serie de factores desmotivadores del grupo:

- El agotamiento que a la larga produce en un equipo, este tipo de actividades, que pocas veces se pueden realizar como sería deseable dentro del horario laboral.
- El abandono de la administración, dejando de realizar actividades de formación sobre este tema y sin valorar el trabajo realizado.
- La introducción de la Evaluación de la Cartera de servicios (1994), como control de Calidad externo, que sobrecargó el trabajo del grupo (los primeros años en Cariñena el grupo de Calidad se encargó de la evaluación de la cartera de Servicios de todo el EAP).

La actividad quedó limitada a la colaboración en la Evaluación anual de la Cartera de Servicios.

En Marzo de 2000, por una serie de circunstancias, como los cambios de personal en los últimos traslados, la creación en el Área de una comisión de Calidad que impulsa nuevamente la formación en Calidad y la aparición del Programa de apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón se produce la reestructuración del grupo y se plantea el desarrollo y la implantación de un **Programa Global de Calidad**.

### Objetivos

El proyecto pretende contribuir a la prestación de una asistencia sanitaria mejor, adecuando los cuidados a las necesidades de los pacientes, mejorando la continuidad de dichos cuidados y aumentando el grado de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes. Desde entonces (año 2000), se vienen planteando anualmente en el EAP unos objetivos específicos, que van teniendo continuidad en el tiempo, se decide la realización de una serie de actividades para conseguir algunos resultados que se plasman en un cronograma y se presenta como proyecto global al **Programa de apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud**, con cuyo aporte económico hemos podido llevar a cabo algunos temas que de otra forma no habrían sido posibles.

## Proyecto 2003

### Oportunidades de mejora o problemas detectados

1. Deficiente control de los pacientes diabéticos
2. Falta de adecuación de los Servicios a las expectativas expresadas por los usuarios
3. Dificultades en el registro y la explotación de los datos de Atención continuada
4. Perfil de prescripción antibiótica mejorable
5. Desconocimiento de la incidencia y control actual de la Cardiopatía isquémica en la ZBS
6. Falta formación en ecografía para el uso aplicado del ecógrafo
7. Tras la reforma del Centro de Salud falta información al usuario acerca de la localización y correcta utilización de los diferentes Servicios: Urgencias, pediatría, matrona etc.
8. Falta formación en el modelo EFQM, sobre todo en lo referido a "Procesos" y generar un cambio cultural en el EAP que permita implantar progresivamente el Modelo Europeo de Gestión de Calidad total, integrando en él las actividades de Calidad ya existentes
9. Deficiencias en el registro de licencias del personal iniciado el año pasado
10. Mala accesibilidad y deficiente control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral de la ZBS
11. Falta revisar y actualizar algunos protocolos clínicos
12. Deficiente comunicación interna y mala coordinación con el equipo de refuerzos/sustitutos.

### Objetivos que se esperan conseguir

1. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad
2. Aumentar la satisfacción de los usuarios, haciéndoles llegar que su opinión ha sido tenida en cuenta
3. Generalizar el uso del programa informático "AMEDAC", diseñado para el registro y explotación de datos de Atención Continuada
4. Mejorar el perfil de prescripción antibiótica de la ZBS y los criterios de Calidad de prescripción antibiótica
5. Mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Cardiopatía Isquémica, para disminuir sus complicaciones
6. Aumentar la preparación de los profesionales para facilitar la accesibilidad de la población a la ecografía como prueba diagnóstica, disminuyendo la incertidumbre diagnóstica del médico y mejorar la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales
7. Mejorar el conocimiento de los usuarios del Centro de Salud de los profesionales, horarios y buen uso de los servicios que se les ofertan
8. Adaptar el plan General de Garantía de Calidad del centro de manera progresiva al Modelo EFQM
9. Conocer en cada momento las licencias solicitadas por el personal del EAP, así como el motivo, duración, sustituto, disponibilidad de días etc.

10. Mejorar la accesibilidad y la Calidad del control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en las distintas localidades del Centro de Salud
11. Actualizar y homogeneizar las pautas de actuación en las patologías más prevalentes
12. Mejorar la comunicación entre los integrantes del EAP y coordinar el trabajo con el personal de refuerzo y sustituciones

### Actividades previstas

1. -Reevaluación de la Calidad de atención prestada a los pacientes diabéticos tipo II de la Zona de Salud de Cariñena
  - Presentación de los resultados en una Sesión clínica del EAP
  - Instauración de mejoras
2. -Presentación al Consejo de Salud de los resultados de la encuesta de satisfacción y expectativas realizada
  - Iniciar acciones para corregir las deficiencias expresadas por los usuarios
    - \*Extensión de la cita previa a otras localidades del C.S.
    - \*Mejora estructural del consultorio local de Alfamén
    - \*Mejora del aislamiento acústico de los consultorios en que los pacientes referían problemas de "confidencialidad"
3. -Replanteamiento en una sesión conjunta del EAP, del uso del programa informático "AMEDAC"
  - Instalación, al finalizar la reestructuración del Centro, del 2º ordenador para uso simultáneo en la zona de urgencias y de la nueva impresora
  - Implicar al personal de refuerzo y sustituciones en el manejo del programa
  - Evaluar los resultados a finales de 2003
4. -Continuar evaluando la evolución del consumo antibiótico, con el mismo diseño del año anterior y añadir al estudio la cumplimentación de los indicadores de Calidad de prescripción del Área
  - Sesión clínica anual con microbiólogo del hospital de referencia para conocer la actualidad de las resistencias bacterianas en nuestro medio
5. Iniciar un registro específico de pacientes con cardiopatía isquémica y su seguimiento
6. Realización del curso ecografía para médicos generales en la escuela de ecografía de la SEMG (Madrid), por parte de dos médicos del equipo
7. -Editar folleto informativo tras la remodelación del Centro para difundir las novedades a la población
  - Rotulado correcto.
  - Señalización horizontal.
8. -Realizar formación externa, específica en el Modelo EFQM

-Sesiones de autoformación en el EAP

-Autoevaluación según cuestionario "proforma" (Este objetivo es una actividad conjunta con los Centros de Salud Seminario y Delicias Sur y se detalla en el Proyecto presentado por el Centro de Salud Seminario cuyo responsable es Ramón Alfonso Falcón)

9. Rediseñar la planilla de registro de licencias de personal

10. -Control del tratamiento anticoagulante oral, en los consultorios locales, con medición del INR en sangre capilar por el método CoaguChek S .

-Evaluación semestral de los resultados

-Realización de encuesta de satisfacción a los implicados a los seis meses

11. -Revisión de los protocolos: Cuidados al paciente terminal y Obesidad

12. -Sesión conjunta en el EAP para:

- Tratar los problemas de comunicación
- Buscar espacios horarios comunes de reunión
- Implicar al personal de refuerzo o su representante en las reuniones del EAP

Intentar reunión bianual conjunta Personal fijo/ refuerzo

Transmitir las decisiones importantes acordadas por el EAP al personal de refuerzo, por escrito

Crear un "Manual de acogida" para entregar a las personas que se incorporan a trabajar al Centro, con contenidos como:

- Reglamento interno
- Horarios y actividades
- Listado de profesionales
- Teléfonos y direcciones
- Mapas de la Zona
- Cartera de servicios
- Impresos utilizados
- Responsables de las diferentes áreas...

#### Actividades realizadas

- Se ha reevaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, con el mismo diseño del estudio realizado el año anterior y tras la aplicación de las medidas correctoras. Se han presentado y discutido los resultados en una Sesión clínica del EAP, adoptándose nuevas medidas y decidiendo volver a reevaluar el próximo año 2004
- Se han presentado los resultados de la encuesta directa para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud realizada por personal ajeno al Centro al Consejo de Salud
- Se han presentado los resultados de la encuesta telefónica para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud con

el servicio de urgencias realizada por el grupo de Calidad al EAP y al Consejo de Salud

- Se ha replanteado el uso del programa informático "AMEDAC" en sesión clínica, se discuten los posibles problemas de implantación del mismo. Se ha diseñado y realizado un cuestionario para pulsar de forma anónima la opinión de los profesionales
- Un miembro del EAP ha realizado el curso de formación en ecografía de la SEMG en Madrid en Diciembre de 2003
- Se ha diseñado la señalización horizontal del Centro y se ha remitido a la Gerencia para su realización
- Dos miembros del EAP han realizado el Curso de Evaluadores de EFQM, y se ha impartido en el EAP una sesión clínica del Modelo EFQM
- Se ha utilizado el registro creado de licencias de personal, para contabilizar en cada momento los días disfrutados, los motivos y los sustitutos que los trabajaron
- Se han realizado 3 sesiones clínicas del manejo de la anticoagulación oral en AP. Se ha comenzado el seguimiento del control del TAO, en 9 de los 10 cupos médicos, controlando semestralmente la calidad de dichos controles y se ha diseñado una encuesta de satisfacción para los usuarios de dicho servicio
- Se ha tratado de resolver los problemas de comunicación con el personal de refuerzo y sustitutos, se colocan las actas de todas las reuniones del EAP en la Sala de estar de Guardia, con lo que tienen acceso a las actividades realizadas y decisiones tomadas por el EAP
- Se han analizado las sugerencias de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto.
- Se han presentado 5 comunicaciones orales y 2 posters:

Comunicaciones orales:

- En las II Jornadas Aragonesas de Calidad en Salud (Zaragoza 2003):
  - 1.- "Plan Integral de Calidad del Centro de Salud de Cariñena"
  - 2.- "Valoración de la satisfacción y expectativas de los usuarios del Centro de Salud de Cariñena"
- En el X Congreso Nacional y IV Internacional de la SEMG (Marbella, Junio 2003):
  - 1.- "¿Mejoramos la Calidad de Cuidados del paciente diabético? Resultados de una reevaluación"
- En el XVII Congreso Aragonés de Medicina Rural y Atención Primaria (Zaragoza, noviembre 2003):
  - 1.- "Reevaluación de la cobertura vacunal en la población infantil del Centro de Salud de Cariñena"
  - 2.- "Tiempo de demora Intercosultas"
- En el X Congreso Nacional y IV Internacional de la SEMG (Marbella, Junio 2003):  
Poster

- 1.- “ Calidad percibida por los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un Centro de Salud Rural”
- 2.- “La encuesta a los usuarios de un Centro de Salud rural como herramienta para la detección de mejoras”.

Con estas actividades creemos que se han conseguido una serie de mejoras importantes:

1. Se ha mejorado la formación de los profesionales en diabetes y se está mejorando el control de la enfermedad en la ZBS
2. Se ha hecho partícipe a la comunidad en temas sanitarios con las encuestas, han podido expresarse y ver que su opinión se tiene en cuenta
3. Se han formado tres profesionales en ecografía, lo que va a facilitar a la población la accesibilidad a esa prueba diagnóstica
4. Se ha facilitado la preparación de Sesiones clínicas y de formación y mejorado su Calidad con la utilización del cañón de proyección obtenido con recursos del proyecto anterior
5. Se han aumentado los conocimientos del EAP en cuanto al Modelo de Calidad EFQM, lo que conlleva una mejor aceptación y disposición de los profesionales hacia el mismo
6. Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes al control del TAO y la Calidad del mismo y se ha puesto en evidencia su satisfacción con la puesta en marcha de este servicio
7. Se ha mejorado la infraestructura del servicio de urgencias con la dotación informática y la posibilidad del uso del programa “AMEDAC”
8. Se ha dado a conocer nuestra experiencia a otros compañeros con las diferentes comunicaciones y poster admitidos en diferentes congresos.
9. Se recibió un premio a las comunicaciones presentadas en el XVII Congreso Aragonés de Medicina Rural y Atención Primaria (Zaragoza, noviembre 2003).

Todo esto va a tener continuidad en el tiempo, con la realización de algunos temas pendientes, bien por falta de tiempo o por falta de dotación económica, y que ya se han concretado en el proyecto de 2004 pendiente a fecha de hoy de aprobación.



## **DETERIORO FUNCIONAL: AGILIZACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO. DISEÑO, PUESTA EN MARCHA, RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA GERIATRÍA.**

Ponente: José Manuel Cucullo López, Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza

---

Una de las características del paciente anciano es la diferencia en las formas de presentación de la enfermedad respecto al paciente adulto, siendo el deterioro funcional una constante ante cualquier proceso patológico, y configurando una entidad propia como diagnóstico clínico independiente.

La etiología subyacente es muy variada pero siempre es susceptible de valoración e intervención. Está totalmente demostrado que un abordaje precoz permite la reversibilidad de la situación en la mayoría de los casos.

Una de las características de la Geriatria como especialidad es el conocimiento de esta problemática y la puesta en marcha de las estrategias adecuadas para abordar lo más precozmente el déficit funcional, mediante las herramientas al uso en nuestra especialidad, como es la Valoración Geriátrica Exhaustiva e Integral y la Recuperación Funcional.

El sistema sanitario actual presenta déficits muy conocidos en el manejo de la población en general y más en particular de la población anciana.

1. Dificultades de accesibilidad a las Consultas Externas.
2. Dificultad de acceso al proceso de diagnóstico al uso.
3. Demoras importantes en la asistencia.
4. Más demoras por la solicitud de pruebas complementarias.
5. Dificil acceso del anciano a la Recuperación Funcional.
6. Incremento de las listas de espera.

Analizando estas circunstancias creímos poder actuar de una manera favorecedora frente a estos defectos del sistema sanitario, encontrando ciertas oportunidades de mejora.

1. Ayudar a la disminución de las listas de espera.
2. Agilizar el proceso diagnóstico.
3. Detección de la dependencia.
4. Orientación terapéutica especializada.
5. Realización rápida de tratamientos de Recuperación Funcional.

Sabemos que el paciente anciano durante el proceso asistencial causado por enfermedades agudas (principalmente ACV, Fracturas de cadera, Cáncer, Insuficiencia Cardíaca, Neumonía y Cardiopatía Isquémica), es un candidato muy importante a sufrir deterioro funcional. Las restricciones de la actividad indicadas por sus propios médicos y personal de enfermería, entre las que se pueden destacar los encamamientos prolongados, las sujeciones físicas, tratamientos farmacológicos, vías endovenosas, etc, y la mala calidad asistencial, a decir, infratratamientos, sobretatamientos y maltratamientos, son factores de alto riesgo, productores de potencial discapacidad, la cual esta directamente relacionada con una prolongación

de las estancias hospitalarias, mayor uso de camas de centros de media estancia y una mayor necesidad de asistencia postalta.

A modo de evidencia de lo anteriormente expuesto cabe decir que los ACV presentan una mortalidad del 17-34% en el 1º mes y un 25-40% en el 1º año, siendo más del 50% de los supervivientes portadores de alguna discapacidad.

En el proceso Fractura de Cadera entre el 40-60% pierden capacidad para deambular y un 55-75% pierden alguna AVD. Consecuencia del proceso asistencial y tras superar la fase aguda se constata una pérdida funcional en el 31 al 72% de los enfermos.

En el Contrato de Gestión de 2002 de nuestro hospital se pone en marcha una Consulta de Alta Resolución (CAR), como objetivo de mejora de la Calidad Asistencial orientada a facilitar la accesibilidad y agilización de la Valoración Geriátrica del deterioro funcional agudo a los Equipos de Atención Primaria (EAP), y a la instauración de tratamientos y/o recomendaciones en pacientes que presenten déficit funcional de reciente instauración u que tengan criterios de reversibilidad.

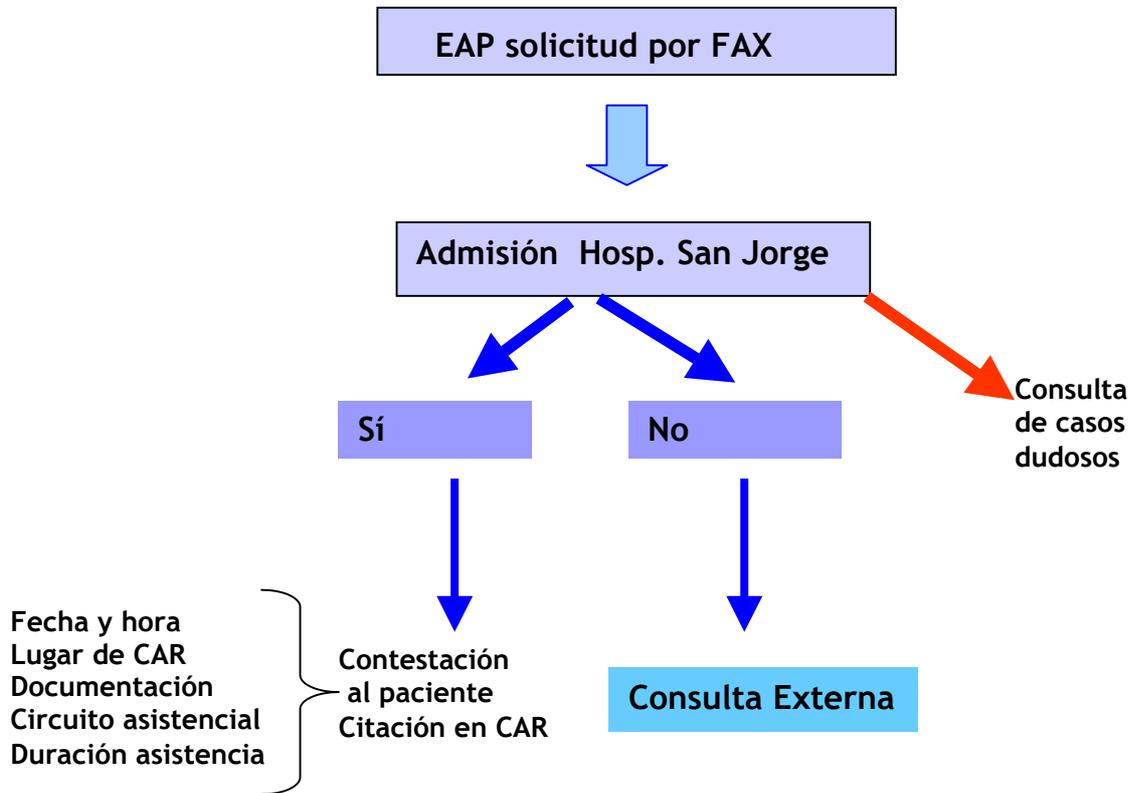
Se marcaron como objetivos a lograr, los siguientes:

1. Facilitar la accesibilidad de los EAP a la consulta de geriatría en los mayores de 75 años y déficit funcional con criterios de reversibilidad.
2. Aumentar la cartera de servicios del Servicio de Geriatría de Hospital San Jorge.
3. Organizar un proceso ágil de citación.
4. Valoración Geriátrica (física, funcional y mental), con la realización de las pruebas complementarias analíticas y radiológicas en el día.
5. Respuesta en el día al médico por escrito con las recomendaciones pertinentes.
6. Gestión del tratamiento funcional en nuestro Hospital de Día Geriátrico en los pacientes así estimados.
7. Derivación a otros servicios de salud para mejora de la atención (hospitalización, consultas de otras especialidades, ESAD, etc.)
8. Planificación de trabajo en equipo con distribución de tareas concretas entre los profesionales (médicos, enfermería, Unidad de Admisión, administrativos, etc.)

El diseño del CAR se realiza durante el primer trimestre de 2002. Se dimensiona la capacidad asistencial en un máximo de 300 pacientes al año, distribuyéndose inicialmente la asistencia en tres días a la semana, siendo la máxima asistencia diaria de 4 pacientes.

El proyecto es presentado en Atención Primaria (Coordinadores de los EAP), estando el proyecto abierto a todos los sectores de Zaragoza. La actividad se inicia en mayo de 2002.

## CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR)



En este esquema está explicado la organización del CAR. Desde los EAP se puede solicitar citación para la asistencia vía FAX u por otro cauce. Siempre irá dirigido a la Unidad de Admisión de nuestro hospital y desde allí es analizada la solicitud en relación a los criterios prefijados con anterioridad. Si cumplen los requisitos prefijados el paciente recibirá su citación en el propio domicilio con las explicaciones oportunas referentes a la sistemática del CAR. En caso de no reunir los criterios este paciente puede ser derivado a la Consulta Externa de nuestro Servicio de Geriatría o a otros niveles asistenciales. En aquellos casos en que exista duda siempre se nos consulta antes de denegar la citación.

La oferta del CAR como ya hemos comentado con anterioridad está abierta a todos los Equipos de Atención Primaria de Zaragoza, a los cuales se les indicó previamente la sistemática para poder acceder al CAR, así como cuáles eran los criterios de derivación:

- Paciente con criterio de edad: mayor de 75 años
- Sin deterioro cognitivo que dificulte la recuperación funcional (CDR<1)
- Deterioro funcional reciente con criterios de reversibilidad

El concepto de reversibilidad funcional es imprescindible para poder afrontar una recuperación funcional satisfactoria. La no cumplimentación de este requisito favorece que el futuro funcional del paciente sea negativo.

Son criterios negativos respecto a una Recuperación Funcional favorable

- La ausencia de metas claras/reales
- El deterioro funcional/cognitivo previo
- La presencia de enfermedades crónicas que puedan descompensarse
- El tiempo transcurrido desde el evento incapacitante
- La respuesta a tratamientos funcionales previos
- Las actitudes negativas personales

El adecuado desarrollo de este tipo de asistencia, también denominada "consulta única" implica la formación de un equipo de trabajo "interdisciplinar" con objetivos comunes, manejo de las mismas herramientas de trabajo y el continuo flujo de contactos tanto de manera formal como informal. En nuestro caso este determinante que es causa, en no pocas ocasiones, del fracaso de otros proyectos no existió dados los antecedentes de tareas similares abordadas y que facilitaron la salvación este escollo.

El paciente en el día de la citación recorre un circuito asistencial. Normalmente los pacientes son citados prácticamente a la misma hora, fluyendo a lo largo de la asistencia por diferentes estadios de la Valoración.

Al ser conocedores con antelación del motivo causante de la asistencia, podemos solicitar exploraciones complementarias antes de historiar y explorar al paciente. Por ejemplo, una fractura de cadera puede estar siendo estudiada en la Unidad de Radiodiagnóstico previo a la visita o poder estar siendo valorada por el equipo interdisciplinar en el gimnasio o si acaso se le está realizando los test de valoración incluidos en el CAR (I. Barthel, T. Tinetti abreviado de equilibrio/marcha o aquellos que valoran la situación cognitiva). Todo ello hace que el proceso se agilice dentro de lo posible.

Este proyecto de mejora de la Calidad Asistencia fue seleccionado en 2003 dentro de los Programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad Asistencial en el Servicio Aragonés de Salud. El Equipo de Mejora está formado por los diferentes profesionales que intervienen en el proceso del CAR.

### **Equipo de Mejora del CAR**

Coordinador de Proyecto:	José Manuel Cucullo López
Facultativo de Geriatría:	Beatriz Gamboa Huarte
DE (HDG/CAR):	Marcelina Navarro Cirugeda
DE (HDG/CAR):	Inmaculada Guajardo Sinusía
Jefe U. Admisión:	José María Marique Permanyer
U. Admisión:	Margarita Cabestré Marco

Resultados del análisis del paciente atendido:

Edad media: 79,2 años  
Sexo femenino: 64.7%

Grado de Dependencia: (I. Barthel)  
 Dependencia Total 16.5%  
 Dependencia Severa 35.7%  
 Dependencia Moderada 29.5%  
 Dependencia Escasa 17.8%

Situación Mental (MSQ): 2.2

Adecuación de los paciente a los criterios: 51.5%

Tiempo de inicio del proceso: 87.5 días (el 66% menos de 60 días)

Demora de la Valoración: 4. 5 días

Procedencia de los pacientes.  
 Equipos de Atención Primaria: 68.6%  
 Servicio de Geriatría: 20.7%  
 USSV HUMS: 7.8%  
 ESAD: 1.2%  
 Hospitales: 1.8%

Una vez completada la Valoración el destino de los pacientes fué:

Recuperación Funcional (HDG) 51.5%  
 Remitidos a EAP 34.7%  
 Paso a CE Geriatría 8.4%  
 Ingreso 4.2%  
 Urgencias 0.9%  
 Media estancia 0.3%

Para el CAR se definieron unos indicadores asistenciales para realizar la correspondiente evaluación a lo largo del desarrollo de la actividad cuyos resultados quedan reflejados en el siguiente cuadro.

<b>Indicador analizado</b>	<b>Previsto</b>	<b>Logrado</b>
<b>Demora de la visita en CAR</b>	<b>15 días</b>	<b>4.5 días</b>
<b>Adecuación del paciente derivado</b>	<b>80%</b>	<b>51.5%</b>
<b>Tiempo de ejecución de la asistencia</b>	<b>2 días</b>	<b>1 día</b>
<b>Cumplimentación de las herramientas de valoración</b>	<b>90%</b>	<b>96.4%</b>
<b>Porcentaje de resolución en dos días</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>
<b>Porcentaje de resolución en un día</b>		<b>99.4%</b>

Hemos de destacar el alto cumplimiento de todos los indicadores de la evaluación, excepto en de adecuación de los pacientes que fue muy inferior al propuesto.

En muchas ocasiones resulta altamente difícil mediante el análisis de un solicitud médica el poder clasificar de manera adecuada al paciente. Por nuestra parte siempre hemos priorizado el ver al paciente ante los casos dudosos.

Como medidas de mejora de los criterios de solicitud de valoración, de acuerdo con la Dirección Médica de Atención Primaria, se realizaron sesiones divulgativas y formativas.

La satisfacción de los pacientes se ha incorporado como medida de evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios. Por lo tanto abordamos la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores en la realización de una encuesta de satisfacción tras finalizar todo el proceso de valoración.

### Encuesta de satisfacción de los pacientes asistentes al CAR

Items analizados Std Dev	Media
¿ Le parece que la sala de espera es adecuada al paciente/acompañantes?	2.05 +/- 0.5
¿ Está satisfecho con la atención recibida por el DE?	2.85 +/- 0.36
¿ Está satisfecho con la atención recibida por el médico?	2.74 +/- 0.44
¿ Considera que el médico escuchó su problema?	2.71 +/- 0.53
¿ Está satisfecha por la información recibida sobre su enfermedad?	2.63 +/- 0.52
¿ Está satisfecho por las pruebas realizadas?	2.64 +/- 0.58
¿ Le parece adecuado el informa clínico final emitido?	2.54 +/- 0.65
¿ Está satisfecho por la solución propuesta a su problema?	2.56 +/- 0.65
¿ Le resultó fácil resolver los trámites?	2.69 +/- 0.50
¿ Le resultó adecuado el horario de la consulta?	2.61 +/- 0.56
¿ Le pareció adecuado el tiempo que permaneció en la consulta?	2.57 +/- 0.53
¿ El servicio prestado por el transporte sanitario fue satisfactorio?	2.02 +/- 1.05
¿ Le parecieron adecuadas las pruebas realizadas?	2.75 +/- 0.44
¿ Como considera que se le atendió su problema?	2.64 +/- 0.55
¿ Se encuentra satisfecho con el servicio recibido?	2.78 +/- 0.42

0 = deficiente; 1 = regular; 2 = aceptable; 3 = excelente

Del análisis de los resultados de la encuesta, se aprecia unos resultados globales muy positivos ya que la mayoría de ítems obtenían puntuaciones superiores a 2.5 p.. Sólo hay dos resultados que presentan un decalaje en relación con los demás que son: las características de la sala de espera y el relacionado con el transporte sanitario. Este último presenta en los últimos tiempos en nuestra comunidad un severo problema que esperamos sea corregido con el reciente acuerdo firmado entre las empresas propietarias de dicho transporte y SALUD.

## **IMPACTO Y DIFICULTADES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD EN UN SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO.**

Ponente: José Ramón Ara

---

Otros miembros del equipo de trabajo: Capablo JL, Marta J, López-Gastón JI, Chopo MJ, García-Mata JR et al.

### **OBJETIVO**

Medir la repercusión que supone la implantación de un plan de calidad sobre las actividades y resultados de un servicio médico hospitalario, así como las principales necesidades y problemas surgidos durante su diseño y desarrollo.

### **METODOLOGÍA**

1- Se fijó el ámbito de actuación a 2 niveles: hospitalización y consultas externas, constituyéndose sendos grupos de mejora coordinados por un mismo responsable de calidad. Se diseñó un plan general de actuación a nivel científico técnico, funcional y corporativo, con una metodología general del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad basados en el modelo PDCA de Deming.

2-Para el análisis de problemas se llevó a cabo, por escrito o de forma oral, un análisis individualizado por los miembros del grupo de calidad, de las principales dificultades detectados, con una síntesis final por parte del coordinador.

### **RESULTADOS**

Se realizaron 19 reuniones y las siguientes actividades: estudio de la lista de espera en consultas externas, elección e inicio de la protocolización de las 7 patologías de mayor importancia en neurología ambulatoria, desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente con isquemia cerebral transitoria, desarrollo de formularios de consentimiento informado para punción lumbar, prueba de tensilón y tratamiento con toxina botulínica, participación en actividades con las asociaciones de pacientes y exteriorización de nuestras acciones.

La estancia media hospitalaria descendió desde el año 2000 (12,8 días) al 2002 (10,5 días) y primer trimestre de 2003 (9 días). La estancia media por isquemia cerebral transitoria se redujo de 9,4 días en 2001 a 7,2 en 2002. Mejoraron todos los parámetros en relación con la encuesta posthospitalización de satisfacción del paciente. La lista de espera para primeros días en el CME elegido se redujo de 60 días a 31.

En el análisis de problemas resultaron relevantes las siguientes cuestiones: 1) Necesidad de una justificación explícita. 2) Importancia del liderazgo compartido y repartido. 3) Atención a los factores de motivación, intrínseca y extrínseca. 4) Relevancia de la comunicación. 5) Requerimiento de formación en Calidad y en la propia especialidad. 6) Dificultad de disponer de tiempos adecuados.

### **CONCLUSIONES**

1- La implantación del plan de gestión de la calidad en nuestro servicio se ha asociado a una mejora medible de índices de actividad y eficiencia así como de satisfacción de nuestros pacientes.

2- A la hora de desarrollar un programa de calidad en un servicio médico asistencial es preciso conocer que existen diversas necesidades y problemas de cuyo adecuado manejo dependerá la mayor o menor dificultad de su implantación.

## LA CALIDAD: UN ENTE O UNA REALIDAD. NUESTRA EXPERIENCIA.

Ponente: Luis Hijós, EAP de Grañén, Huesca.

---

En las jornadas de calidad del año pasado, se expusieron los puntos débiles, puntos fuertes, amenazas y fortalezas que, para los miembros del EAP de Grañén, tenía nuestro trabajo en Calidad. Este año presentamos una segunda parte, en esta se expone cómo hemos pasado de la teoría a la práctica, cómo aplicamos los ciclos de mejora, qué estructura disponemos..... Así, quisiéramos responder a las siguientes preguntas ¿Qué procesos del Centro se han abordado?, ¿Cómo ha sido posible?, ¿De qué manera se ha trabajado? ¿Disponemos de una actividad de calidad en el EAP? ¿Por qué y para que hacemos estas actividades? ¿Qué es lo que nos motiva?; es decir, vamos a narrar "A propósito de... nuestra experiencia" -qué, cómo, porqué y para qué de la misma-

### 1. "¿Que?. Nuestra historia"

Desde el primer año que aprobamos el trabajo en calidad, nos hemos centrado en algunas actividades, que voy a intentar reflejar. En primer lugar hemos realizado ciclos y/o actividades de mejora en:

- *El Programa de HTA.* A lo largo de estos años hemos abordado una mejora en este programa, destacar la construcción de 19 criterios de calidad. Después de una reevaluación de las medidas de mejora se ha monitorizado.
- El servicio de *Atención a la Mujer Climatérica.* A parte de valorare las Normas técnicas mínimas de este servicio, realizamos una valoración de un criterio de resultado: nivel de conocimientos sobre aspectos de la menopausia en este grupo de mujeres. Actualmente se está reevaluado.
- *La Formación Continuada.* Se incide en la adecuación de la formación a nuestras necesidades, realizando criterios y estándares de calidad relativos a la cantidad , planificación y satisfacción.
- *La Valoración del Riesgo Cardiovascular* en el paciente crónico.
- En el campo socio-sanitario se puso en marcha el *Programa del Joven* y el *Plan de Ayuda al Fumador.*
- Utilización de las *Evaluaciones Periódicas* que realizan diversas asociaciones (PAPPS, GEDAPS...) y las instituciones sanitarias (Evaluación NTM). Intentando que estos datos retroalimentados sirvan para mejorar la calidad asistencial de los distintos servicios-programas.
- En los *Canales Informativos*, con la instalación de buzones de sugerencias para el cliente interno y externo, colocación de pizarras y corchos informativos y un mueble para distribución de la información que se recibe...etc.
- *La Toma de Responsabilidades.* Después de realizar el análisis de las causas de primer y segundo nivel identificamos "las áreas de responsabilidad".
- *La Organización del EAP,* se realizó una normativa sobre las reuniones del EAP, siendo aceptada por el mismo.

Teniendo en cuenta estos dos últimos puntos, viendo la importancia de mejorar la organización, y por otro lado, observando la concordancia entre las áreas de mejora y los procesos existentes en la misma, nos llevaron a pensar que deberíamos dirigir

nuestro esfuerzo a la **gestión por procesos**, actividad que en la actualidad estamos desarrollando.

También debemos resaltar que han aparecido problemas en la realización de los mismos, como la duplicidad de actuaciones en el programa del Joven, bases de datos no utilizables o errónea retroalimentación (PAPPS y GEDAPS), resistencias a las medidas de mejora... pero a destacar, como siempre, el principal problema: el tiempo.

Consideramos que las distintas actuaciones están en concordancia con las líneas de intervención del SALUD como por ejemplo: aumentamos los beneficios y disminuimos los riesgos derivados de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos, garantizando el acceso de los profesionales a los conocimientos, aumentando la motivación e implicación de los profesionales... ; en resumen, mejorando la organización. También, debemos reconocer nuestra mejor oportunidad de mejora, que es el desconocimiento de la satisfacción del usuario y su opinión - a pesar del buzón de sugerencias y de la participación activa de varios miembros del equipo en el Consejo de Salud-.

## **2. “¿Como? Nuestra forma de trabajo”**

Desde hace mucho tiempo, de forma periódica, se han realizado reuniones de carácter organizativo e informativo. Coincidiendo con los primeros pasos del Programa de ayudas a los proyectos de calidad y para intentar consolidar un grupo de mejora de Calidad en este equipo (siempre abierto a todos los profesionales) empezamos a realizar otro tipo de reuniones, cuyas funciones son:

- la información sobre el estado de los proyectos de calidad
- la formación sobre la metodología propia de los ciclos de mejora de calidad, y en estos momentos, de la gestión por procesos.
- La toma de decisiones y el consenso de las actividades: por ejemplo el diseño del proyecto, la metodología a aplicar, la planificación del presupuesto económico, la aceptación de propuestas particulares, etc
- La realización de actividades de ciclos de mejora de calidad. En estas reuniones se detectan problemas (brainstorming, evaluación cartera de servicios...), se priorizan (comparación por pares, criterios de Hanlon y métodos de consenso) y se forman grupos de trabajo en calidad, específicos para el área de mejora seleccionada. Así mismo, se proponen las medidas correctoras para su implantación. En la actualidad, las actividades desarrolladas han sido la realización de la misión del equipo y el mapa de procesos de primer nivel, a partir de aquí, la actividad continúa en los grupos de trabajo.

Como ejemplo práctico, vamos a describir las reuniones de este tipo realizadas durante el año 2003. En estas reuniones “formales” realizamos un acta-resumen de las mismas. Destacar la participación de todos los estamentos del EAP (enfermería, medicina, refuerzos, administración...). De esta forma, nos reuníamos entre 12 a 15 personas (más del 63%). Solamente tres miembros del equipo no asistieron a ninguna de ellas. En estas reuniones:

- Se informó de la monitorización del riesgo cardiovascular y del programa de HTA; así mismo se presentó la valoración de la formación continuada, se solicitó la recogida de datos del climaterio, de la valoración del PAPPS del 2003, etc.
- En cuanto a la formación práctica, se desarrollaron actividades sobre los ciclos de mejora, las características de la evaluación de la calidad, la importancia de la investigación cualitativa, gestión por procesos, etc.

- Toma de decisiones y consenso de actividades: Se decidió la realización de “la Semana sin humo”, se gestionó el presupuesto económico recibido para los proyectos, se elaboró el plan de formación, etc.
- Se inició un nuevo ciclo de mejora, priorizándose y aceptándose por el equipo como área de mejora *La toma de Responsabilidades*. Así, se creó un grupo de trabajo con cinco profesionales, los cuales presentaron sus conclusiones y propuestas de mejora al resto del equipo.
- También se trataron otros temas: información de diversos cursos, presentación de las comunicaciones a los congresos, incentivos a la calidad en el área...

Los miembros del grupo de trabajo en calidad, se reúnen en lo que denominamos “Reunión de Trabajo”, para desarrollar diversas tareas: identificación de las causas, construcción de criterios, elaboración de estándares, diseño del estudio, valoración de las discrepancias obtenidas y proposición de las medidas correctoras; en este momento se comunica la decisión al resto del equipo. A lo largo del año 2003, como ya se ha comentado, solamente existía un grupo; actualmente disponemos de dos nuevos grupos centrados en el desarrollo de la arquitectura de la gestión por procesos (Atención al Cliente y Programación).

Destacar otra forma de trabajo que también incluimos dentro de los proyectos de calidad, pero que no surgen como áreas de mejora previamente detectadas y priorizadas. Este trabajo se desarrolla por motivación, interés y oportunidad personal. Dentro de ello se incluyen las actividades relacionadas con el *Programa del Joven* y el *Programa de Ayuda al Fumador*.

### **3. “¿Por qué y para qué? Nuestra motivación”.**

¿Este esfuerzo vale la pena?, ¿Estamos suficientemente recompensados?, ¿Los incentivos son adecuados?. Observamos en nuestro quehacer en calidad una interrelación entre motivación, incentivación y esfuerzo.

Como dice E. Deming, “ El mayor de los esfuerzos no es suficiente”. A pesar de ello, el esfuerzo es fundamental, pero un mayor esfuerzo puede ser perjudicial, puesto que debe ser coherente. Este sobreesfuerzo (excesivo o mal dirigido) produce el agotamiento, el desinterés, la sobrecarga laboral y el burn-out; aunque también el trabajo fuera de horario laboral, incentivación inadecuada, falta de apoyo institucional pueden contribuir y/o causar dichos problemas. Todos estos puntos fueron puestos de manifiesto como puntos débiles por los miembros del EAP.

Así mismo, E. Deming enfatiza sobre la satisfacción del cliente interno. Entre los conceptos del modelo EFQM relacionados con las personas, encontramos las siguientes fuentes de motivación:

- La importancia de las personas (miembros del EAP). Nosotros conocemos nuestros problemas, nuestras habilidades, nuestras limitaciones... ¿quién mejor que nosotros para aportar soluciones?
- Importancia de la asistencia sanitaria orientada al cliente. Debemos preguntarnos si la población conoce nuestras actividades y servicios y si coinciden con sus expectativas. ¿Preguntamos a nuestra población? ¿Sabemos sus inquietudes?
- Las personas deben tener un reconocimiento a su implicación. ¿Se incentiva el trabajo bien hecho? ¿Cómo se incentiva?
- Gusto por el trabajo bien hecho. Hacer las cosas mal cuesta el doble, ya que se deben volver a realizar. ¿Queremos trabajar mejor?
- Ética profesional y personal para mantener la competencia profesional. ¿La práctica esta marcada por la evidencia científica?.

Los puntos mencionados anteriormente son los que nos guían en el desarrollo de nuestras actividades, tanto las incluidas en los proyectos de calidad como las que no lo son.

En nuestro caso en particular, a parte de los aspectos mencionados anteriormente de origen intrínseco ( sin olvidar la connotación de moda de los aspectos relacionados con la calidad), la **motivación extrínseca** viene marcada por:

- Incentivación del SALUD. En el reparto individual de los incentivos seguimos un sistema en el cual se valora la participación en las actividades anteriormente mencionadas, tanto en las reuniones de calidad, grupos de trabajo e iniciativa propia.
- Programa de apoyo a los proyectos de mejora. Todo el equipo puede participar en la toma de decisiones y en los distintos ciclos de mejora. Algunas de las medidas de mejora de tipo estructural tienen un doble valor: subsanan una deficiencia e incrementan la motivación.
- Reconocimiento institucional: se ha participado en las Jornadas de Calidad en Aragón, en varias ediciones del Diplomado de Sanidad, tareas formativas en otros centros de salud... También podemos considerar una poderosa fuente de motivación el apoyo y las facilidades que se nos dan para la asistencia a los congresos de calidad.

Para acabar queremos resaltar el "equilibrio" que debe existir entre motivación/incentivación/esfuerzo.



Día 17  
Hora: 12'30  
SALÓN DE ACTOS

**El modelo Europeo de Calidad (EFQM) en los servicios de salud.**  
*Modera : Roberto Garuz, Director de Coordinación Asistencial del Servicio Aragonés de Salud.*

- **Josep Davins, Director del EAP La Mina, Barcelona.**
- **Óscar Moracho, Gerente del Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.**



## **El modelo de excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) como herramienta para la mejora de los Equipos de Atención Primaria.**

**Ponente: Josep Davins-Miralles. Médico de familia. Director del Equipo de Atención Primaria La Mina. Institut Català de la Salut.**

---

### **Introducción**

La introducción de modelos de gestión integral de la calidad ha obligado desde hace tiempo a plantear sistemas de evaluación que vayan más allá de la medida aislada de la calidad de los productos, los servicios o los resultados.

Entre las actividades propias de un equipo de atención primaria (EAP) destacan por su importancia las orientadas a la mejora continua de la calidad asistencial. Estas incluyen la aplicación de métodos de evaluación que identifican aspectos de mejora. El modelo que propone la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) es una herramienta que, utilizada en el enfoque de la auto evaluación, nos permite identificar áreas de mejora desde una perspectiva integral que nos conduce a la excelencia, tal y como la entiende la EFQM. Es un marco de trabajo que se basa en los principios de la excelencia: la orientación a los resultados y al cliente, el liderazgo y la constancia en los objetivos, la gestión por procesos y hechos, el desarrollo y la implicación de las personas, el aprendizaje, la innovación y la mejora continua, el desarrollo de las alianzas y la responsabilidad social.

El modelo EFQM plantea valorar la gestión de la calidad bajo la premisa de que la consecución de unos buenos resultados en la organización proviene de la correcta gestión de unos factores, aspectos o agentes que los facilitan.

Los resultados excelentes respecto al rendimiento de una organización, sus clientes, sus profesionales y la sociedad, se consiguen mediante un liderazgo que dirige e impulsa la política y estrategia y, además, gestiona de forma adecuada a los profesionales, las alianzas, los recursos y los procesos. El modelo EFQM de excelencia contempla todos estos factores y los resume en 9 criterios, cinco denominados agentes, que facilitan la obtención de los otros cuatro, que son de resultados.

Utilizar el modelo EFQM para evaluar una organización implica favorecer la cultura de la mejora continua, la participación y el compromiso directivo, la visión global de la organización y el entorno, la detección de puntos fuertes y áreas de mejora y el consenso organizativo. El método, además, fomenta la innovación, la creatividad y la implicación de los profesionales. Una de las dificultades que presenta el modelo viene determinada por la propia visión de la globalidad de la organización, que lo convierte en un modelo exhaustivo, por lo que su aplicación puede resultar farragosa y limitar su utilización. Además, es escasa la experiencia de aplicación del modelo en equipos de atención primaria.

Dentro del marco de una experiencia piloto en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Sant Martí de Barcelona en el año 2000, se aplicó este modelo en las diferentes unidades productivas que lo integran, entre ellas, el EAP La Mina. Los resultados fueron dispares pero ofrecen la oportunidad de tener un conjunto de experiencias en este Modelo.

El objetivo de este original es demostrar la utilidad, como herramienta de mejora, de la aplicación del modelo de excelencia propuesto por la *European Foundation for Quality Management* en el EAP La Mina. Este estudio forma parte de una Tesis Doctoral becada por la Fundació Jordi Gol i Gurina, que, con la hipótesis de que el modelo EFQM de excelencia es una herramienta de auto evaluación efectiva para la mejora de los EAP, presenta como objetivo principal identificar los aspectos a tratar que simplifiquen la aplicación del modelo y así, obtener un formulario más sintético para la aplicación en los EAP.

## **Material y métodos**

La Tesis Doctoral, de la que forma parte este estudio, tiene dos objetivos: *a)* demostrar que el modelo de excelencia es efectivo para la mejora de un EAP y, *b)* obtener una herramienta que facilite la auto evaluación y la mejora de los EAP. En este original se presenta los resultados referentes al primero de ellos.

El ámbito del estudio es el EAP La Mina y los sujetos evaluados son sus profesionales y la dirección. La variable principal del estudio son las mejoras a los 2 años objetivadas con la aplicación del modelo EFQM en el año 2000.

Las fases del estudio son las siguientes:

### ***Aplicación del modelo de excelencia EFQM (junio 2000)***

Cuatro miembros del EAP La Mina que pertenecían al equipo de mejora continua existente en el centro desde 1989, recibieron formación en el último trimestre de 1999, por parte de un miembro de la EFQM, dentro de un programa específico de aplicación del modelo EFQM en los EAP del SAP Sant Martí. El modelo agrupa los criterios de evaluación en 9 áreas diferentes que, en su conjunto, forman la excelencia. Estos criterios se detallan en las tablas 1 y 2. Cada criterio se subdivide en diferentes subcriterios para facilitar su concreción en la auto evaluación.

Para la aplicación del modelo se utiliza la denominada tarjeta REDER. Cada uno de los criterios del modelo se valoran según su enfoque o planificación, su despliegue, su evaluación-revisión y sus resultados (tabla 3).

### ***Recogida y análisis de los datos***

Cada uno de los miembros aplicó de forma individual los criterios del modelo en las 9 áreas que contempla. Se disponía de un cuestionario para orientar sobre los diferentes aspectos y procesos valorados por el modelo. Después de diversas reuniones el grupo consensuó un informe que fue validado por un miembro de la EFQM. Se obtuvo la validez aparente mediante una sesión de consenso con el EAP. Se añadieron las sugerencias de los profesionales del EAP que fueron pertinentes. De esta forma se dispuso de un informe exhaustivo y definitivo de la situación basal del EAP.

De este informe se extrajeron para cada uno de los subcriterios, por un lado, los puntos fuertes que tiene el EAP, que se deberían mantener y potenciar, y por otro, las áreas de mejora que se deberían priorizar para después analizarlas y mejorarlas. Del informe definitivo se extrajo una lista de aspectos clave a mejorar de cada uno de los criterios valorados. Se agruparon los aspectos que afectaban a procesos clave comunes para simplificar la lista.

### ***Selección de proyectos de mejora***

Se realizó una priorización grupal por parte de los 12 miembros del equipo de mejora del centro, constituido en grupo nominal: en primer lugar, mediante ordenación simple se redujeron los proyectos de mejora a 12 que luego se priorizaron mediante una matriz de comparación según criterios modificado de Williamson . Los criterios utilizados para la priorización fueron la dependencia interna, la frecuencia, la gravedad, la eficiencia y la mensurabilidad.

Para cada uno de los proyectos priorizados, se identificaron directores o responsables de proyecto. Se formaron equipos de mejora en función de las necesidades de los diferentes proyectos.

### ***Definición de los proyectos de mejora y su seguimiento***

Para definir los proyectos de mejora se utilizaron las recomendaciones del Centre Català de Qualitat con las que se elaboró un formulario que facilitó el desarrollo estandarizado de todos los proyectos de mejora (definición del problema, identificación del proceso clave, análisis de causas, situación basal, soluciones, implantación de los cambios con cronograma y responsables definidos). En la definición del problema se valoró su repercusión en la población y en la organización. Se definieron indicadores para medir la situación basal para cada uno de los proyectos. Se valoró toda la información cuantitativa existente y se obtuvo aquella que se consideró necesaria.

Se determinaron los objetivos de mejora de cada proyecto. Se presentaron al EAP y se le añadieron las sugerencias que fueron oportunas. Se estableció un cronograma, mediante diagrama de Gantt, de cada proyecto. Se realizó seguimiento periódico del estado de los proyectos

### **Evaluación en el año 2002, de los proyectos identificados en el año 2000 con el modelo EFQM**

En junio 2002, se realizó una reevaluación de los proyectos identificados hace 2 años, para comprobar si alcanzaban el estándar preestablecido. Se obtuvieron indicadores para objetivar las mejoras conseguidas en cada uno de los proyectos identificados y priorizados. Asimismo se realizó en julio 2002 una nueva auto evaluación con el modelo de excelencia.

### **Obtención del formulario simplificado del modelo de excelencia EFQM**

El ámbito del estudio para el objetivo de obtener un formulario simplificado es el SAP Sant Martí, con los 9 informes de auto evaluación EFQM realizados en el año 2000. La variable principal son los aspectos clave de cada subcriterio identificados en las 9 unidades del SAP Sant Martí, (7 EAP, la unidad de salud mental y el servicio de radiología). La recogida de datos y su análisis se realizó a partir de los aspectos identificados mediante la aplicación del modelo de auto evaluación con la tarjeta REDER. Para el diseño del formulario, de cada uno de los subcriterios valorados por el modelo se identificaron los aspectos-procesos afectados tanto en los puntos fuertes como en las áreas de mejora. Se listaron los aspectos más relevantes de cada uno de los subcriterios (que determinan la mayoría de la puntuación) para diseñar un formulario de aplicación en la atención primaria. Se codificaron los aspectos identificados, en función de las concordancias por procesos y principios de excelencia a que hacían referencia. También se tuvo en cuenta la concordancia entre EAP. Cada aspecto identificado como clave se estableció como ítem de un formulario, siguiendo las recomendaciones de la EFQM, aplicado al ámbito de la atención primaria. En la actualidad, se está pendiente de la validación del formulario con expertos.

Tabla 1. Criterios del modelo EFQM. Aspectos valorados por los criterios agentes.

Agentes que facilitan:	Valora
1. Liderazgo	La capacidad de liderar del director del EAP. La gestión de la calidad requiere un liderazgo plenamente comprometido con la estrategia de la organización. Debe existir una coherencia en los objetivos de la organización. Los líderes deben desarrollar la cultura de la organización. Se identificarán todos aquellos aspectos que hacen posible un liderazgo de calidad
2. Política y estrategias	La planificación y su desarrollo en el EAP. La definición del servicio, la diferenciación del servicio en calidad y el servicio total. Se identificarán la misión, visión, planes estratégicos y objetivos de la organización
3. Gestión de los profesionales	La organización y los procesos referentes a profesionales. El factor humano que presta el servicio: las personas de la organización. En el sector servicios, las personas son el principal activo de la organizaciones y el único elemento capaz de generar una ventaja sostenible en el tiempo. Sin las personas no es posible atender expectativas del cliente, ni conocerlas ni satisfacer los principios por los que éste evalúa la calidad del servicio: la empatía, la honestidad, la seguridad o la confianza. Se identificarán la participación e implicación de las personas en la organización, y como se gestionan valores como el conocimiento, la perspectiva, la imaginación y la creatividad.
4. Gestión de alianzas y recursos	Las relaciones externas y los recursos. Valora las relaciones externas. Las organizaciones no están solas, forman parte de un entramado empresarial que tiene una repercusión social. Desde el punto de vista social, el producto de la organización tiene que ver con los aspectos del entorno sobre los que repercute de forma directa o indirecta. La gestión de recursos también es esencial. Se identificarán todos aquellos aspectos de coordinación y relación con la comunidad local,

nacional e internacional

5. Gestión por procesos La organización, circuitos, flujos, procesos. Los tres elementos, personas, clientes y servicios, confluyen en una sucesión de procesos mediante los que se gestiona el servicio que acaba produciendo la satisfacción o insatisfacción del cliente. Un proceso es una secuencia de acciones que, a partir de unas entradas, se va añadiendo valor hasta producir una salida que es el servicio que ha requerido el cliente. La gestión por procesos se basa en hechos y en su medida sistemática a través de la información que generan. Una vez identificados los procesos entendidos como actividades necesarias para dar un servicio, es mucho más fácil introducir instrumentos de mejora. La gestión por procesos constituye un elemento estratégico de la mejora continua y el rediseño de procesos, el de la innovación. Se identificarán los procesos estratégicos, clave y de apoyo/soporte de la organización. De cada proceso se determinará su concreción, definición de propietario y efectividad

Para los agentes que facilitan la excelencia, el modelo plantea conocer periódicamente como la organización *enfoca* cada agente. Cada atributo de los agentes facilitadores se puntúa de 0 a 100% en función de la existencia de evidencias (sin evidencias o anecdóticas 0%; algunas evidencias 25%; si hay evidencias 50%; si son claras 75% y si hay en todo el conjunto valorado 100%).

Tabla 2. Criterios del modelo EFQM. Aspectos medidos por los criterios resultados.

Agentes de resultados:	Mide
6. Resultados en los clientes	Sobretudo la satisfacción del cliente externo. La satisfacción es uno de los puntales fundamentales que debe sostener una empresa de servicios. Sin cliente no hay servicio. Sin cliente satisfecho, tampoco. La satisfacción es el resultado de la relación entre lo que se percibe y lo que se espera. Para satisfacer un cliente debemos, como mínimo, cubrir sus expectativas y generar un servicio con elementos de calidad sorpresa, además de la esperada. Se identificarán resultados referentes a los factores de la "tarjeta invisible de evaluación de la calidad percibida" de Cottle <sup>11</sup> : elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía seguridad y confianza. Es clave en la evaluación de este criterio la existencia de mecanismos para identificar satisfacción del cliente: encuestas, análisis de las reclamaciones y sugerencias...
7. Resultados en los profesionales	Sobretudo la satisfacción del profesional. La gestión global de la calidad permite y persigue la satisfacción de los profesionales de la organización. La participación, la implicación, la motivación y el compromiso forman parte de un conjunto de valores a evaluar en nuestros profesionales. La autonomía, el reconocimiento y la participación son claves. Se identificarán resultados referentes a los factores comentados en el criterio 3. Es clave en la evaluación de este criterio la existencia de mecanismos para identificar satisfacción del cliente interno: encuestas, análisis de quejas y sugerencias del cliente interno, grado de participación en las diferentes actividades clave de la organización
8. Resultados en la sociedad	El impacto en el entorno y la comunidad. Es el impacto, a priori positivo, que tiene la organización en la sociedad. Se identificarán todos aquellos aspectos de resultados de impacto sobre la comunidad local, nacional e internacional
9. Resultados clave	Los aspectos más relevantes de los resultados del EAP. En el ámbito sanitario se dan dos categorías: <i>los económicos</i> . Las partidas

presupuestarias como financiación básica del personal, inmovilizado y gastos corrientes, existencias, compras.

Se identificarán los aspectos más relevantes en resultados económicos de la organización, que pueden evaluarse también sobre la base de la comparación con otras organizaciones similares

- *los asistenciales de la organización.* La gestión en el ámbito asistencial debe entender el resultado de la organización como el resultado sanitario. Las organizaciones sanitarias públicas están sometidas al resultado asistencial para lo que han estado contratadas. Los planes de salud, las direcciones por objetivo institucionales, o los contratos-programa son requisitos asistenciales o de resultado sanitario marcados por el que financia del servicio o prestación

Se identificarán los objetivos sanitarios propuestos en la organización como resultados clave. El objetivo final de un negocio es obtener beneficios, que no siempre deben ser económicos

---

Los agentes de resultados se refieren a qué ha conseguido la organización en relación a sus objetivos y a los resultados de otros. Cada atributo de los agentes de resultados se puntúa de 0 a 100% en función de que la información sea escasa o nula (0%) hasta la existencia de buenos resultados en la mayoría de áreas o con tendencias positivas, 100% (en tendencias se valoran al menos los 3 últimos años).

---

## Resultados

En la auto evaluación del EAP La Mina en el año 2000 se identificaron 114 áreas de mejora diferentes. Se excluyeron 46 problemas que tenían en su causa principal un origen externo al EAP. En las 68 restantes (52 internas y 16 mixtas) las causas más frecuentes fueron los errores de organización interna (44), seguidos de las causas externas (14), las de actitud (9) y las de competencia técnica (1) del profesional.

Se agruparon las oportunidades de mejora en 31 proyectos diferentes. El grupo de calidad del EAP seleccionó mediante la aplicación de la matriz de priorización los siguientes proyectos: la mejora de las actividades comunitarias (a pesar de que se realizaban, éstas no estaban sistematizadas ni institucionalizadas), el enfoque ecológico (que hasta el año 2000 era anecdótico), el trabajo en equipo, en especial el del colectivo de administrativos (con un clima laboral muy desfavorable), la gestión por procesos (falta de manual de procedimientos actualizado), la coordinación con otros niveles asistenciales (puntual y esporádica), la mejora de la información interna, en especial si revierte en mejoras (mucho información no integrada ni analizada), entre otros.

Se desarrollaron los proyectos siguiendo la metodología de la mejora continua. Se crearon algunos equipos de mejora permanente (orientación comunitaria y ecológica), y en otros casos se delegó en algunos de los existentes en el EAP (procesos, recursos, urgencias, formación, prescripción, fiestas, información).

A modo de ejemplo, se presentan los proyectos sobre mejora de la actividad comunitaria, de la ecológica, de la gestión de procesos, de la información y del trabajo en equipo:

El grupo de orientación comunitaria ha sistematizado las actividades comunitarias. Entre ellas destacan el programa semanal de radio en la emisora local "Radio La Mina" (sobre aspectos de educación sanitaria, realizado en directo y de forma interactiva con la población, al responder a las preguntas de las personas que llaman), las charlas periódicas en grupos de la comunidad (mujeres del barrio, instituto de secundaria, escuela de primaria, guarderías), la participación en la plataforma de entidades y en las asociaciones de vecinos, la participación y la organización de la semana cultural del barrio, la participación en el Consorcio de La Mina (organismo formado por la Generalitat de Catalunya, Ayuntamientos de Sant Adrià de Besòs y de Barcelona), la coordinación intersectorial con entidades y agentes del barrio (educación, seguridad, farmacia...), la publicación periódica en la revista local del barrio "Mira La Mina", la formación en actividades comunitarias a otros profesionales, las campañas

vacunales y las intervenciones en problemas de salud identificados como prioritarios (drogas, tabaco, alcohol, salud dental, etc.). Los indicadores de efectividad de este proyecto, como el grado de participación de los profesionales (> 85%), el grado de satisfacción del profesional y de la población, el número de actividades sistematizadas, el abordaje de problemas de salud priorizados presentan unos resultados o tendencias muy satisfactorias.

El grupo de mejora de los aspectos ecológicos ha realizado difusión de recomendaciones para el consumo y desarrollo sostenible, ha intervenido en aspectos como el reciclaje de papel, cartuchos de impresora, circuito de eliminación de pilas, radiografías, citotóxicos, material clínico y no clínico desechable. Se han realizado dos encuestas sobre conocimientos y actitudes y se han obtenido indicadores cuantitativos. La mejora en los conocimientos y las actitudes de los profesionales también fue evidente. El reciclaje de papel se cuadruplicó en 1 año.

Respecto al proyecto de mejora de procesos, en este período de tiempo se ha actualizado el manual de procedimientos de forma que existe un documento donde se describe cada proceso, sus responsables o propietarios, las actividades y los indicadores para su control. Una adaptación resumida del documento se entrega a los profesionales que empiezan a trabajar en el EAP en el plan de acogida al nuevo profesional.

En el proyecto de mejora de la información se analizó el problema y se decidió intervenir en las múltiples causas identificadas. Se consensó un circuito de información, se consiguió una sala de reuniones, unos buzones personales para depositar informaciones individualizadas y unos paneles para difundir informaciones generales. Se sistematizó la publicación de una revista interna con una periodicidad de cada dos meses. Se ha evaluado mediante encuesta el resultado de las intervenciones, siendo muy favorable.

Los resultados en los proyectos de mejora del trabajo en equipo también son buenos. La participación de los profesionales en equipos de mejora, al igual que en las actividades comunitarias, es elevada (> 85%). La encuesta de satisfacción del profesional presenta resultados muy satisfactorios. El clima laboral en el colectivo de administrativos ha mejorado de forma evidente (conflictos entre profesionales anecdóticos, peticiones de cambio de centro escasas y sin materializarse, encuesta de satisfacción con tendencias o resultados positivos).

En definitiva, a los 2 años de su identificación, el 82,3% de los 68 aspectos sin causa externa presentaban alguna mejora: 38 de los aspectos (55,8%) mejoraron según los objetivos previos, 18 casos (26,5%) mejoraron sin llegar al estándar y en 12 la situación no había variado (17,64%).

Respecto al segundo objetivo de la Tesis, se identificaron 1.803 aspectos clave en los 9 informes EFQM 2000 de los equipos del SAP Sant Martí, que se resumen en 709 aspectos diferentes (concordancia entre informes). Estos se agrupan en 597, que a su vez se codifican en los aspectos clave que forman parte del formulario definitivo, clasificando cada uno de ellos en el subcriterio del modelo de excelencia EFQM que más está afectado. Se obtiene un listado de aspectos por subcriterio pendiente de validar por expertos en el tema.

Tabla 3. Valoración con la tarjeta REDER

---

En los *resultados* se valoran cinco atributos

- Tendencias, valora que éstas sean positivas o haya un crecimiento bueno mantenido
- Objetivos valora la consecución de los objetivos y que éstos sean los apropiados
- Comparaciones valora que las comparaciones con otros sean favorables
- Causas valora hasta que punto los resultados son motivados por el enfoque
- Alcance valora hasta que punto tenemos resultados de todo lo que hacemos

En el *enfoque* se valoran dos atributos:

- Solidez, con un argumento claro, con procesos bien definidos y desarrollados y orientado a los clientes y a los que tienen intereses en la organización
- Integrado, que apoya la política y estrategias del centro y de la organización y está en consonancia con otros enfoques apropiados.

En el *desarrollo* del enfoque se valoran dos atributos:

- Implantación del enfoque en las áreas relevantes
  - Sistemática, con evidencia de desarrollo estructurado del enfoque
-

---

En la *evaluación y revisión* del enfoque se valoran tres atributos:

Medida periódica de la eficacia del enfoque y el desarrollo

Aprendizaje de las actividades que se utilizan para identificar y compartir las mejores prácticas y oportunidades de mejora

Mejora, analiza los resultados de la medida y el aprendizaje y se utiliza para identificar, priorizar, planificar y implantar mejoras.

---

## **Discusión**

Son muchos los condicionantes que facilitan que el EAP La Mina obtenga unos buenos resultados mediante la aplicación del modelo de excelencia EFQM. En primer lugar, el EAP La Mina se inició en actividades de mejora continua de la calidad hace 14 años, por lo que la cultura de la calidad está ampliamente difundida entre sus profesionales. El EAP La Mina se formó en el año 1984 y dispone de un Plan de Mejora Continua (PMC) centralizado en un equipo de mejora permanente desde 1989. La existencia de este PMC ha sido definitiva en muchos aspectos que afectan a los criterios del modelo, en especial en al que se refiere a la política y estrategia.

En segundo lugar, la consistencia y coherencia en la orientación del liderazgo y la dirección del PMC y del EAP La Mina ha sido favorecida por la continuidad y proximidad de las tres personas que han dirigido el PMC en estos 14 años. En un principio el PMC fue diseñado, implantado y liderado por la Dra. Roser Marquet. Posteriormente, el PMC fue dirigido por el Dr. Davins desde 1992 hasta 1998, fecha en que asumió las tareas de director del EAP, hasta la actualidad. Desde 1998 el Plan de Mejora está dirigido por la Dra. Sílvia Calvet. En estos años, estos profesionales han mantenido una estrecha relación tanto laboral, docente como en el ámbito de la investigación. El liderazgo en las actividades de calidad se ha materializado mediante la continuidad en la orientación del PMC que impulsa la aplicación de los principios de la excelencia.

Otro factor clave en toda empresa de servicios son los profesionales que "fabrican" este servicio. La grado de motivación, participación e implicación de los profesionales y el trabajo en equipo de los profesionales del EAP La Mina es bueno.

La orientación al cliente es otro factor clave. El estudio de sus necesidades y expectativas mediante el examen preliminar de salud comunitario y las encuestas de satisfacción son aspectos estratégicos que facilitan el abordaje de los problemas de salud de la comunidad y la obtención de unos grados de satisfacción positivos. Además, con esta perspectiva comunitaria, el umbral entre cliente y sociedad se hace imperceptible. Asimismo, en esta sociedad en la que interactuamos existen otras instituciones u organismos que también se relacionan con nuestros clientes o con nuestro EAP. La relación y coordinación (alianzas) con estas entidades es necesaria para la excelencia. En este marco, las actividades ecológicas añaden valor a la responsabilidad social del EAP.

Finalmente, la orientación a los resultados, la mejora de su información y su repercusión en mejoras, se fundamenta en la sistematización de la recogida de información y sus canales de distribución. Los resultados de los diferentes indicadores permiten monitorizar los aspectos y los procesos clave de nuestro servicio sanitario.

Como conclusión, el modelo de excelencia propuesto por la EFQM es una herramienta útil para la auto evaluación de los EAP. La visión global de la organización con el modelo ayuda a establecer la estrategia adecuada para alcanzar la excelencia. La identificación de áreas de mejora, la selección de los proyectos prioritarios, y su desarrollo y la consecución de objetivos demuestra la utilidad del modelo para la mejora de la calidad de un EAP.

Sin lugar a dudas, al implantar la cultura de la excelencia en un EAP (y con ella, la auto evaluación como método), se genera una dinámica de mejora que se fundamenta en el mismo cambio conceptual, más que en el propio método.

## **Agradecimientos:**

A la Dra. Roser Marquet, que ha sido y es mi gran maestra. A la Dra Sílvia Calvet, que ha sido y es mi motor. A la Dra. Clara Pareja, que ha sido y es mi mejor alumna. A la Fundació Jordi Gol i Gurina por la beca que me ha proporcionado tiempo. Al EAP La Mina, que ha sido y es más que un equipo.

## **Bibliografía**

1. Costa i Estany JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Ediciones Gestió 2000. Unibersitat Oberta de Catalunya, 1998.
2. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
3. Palmer RH. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983. Edición en castellano: Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria, 1989.
4. European Foundation for Quality Management oficial page. Disponible en: <http://www.efqm.org> (1 de julio 2003).
5. Williamson JW. Formulating priorities for quality assurance activity: description of a method and it application. JAMA 1978; 239:631-7.
6. Centre d'Innovació i Desenvolupament Empresarial de la Generalitat de Catalunya (CIDEM). Pàgina ofocial. Disponible en: <http://www.cidem.com> (1 de julio 2003).
7. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. Atención Primaria 1995;16:80-4.
8. Kinlaw DC. Continuous Improvement and Measurement for Total Quality: A Team-Based Approach. San Diego: Pfeiffer & Company, 1992.
9. Zeithalm V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Diaz de Santos, 1993.
10. Marszalek-Gaucher E, Coffey RJ. Transforming Healthcare Organizations: How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
11. Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid: Díaz de Santos, 1991.

## **El modelo europeo de Calidad (EFQM) en los servicios de salud**

Ponente: Oscar Moracho, Gerente del Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

---

El Hospital de Zumarraga es un hospital general de Osakidetza/servicio vasco de salud que presta asistencia especializada a unas 90.000 personas de la comarca Goierri-Urola de Gipuzkoa. Si bien el interés y el trabajo para mejorar nuestra calidad asistencial existe desde el nacimiento del hospital en 1984, el compromiso formal con la Calidad Total comienza en 1994 con el establecimiento de un Plan de Calidad que afecta a todas las actividades de nuestra organización. Un año más tarde se adopta el Modelo Europeo de Excelencia como referencia a seguir, impulsándose la formación de nuestros profesionales y realizándose la primera autoevaluación en 1996, habiéndose realizado hasta la fecha tres autoevaluaciones y tres evaluaciones externas. Desde entonces los esfuerzos para mejorar la asistencia a nuestros clientes se han centrado en saber qué tenemos que hacer (definir misión, visión y estrategia), saber cómo mejoramos lo que hacemos mediante la gestión por procesos y medir los resultados tanto asistenciales como económicos o de percepción del cliente. Todo ello teniendo como eje fundamental la mejora de la prestación de asistencia sanitaria especializada para alcanzar el máximo nivel de salud de nuestra población respondiendo a criterios de universalidad, equidad, solidaridad y calidad.

Entre los valores compartidos por nuestros profesionales que nos ayudan a cumplir con nuestra misión cabe destacar la atención al cliente, el respeto mutuo, el trabajo en equipo y el orgullo de pertenencia al hospital de Zumarraga.

Nuestro compromiso con la mejora y el aprendizaje nos ha conducido en los últimos años a ser pioneros en nuestro medio en la utilización de novedosas técnicas terapéuticas y de gestión como la cirugía laparoscópica, las encuestas de clima laboral y a médicos de atención primaria o la gestión por procesos.

Hemos elegido la gestión por procesos, de forma pionera en el Estado, como un proyecto de mejora continua que facilite a las personas el conocimiento de qué hay que mejorar, aumente su implicación, les facilite herramientas para ello, permita delegar el poder de decisión suficiente para hacerlo, y potencie la sinergia del hospital, para aumentar con todo ello la eficiencia de nuestros servicios. Este sistema nos permite implicar a líderes naturales por su compromiso o sus conocimientos en la gestión de la calidad, y es una excelente forma de difundir la misión, visión, los valores y las necesidades de los grupos de interés del hospital. Así mismo el concepto de la calidad se integra con el de gestión, y el aprendizaje y la mejora continua se establecen como cultura del día a día.

La excelente calidad técnica y humana de nuestros profesionales está permitiendo que 74 personas sean gestores de proceso, es decir responsables de la mejora continua en su actividad, y que cerca de un 60% de nuestros profesionales participen en grupos de trabajo, aprendizaje o mejora.

Nuestra cultura de gestión, su desarrollo y el trabajo de nuestros profesionales nos ha permitido situarnos en una posición destacada en los resultados asistenciales y de satisfacción de clientes, y ser un referente en gestión de la calidad en todo el Estado. Esto se confirma por la obtención de numerosos reconocimientos externos

desde 1999, como la Q Plata en 2000, Hospital Amigo de los Niños de UNICEF, Premio Golden Helix 2001, Diploma de IHOBE de gestión medioambiental, el Premio Ciudadanía a la calidad en los servicios públicos de 2002 o los 14 procesos certificados mediante ISO 9000:2000 y la ISO 14.001 de gestión medioambiental este año.

La Q Oro supone un motivo de orgullo para todos nosotros y un importante paso en esta trayectoria. Los evaluadores externos han destacado la importante implantación de la gestión por procesos, la participación e implicación de los profesionales en la mejora de la gestión del hospital, la predisposición del hospital a compartir experiencias y conocimientos con otras organizaciones, los excelentes resultados para los clientes y la cohesión e identificación con el proyecto del hospital de sus profesionales.

Nuestro compromiso con la Calidad Total y el camino hacia la Excelencia se reflejan en nuestro esfuerzo diario, y tiene como fin último la mejora continua de la atención sanitaria a nuestros clientes.

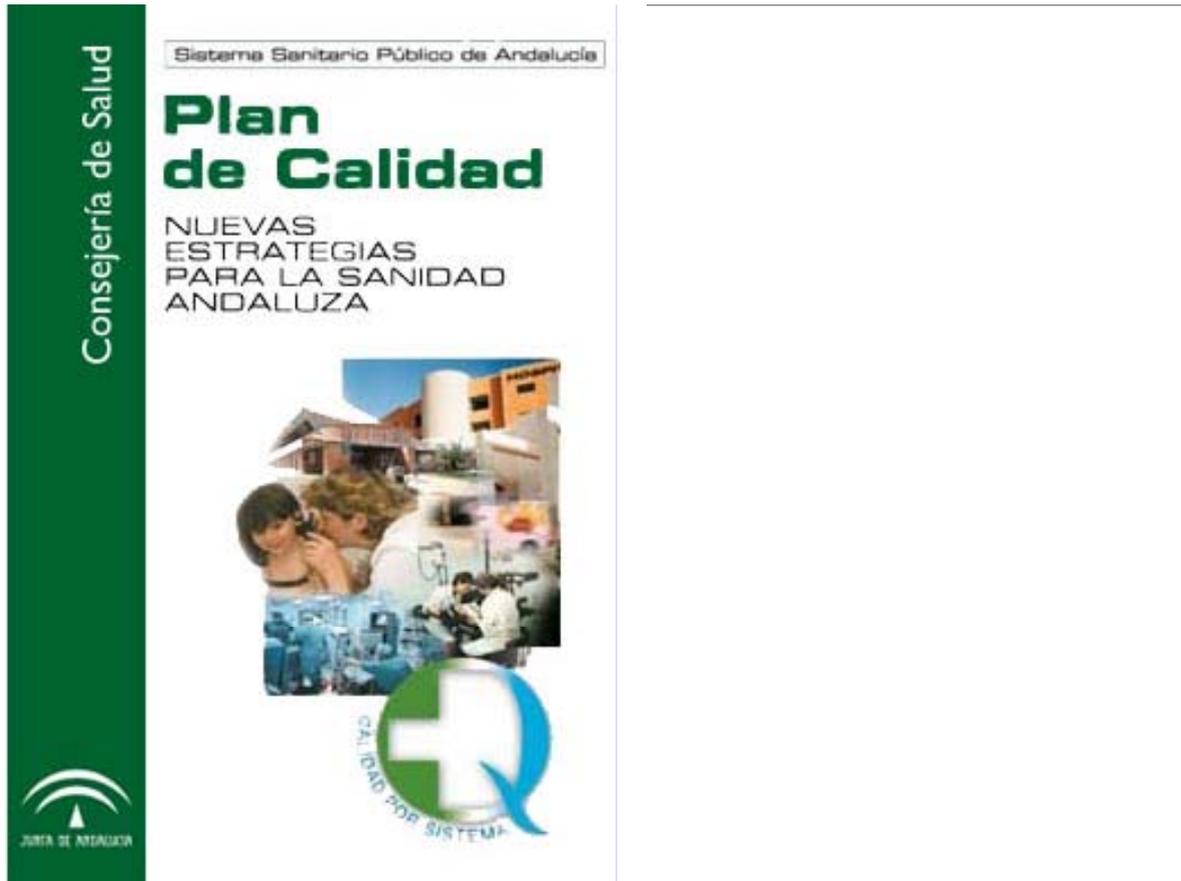
Día 17  
Hora: 17'00  
SALÓN DE ACTOS

**Mejorar la continuidad, disminuir la variabilidad:  
¿Qué aporta la gestión por procesos?**

*Moderador: Roberto Garuz, Director de Coordinación Asistencial del Servicio Aragonés de Salud.*

- **Francisco Javier Torrubia Romero** (*"Gestión de procesos asistenciales en Andalucía"*) miembro del equipo de trabajo del proceso asistencial integrado *Hipertrofia Benigna de Próstata-Cáncer de Próstata, Servicio de Urología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.*
- **Josema Martínez** (*"ISO 9001 y gestión por procesos en los EAP's de Euskadi"*), *Jefe de la Unidad de Atención Primaria de Villabona, Guipúzcoa.*





### ↳ *Gestión por procesos*

ES UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN INTEGRAL

DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE UNA EMPRESA

QUE SE CENTRA EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA



Y LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

# ¿Qué es un proceso?

3/15



## → ¿Qué es un proceso?

UN PROTOCOLO?

UN PROCEDIMIENTO?

UNA GUÍA DE PRÁCTICA?

REORDENAR LOS FLUJOS DE TRABAJO DE FORMA  
QUE APORTEN VALOR AÑADIDO  
DIRIGIDO A AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE  
Y A FACILITAR LAS TAREAS DE LOS PROFESIONALES

4/15



## ¿Qué es un proceso?

SUCESIÓN DE ACTIVIDADES EN EL TIEMPO

CON UN FIN DEFINIDO.



ORGANIZACIÓN LÓGICA DE PERSONAS, MATERIALES, ENERGÍA,

EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS

EN ACTIVIDADES DE TRABAJO DISEÑADOS PARA GENERAR UN

RESULTADO ESPECÍFICO.

5/15



## Gestión por procesos

Identificación de los procesos clave

CÁNCER DE MAMA  
DOLOR TORÁCICO  
EMBARAZO PARTO Y PUERP.  
EPOC  
DIABETES  
DEMENCIAS  
FRACTURA DE CADERA  
SÍNDROME DE ANSIEDAD  
CUIDADOS PALIATIVOS  
CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO

ATAQUE CEREBRO VASCULAR  
HIPERPLASIA BENIGNA Y CÁNCER DE PRÓSTATA  
ATENCIÓN AL ENFERMO PLURIPATOLÓGICO  
CATARATA  
PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR CRÓNICA  
COLECISTITIS Y COLELITIASIS  
CEFALEAS  
INSUFICIENCIA CARDÍACA  
VHSIDA  
DOLOR ABDOMINAL

→ *Gestión por procesos*

Identificación de los procesos clave

Amigdalectomía/  
Adenoidectomía  
Anemias  
Arritmias  
Asma del adulto  
Asma infantil  
Cáncer colorectal  
Cáncer de piel  
Disfonía  
Disfunción tiroidea  
Dispepsia  
Hemorragias uterinas anormales  
Hepatitis vírica  
Hernias Abdominales  
Insuficiencia venosa crónica  
Otitis  
Politraumatizados  
Síndrome febril de larga duración  
Síndrome febril en el niño  
Trasplantes  
Trastornos conducta alimentaria  
Prótesis Articulares

→ *Gestión por procesos*

Describir los procesos

### Guía de procesos ...

Criterios metodológicos uniformes y suficientemente validados

Basada en bibliografía y experiencias DE GESTIÓN POR PROCESOS en el sector sanitario

No es más que UN MÉTODO ordenado para describir los procesos

→ *Gestión por procesos*  
Describir procesos

1. Definición global del proceso

- 1. Definición funcional del proceso
- 2. Límites del proceso: entrada, marginal y final
- 3. Responsable del proceso

2. Destinatarios y objetivos del proceso

- 1. Destinatarios y expectativas del proceso
- 2. Objetivos y flujos de salida. Características de calidad

3. Componentes del proceso

- 1. Elementos que intervienen y recursos del proceso
- 2. Actividades del proceso. Características de calidad

4. Representación gráfica del proceso

Diagrama de flujos del proceso

5. Evaluación del proceso

Estructura de indicadores



9/15



→ *Porque surge?*

**Recursos limitados - demanda ilimitada**

**Los profesionales asistenciales "gestionan" el 70% del gasto en sus decisiones clínicas**

**Divorcio gestores - clínicos**

**Niveles asistenciales estancos**

**Introducción de técnicas e intervenciones no demostradas en efectividad**



10/15



## IMPLANTACIÓN DEL PROCESO HBP-CA PROSTATA EN EL AREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCIO

11/15



## MENSAJES CLAVES

1. LOS PROTAGONISTAS SOMOS TODOS
2. TODAS LAS ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN SON EFECTIVAS EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS,...PERO NINGUNA LO ES EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS....
3. CUALQUIER ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEBE SER CUIDADOSAMENTE PLANIFICADA
4. PREVER ACTITUDES ANTE TODA ESTRATEGIA DE CAMBIO
5. EL RITMO DE INTRODUCCIÓN DE MEJORAS NO TIENE PORQUÉ SER HOMOGÉNEO, Y CUALQUIER MEJORA, POR PEQUEÑA QUE SEA, DEBE SER TENIDA EN CUENTA

12/15



## CRITERIOS OPERATIVOS / FASES DE IMPLANTACIÓN

- Desarrollo Estructura Organizativa Interniveles
- Análisis de Situación
- Desarrollo de nivel de arquitectura 4
- Plan de Comunicación
- Plan de Formación: conocimientos y habilidades
- Desarrollo de sistema de información / indicadores y objetivos
- Estrategia de mejora continua

13/15



## 1. Desarrollo Estructura Organizativa

- Creación Comisión Mixta Interniveles  
(Gerentes, Directores Médicos, Responsables de Calidad): Priorización, Recursos...
- Creación Grupo de Desarrollo:  
Definición de Responsable, implicación de todos los grupos profesionales afectados. Presencia de Directivos
- Creación Grupos de Mejora Locales

14/15



## 2. Análisis de Situación

### A. PRIMARIA:

- ✓ Derivación Inmediata sin discriminación con escasa información
- ✓ Incertidumbre: dudas diagnósticas, habilidades para T.R.
- ✓ Escasa Disponibilidad de Tiempo
- Existencia de Sistemas de Información
- Cultura de Indicadores y Medición trabajando por objetivos

15/15



## 2. Análisis de Situación

### A. ESPECIALIZADA

- ✓ Importante Variabilidad no Justificada
- ✓ Importantes puntos de mejora: realización de IPSS, Adecuación PSA y peticiones de E. Complementarios
- ✓ Grados Variables de Resistencia al Cambio
- ✓ Información Insuficiente hacia A. Primaria
- Número Limitado de Procesos por Servicio

16/15



### 3. Desarrollo de Nivel de Arquitectura 4

#### 1. Contextualización por centros y realidades.

17/15



(\*) Al final de la exposición, en la pág. 69.-

### 4 / 5 Plan de Comunicación / Formación

#### A. Primaria:

- Información de directrices desde el Distrito a directores y adjuntos de enfermería
- Formación de Formadoresw
- Trabajo por Centros

#### A. Especializada

- Información de Directrices (Ses. Clín + “goteo”)
- Formación en GPAI
- Análisis pormenorizado del proceso y sus puntos “críticos”.

- Necesidad de cambios en algunas decisiones clínicas y en los flujos de pacientes
- Identificación bolsas de ineficiencia

ARQUITECTURA 4

18/15



## 7. Estrategia para la Mejora Continua

- Canales de Comunicación abiertos desde Grupos de Implantación a Grupo de Referencia Autonómico
- Buzón de sugerencias en página Web
- Reevaluación continua

19/15



## SENSACIONES DE LOS PROFESIONALES

- Apuesta seria y firme por la Mejora de la Calidad Asistencial
- IMPLICACIÓN de los Profesionales
- Desconfianza en descenso sobre la capacidad de implantación de la GPAI pero aún existente
- Grandes Ilusiones y Expectativas de Mejora

20/15



## SITUACION ACTUAL IMPLANTACION

- Primer Mapa ampliamente implantado
- Segundo Mapa
  - Priorizándose Procesos Oncológicos

21/15



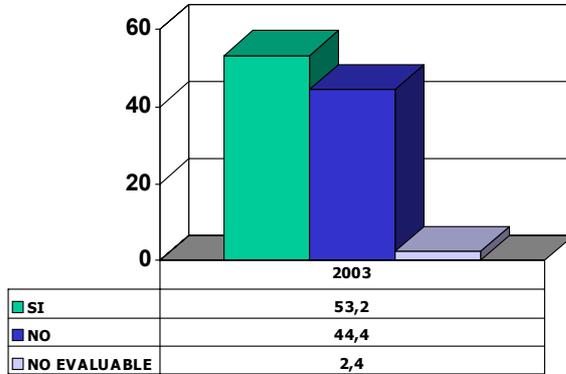
## RESULTADOS REALES A DOS AÑOS DE PUBLICACIÓN PROCESO HBP

22/15





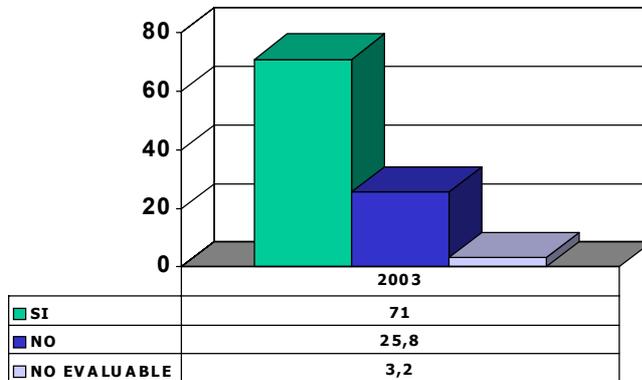
### REALIZACION IPSS



Anterior a proceso próstata: Realización ocasional de IPSS  
 Objetivo próximo año: > 75 % realización IPSS  
 23/15



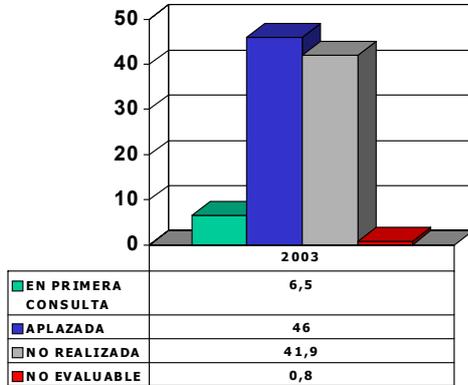
### SOLICITUD ADECUADA PSA



Anterior a proceso próstata: Sin datos sobre adecuación  
 Objetivo próximo año: > 80% adecuación  
 24/15



## REALIZACION DE FLUJOMETRIA

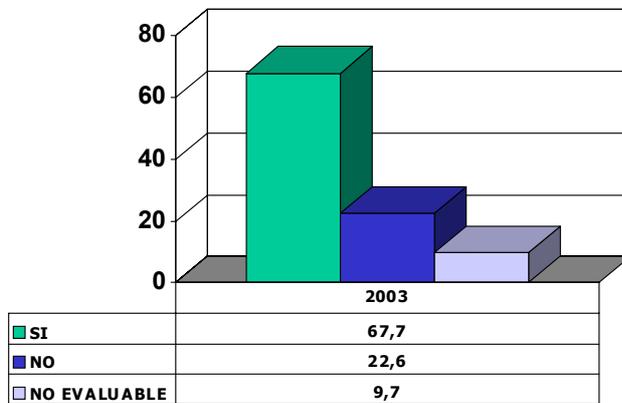


Anterior a proceso próstata: Realización muy infrecuente de flujometría. Sin cuantificar

Objetivo próximo año: > 75 %<sup>25/15</sup>



## ADECUACION ECOGRAFIA



Anterior a proceso próstata: Realización sistemática de Ecografía en la evaluación inicial y frecuentemente en revisiones. Los datos suponen una caída "espectacular" en número absoluto de peticiones de ecografía

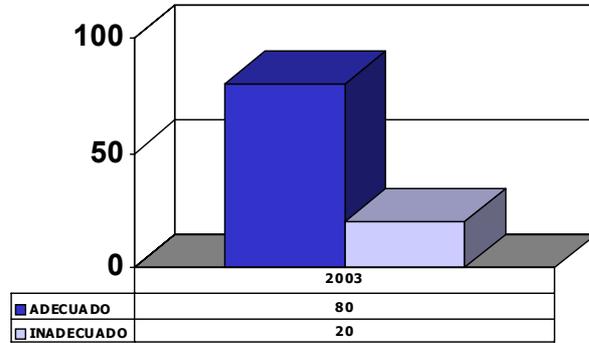
Objetivo próximo año: > 80 % Adecuación<sup>25/15</sup>





## BLOQUEO HORMONAL EN EL CA PROSTATICO

### ADECUACION DEL BLOQUEO



Anterior a proceso próstata: Sin datos

Objetivo próximo año: Mantenimiento de esta adecuación

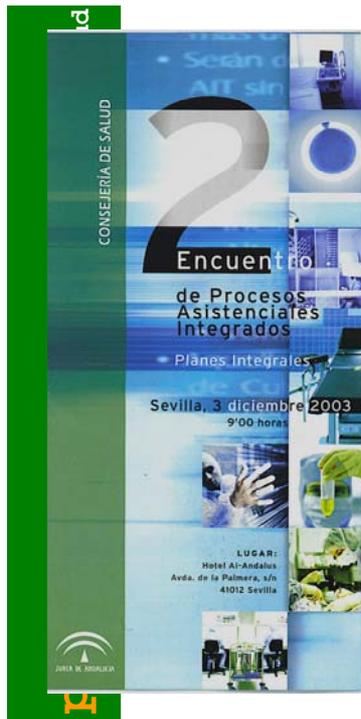
27/15



## GRAN IMPACTO EN MEJORA DE ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE UROLOGÍA

28/15





Diraya como herramienta para la continuidad asistencial. Seguimiento de pacientes incluidos en Proceso Hipertrofia Benigna/Cáncer de Próstata en la Historia de Salud Digital

29/15



30/15



**Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud**

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...

Atención al usuario | Atención clínica | Historias | Profesionales y agendas | Centro | Consultas generales | Ayuda | Salir

Historia de salud | Informes clínicos | Informes recibidos | NH: 20013307 | MARTOS PEREZ, JUAN | Hombre

Farmacia Normal (230050107774)  
 NH: 20013307.Hombre.41 años  
 (NH: 20013307.)

- Sin antecedentes conocidos
- Sin antecedentes familiares conocidos
- Se desconoce si tiene alergia
- Sin hábitos conocidos
- Sin problemas clínicos conocidos

6/11/2003  
 Sin constantes recogidas  
 HBP y Ca Próstata (11/11/2003)  
 Sin medicación asociada al proceso

Programas de salud  
 Procesos asistenciales (11/11/2003)  
**HBP y Ca Próstata (11/11/2003)**  
 Cuidados de enfermería

Fecha de consolidación en servicios centrales: 11/11/2003 17:04:01

**Visitas**  
 HBP y Ca Próstata (11/11/2003)  
**Primera visita de HBP y Ca Próstata**  
 Segunda visita de HBP y Ca Próstata  
 Visita revisión hipertrofia benigna de próstata  
 Visita revisión anual hipertrofia benigna de próstata  
 Visita revisión anual de Ca de Próstata tras 5 años estable  
 Consulta Urología 1ª (Atención especializada)  
 Consulta Urología 2ª (Atención especializada)  
 Consulta Urología 3ª (Atención especializada)  
 Revisión Consulta Urología (Atención especializada)  
 Intervención Quirúrgica hipertrofia benigna de próstata  
 Intervención Quirúrgica Ca de Próstata

MARTOS PEREZ, JUAN

31/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
 CONSEJERÍA DE SALUD

**Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud**

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...

Atención al usuario | Atención clínica | Historias | Profesionales y agendas | Centro | Consultas generales | Ayuda | Salir

NH: 20013307 | MARTOS PEREZ, JUAN | Hombre | 41 años | Clave 0 (Sin datos)

Consulta | Constantes | Plan de actuación | **Proceso asistencial**

**Primera visita de HBP y Ca Próstata**

**Valoración médica**

**- Historia clínica**

Anamnesis

IPSS

Exploración física

- Tacto rectal normal  
 Hallazgos

**- Pruebas de análisis**

PSA (antígeno prostático específico)

Creatinina en orina

Sedimento urinario

Guardar | Aceptar | Cancelar

32/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
 CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Segunda visita de HBP y Ca Próstata

**Valoración médica**

IPSS

Puntuación IPSS

¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? (0-6)

- Pruebas de análisis

PSA (antígeno prostático específico)

Creatinina en orina

Sedimento urinario

**Identificación de pacientes que cumplen criterios para seguir el proceso**

¿Cumple los criterios para seguir en el proceso?

Derivación urología

La solicitud procede en caso de:  
=> Sintomatología en paciente de 50 a 70 años.  
=> Sintomatología en > 40 años con antecedentes familiares de CaP.  
=> Datos clínicos de enfermedad neoplásica diseminada u ocasionalmente avanzada.

Guardar Aceptar Cancelar

33/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Visita revisión hipertrofia benigna de próstata

**Revisión de paciente diagnosticado de HBP y tratados por el urólogo**

Observaciones

IPSS

Puntuación IPSS

¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? (0-6)

Derivación urología

Revisión anual

Guardar Aceptar Cancelar

34/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Visita revisión anual hipertrofia benigna de próstata

**Valoración del paciente**

Observaciones

IPSS

Puntuación IPSS

¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? (0-6)

- Tacto rectal normal

Hallazgos

Derivación urología

Revisión anual

Guardar Aceptar Cancelar

35/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Visita revisión anual de Ca de Próstata tras 5 años estable

**Valoración del paciente**

Prueba de análisis

PSA (antígeno prostático específico)

Derivación urología

Guardar Aceptar Cancelar

36/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Consulta Urología 1ª (Atención especializada)

**Primera valoración**

IPSS

Puntuación IPSS

¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? (0-6)

- Pruebas complementarias

PSA (antígeno prostático específico)

Creatinina en orina

Sedimento urinario

- Flujiometría

Fecha

Resultado

Guardar Aceptar Cancelar

37/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...  
Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Exploración física

- Tacto rectal normal

Hallazgos

+ Diagnóstico HBP/CaP en 1ª consulta

Indicación quirúrgica

**Pruebas complementarias**

Ecografía urológica integral

Ecografía transrectal

Biopsia Transrectal Prostática e endfiregría

Estudio urodinámico

**Tratamiento para pacientes con HBP sin indicación quirúrgica**

- Derivación a A.P.S.

Fecha indicación

Guardar Aceptar Cancelar

38/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...

Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

### Consulta Urología 2ª (Atención especializada)

**Valoración resultados pruebas complementarias**

- Biopsia
  - Biopsia prostática y de vesículas seminales
  - Gleason
  - Volumen prostático
  - Estudio urodinámico

**Diagnóstico**

- Diagnóstico HBP
  - Diagnóstico: Inflammaciones prostáticas
  - Fecha
- + Diagnóstico CaP
- Indicación quirúrgica

Tratamiento del paciente afecto de HBP

Guardar Aceptar Cancelar

39/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Plan Marco de Calidad. Consejería de Salud

BARRIOS BLASCO, LUCIANO (Levante-Norte de Córdoba)-HISTORIA DE SALUD DIGITAL DEL CIUDADANO - Centro de atención pri...

Atención al usuario Atención clínica Historias Profesionales y agendas Centro Consultas generales Ayuda Salir

NH: 20013307 MARTOS PEREZ, JUAN Hombre 41 años Clave 0 (Sin datos)

Consulta Constantes Plan de actuación Proceso asistencial

Biopsia prostática y de vesículas seminales

Gleason

Volumen prostático

Estudio urodinámico

**Diagnóstico**

- Diagnóstico HBP
  - Diagnóstico: Inflammaciones prostáticas
  - Fecha
- + Diagnóstico CaP
- Indicación quirúrgica

Tratamiento del paciente afecto de HBP

- + Derivación a A.P.S.
- Solicitud de un estudio de extensiones de CaP
  - Gammagrafía ósea
  - Rx PA y lateral de tórax

Guardar Aceptar Cancelar

40/15

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

Unidad Atención Usuarios de A.P.	Médico de A. Primaria (1ª visita A.P.)	Unidad Atención Usuarios de A. Primaria	Enfermería A. Primaria	Médico A.P. (2ª visita AP)	Unidad Atención Usuarios A. Primaria	Médico A.P. (3ª visita)	Médico de A.P. (visitas sucesivas)
Gestión Primera cita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnesis (1)</li> <li>Entregar IPSS (2)</li> <li>Solicitud de: Sedimento; PSA si procede (4)</li> </ul>	<p>Gestión de Citas de pruebas complementarias</p> <p>Instrucciones para analítica</p> <p>Gestión 2ª cita con Médico de A.P. considerando la demora existente en resultados de analíticas</p>	<p>Extracción de sangre</p> <p>Recepción muestra para sedimento</p>	<p>Exploración con Tacto Rectal (3)</p> <p>Valoración de resultados:</p> <p>a) Sin criterios de derivación (salida de proceso pero mantener registrado)</p> <p>b) Con Criterios de derivación envío a AE informando llegar con vejiga llena (5)</p> <p>c) Remitir con P111 y clara identificación de Proceso HBP</p>	Gestión de cita con AE	<p>Evaluación Tto Farmacológico cuantificando IPSS (en su defecto expresión global del paciente)</p> <p>Si no existe mejora de al menos 25 %, ofertar observación o reenvío para valorar Tto Quirúrgico (P111)</p>	<p>Revisión Anual</p> <p>PSA anual en Ca próstata tras 5 años en AE (7)</p> <p>Derivación AE si cambios mediante p111 expresando Proceso HBP/Ca próstata y cambios producidos</p>
Consideración demora Cero	Entrada en proceso		Consideración demora inferior 3 días desde primera petición de cita		No más de 20 días hábiles	Tto Alfa-Bloqueantes al mes y Finasteride a los tres meses (6)	

(1) Valorar sintomatología obstructiva (retraso/dificultad para iniciar la micción, chorro débil, chorro entrecortado...) e irritativa (aumento de frecuencia miccional, urgencia miccional...)

(2) Cuestionario autoadministrado que se entregará al paciente para que devuelva en siguiente consulta. Si no tiene capacidad para realizarlo puede ser ayudado por personal sanitario, pero, en ese caso, la validez del test depende de que siempre se realice del mismo modo.

(3) Valorar fundamentalmente si hay aumento de volumen (no es motivo de derivación) y si existen cambios de consistencia o nódulos sospechosos de neoplasia (motivo de derivación)

(4) Procede solicitar PSA en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior compatibles con HBP con edad comprendida entre 50 y 70 años o entre 40 y 70 en caso de antecedentes familiares de primer orden de cáncer de próstata (Diagnóstico precoz). Así mismo, procede su solicitud en todos los pacientes con sospecha de Ca prostático sintomático

(5) Criterios de Derivación; cualquiera de los siguientes:

IPSS >8

PSA > 3

T.Rectal anómalo (cambio de consistencia o nódulo sospechoso)

Síntomas Asociados: hematuria, dolor hipogástrico o perineal, ITUs de repetición, vejiga palpable, aumento de Creatinina, retención urinaria aguda o crónica.

(6) Si disminución de más de un 25 % de la sintomatología se mantiene tratamiento y revisiones anuales; en caso de no respuesta se vuelve a remitir para valoración en AE

(7) Derivación a AE si aumento de PSA confirmada en dos titulaciones

Enfermería A. Especializada	Urólogo (1ª visita AE)	Enfermería A. Especializada	Gestoría de Usuarios de A.E.	Unidad de Ecografía Transrectal	Unidad de Urodinámica	Servicio de Radiología. Unidad de Ecografía
<p>Identificación pacientes proceso HBP/ Ca próstata por P111</p> <p>Realización de flujometría</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnesis</li> <li>Exploración con T. Rectal</li> <li>Valoración de IPSS, y datos analíticos.</li> <li>Solicitud de Ecografía según proceso (8)</li> <li>Solicitud de E. Urodinámico según proceso (9)</li> <li>Solicitud de Eco Transrectal/biopsia según proceso (10)</li> <li>Solicitud de Eco Transrectal si indicación quirúrgica</li> <li>Prescripción de tto médico si procede (incluir receta, IPSS en blanco para siguiente consulta de AP, e INFORME adecuado para AP)</li> <li>Si no identificación previa como paciente de proceso HBP/Ca próstata: inicio ajustado a proceso y flujometría en siguiente consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud cita Eco Transrectal / biopsia tfno 312427 y entrega de instrucciones y material (receta de profilaxis ATB y Enemas)</li> <li>Solicitud E. Urodinámico (tfno 312339 y entrega de instrucciones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de cita para Ecografía Urológica</li> <li>Gestión cita para 2ª consulta de AE adecuada a las fechas de realización de estudios complementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de Eco Transrectal emisión de informe en el mismo día</li> <li>Envío resultados correo interno a consulta peticionaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización Estudio Presión flujo</li> <li>Envío de resultados con Informe correspondiente por correo interno a consulta peticionaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la adecuación de petición a criterios establecidos en el proceso.</li> <li>Realización Ecografía Urológica</li> <li>Envío de resultados con informe a consulta peticionaria. Comentar en informe si no adecuación</li> </ul>
<p>Previamente a la entrada en consulta si se identificó.</p>				<p>Consideración demora inferior a 15 días hábiles desde la solicitud</p>	<p>Consideración demora inferior a 15 días hábiles desde la solicitud</p>	<p>Consideración demora inferior a 20 días</p>

(8) Indicaciones de Ecografía Abdominal: Dolor hipogástrico, Infecciones Urinarias de Repetición, Hematuria macroscópica ó Creatinina elevada.

(9) Indicaciones de Estudio Urodinámico: Discordancias Clínico-Flujométricas

(10) Indicaciones de Eco Transrectal y Biopsia:

- a. Tacto Rectal sospechoso
- b. PSA > 10
- c. PSA entre 3 y 10 con PSAL < 18 %
- d. Velocidad de PSA positiva anual (Aumento, repetido, > 20 % basal)

Enfermería A. Especializada	Urólogo (2ª visita AE)	Unidad M. Nuclear	Servicio de Radiología U. de Tórax	Urólogo (3ª visita AE)	Hospitalización para Cirugía	Consultas Sucesivas Urología
<p>Identificación pacientes proceso HBP/ Ca próstata por P111</p> <p>Realización de flujometría si no fue válida la de la primera visita</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de resultados de E. Complementarios</li> <li>• Prescripción de tto médico si procede (incluir receta, IPSS en blanco para siguiente consulta de AP, e INFORME adecuado para AP)</li> <li>• Solicitud de Eco Transrectal si indicación quirúrgica</li> <li>• Inclusión en RDQ si se hizo indicación en primera consulta (una vez vista Eco Transrectal)</li> <li>• Considerar repetición de biopsia según proceso (11)</li> <li>• Estudio de Extensión de Ca de Próstata según proceso (12)</li> <li>• Prescripción de Bloqueo Hormonal si Ca Próstata diseminado (MONOTERAPIA con análogos; Antiandrógeno solo el primer mes). Solicitud de P.Funcionales Hepáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citación para Gammagrafía Osea</li> <li>• Realización de Gammagrafía ósea en fecha prevista</li> <li>• Emisión de informe sobre Gammagrafía ósea y remisión por correo interno a consulta peticionaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citación para Rx Tórax el mismo día de la Gammagrafía ósea (inmediatamente e antes)</li> <li>• Realización de Rx Tórax en horario previsto</li> <li>• Emisión de informe y remisión por correo interno a consulta peticionaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de Eco Transrectal si HBP con indicación quirúrgica e inclusión en el RDQ</li> <li>• Valoración resultados de E. Extensión y decisión terapéutica compartida con paciente</li> <li>• Remisión a Servicio de Radioterapia o Inclusión en RDQ o programa de Vigilancia</li> <li>• Valoración de P.Funcionales Hepáticas si Bloqueo hormonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elección de tipo de Cirugía de HBP según proceso (13)</li> <li>• Antibioterapia protocolizada</li> <li>• Prescripción de HBPM desde la noche antes de la Cirugía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cirugía por HBP revisión al mes. Si no complicaciones salida del proceso</li> <li>• Si Cirugía Radical de próstata, revisión al mes con PSA</li> <li>• Si RT Radical, revisión a los tres meses con PSA</li> </ul>
<p>Previamente a la entrada en consulta si se identificó.</p>				<p>Consideración demora inferior 30 días desde anterior consulta</p>	<p>Consideración demora inferior a 60 días desde la inclusión en el RDQ si Ca de próstata</p>	<p>Revisiones sucesivas semestrales (si tto radical hasta cinco años)</p>

11. Se considerará indicada nueva biopsia, nunca antes de tres meses de la primera, si:

- a. Tacto Rectal positivo,
- b. PSA > 10, y PSA entre 3 y 10 con PSAL < 15 %
- c. PIN alto grado
- d. Atipia
- e. Velocidad de PSA mayor de 0,75 ó del 20 % sobre el basal en evaluación anual

12. Rx Tórax y Gammagrafía ósea si PSA > 10 ó Gleason =/> 7 ó clínica de afectación ósea ó biopsia positiva de Vesículas Seminales. No procede si no se dan ninguna de estas circunstancias. Tampoco procede por su escasa / nula aportación, la realización de TAC.

13. Si próstatas mayores de 60 grs se realizará cirugía abierta; entre 30 y 60 se realizará RTU, y en menores de 30 grs se podrá optar entre RTU y TCP

## ISO 9001 Y GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS EAP,s DE EUSKADI

Ponente: Josema Martínez

---

Cada vez más las organizaciones sanitarias muestran su preocupación por una mejora de la calidad asistencial. Los profundos cambios que se están dando en nuestra sociedad como son el aumento de la demanda y presión asistencial, el envejecimiento de la población, las nuevas y exigentes expectativas de los pacientes y de los profesionales de la salud, la necesidad de la contención del gasto etc. hacen necesaria unos nuevos modelos organizativos y nuevas herramientas para enfrentarse a estos cambios.

Osakidetza como organización no ha sido ajena a esta situación y concretamente en el ámbito de la atención primaria (AP) inició ya hace años diversas experiencias en el mundo de la calidad. Un ejemplo de esto son las múltiples unidades de AP que actualmente cuentan con la certificación con normas ISO 9000 en sus áreas de atención al cliente (AAC).

A principio de este año se ha iniciado un nuevo proyecto en 5 Unidades de AP y sus respectivas Comarcas con el objetivo de implantar la gestión por procesos y como consecuencia de esto de ampliar la certificación al total de la Unidad, ampliando así el alcance, hasta ahora limitado a las AAC, a los procesos asistenciales y de apoyo a estos. Posteriormente esta experiencia se ampliaría a otras Unidades de la red.

¿Qué es la gestión por procesos en una Unidad de AP? ¿Por qué la gestión por procesos?

La gestión por procesos es una nueva forma de organización de la asistencia sanitaria cuyo objetivo sería dar una respuesta homogénea y ágil a las necesidades de salud de su población atendida reduciendo la variabilidad clínica y basada en los siguientes principios:

- las actividades deben estar orientadas al cliente
- los profesionales son el principal activo de la organización y deben ser los protagonistas del cambio debiendo propiciarse el trabajo en equipo
- la asistencia clínica debe tener una base rigurosamente científica (MBE)
- los sistemas de información son pieza fundamental en la organizaciones que pretenden gestionarse por procesos, ya que esta gestión debe estar basada en datos reales de actividad y de resultados.

Todos estos elementos contrastan con el modelo tradicional de organización jerarquizada y departamentada donde prevalecen el principio de jerarquía y control frente al de autonomía y autocontrol de las organizaciones gestionadas por procesos que logra la implicación de los profesionales haciéndoles responsables de los diferentes procesos de la organización.

Si somos capaces de identificar todos los procesos que realizamos en una Unidad de AP y además desarrollamos cada proceso consensuando cómo debemos llevar a cabo sus actividades, controlarlo de tal manera que todos los profesionales lo hagan de la misma forma, medir su funcionamiento por medio de indicadores y mejorarlo continuamente, podemos asegurar que nuestra unidad está gestionada por procesos. Así mismo, no es difícil concluir que una organización será tan eficiente como lo sean sus procesos.

## NUESTRA EXPERIENCIA

La Unidad de AP de Villabona está formada por los Centros de Anoeta, Asteasu, Irura y Villabona y atiende a una población cercana a las 14.000 personas. Junto con otras cuatro unidades, a principios de este año, hemos comenzado un proyecto consistente en gestionar nuestro centro por medio de procesos. Como consecuencia de esto confiamos obtener la certificación según la norma ISO 9001:2000. Este proyecto ha sido dirigido por la subdirección de AP y de calidad y ha contado con la participación de los técnicos responsables de las AAC (TRACC), los propios equipos directivos de las correspondientes Comarcas y la asesoría de un miembro de una consultora externa. Las fases del proyecto han sido las siguientes:

- 1 Fase: elaboración del mapa de procesos y validación del mismo.

La elaboración del mapa de procesos se llevó a cabo en varias reuniones a las que acudieron los equipos de calidad de las Unidades, así como los TRAAC, gerentes de Comarca, representantes de la subdirección de AP y el representante de la consultora. Una vez definido el mapa se acotaron algunos procesos hasta establecer los procesos que entrarían en la certificación. Este mapa fue validado por el comité directivo formado por los gerentes y la subdirección de AP. (Figura 1)

- 2º fase: Diseño del sistema. Desarrollo de cada proceso.

Estos procesos fueron distribuidos para ser desarrollados entre las diferentes Unidades de AP, y gerencias de Comarca. Para ello se planificaron reuniones de formación sobre aspectos concretos de la metodología de procesos y para la siguiente reunión cada Unidad o gerencia debía traer desarrollados estos aspectos en los procesos que le correspondían. Estas reuniones tenían una periodicidad mensual y la idea era que para junio debía estar acabado el primer borrador del manual de procesos. Este fue el plan del desarrollo de las fichas de procesos:

- Definición funcional, límite inicial y final.
- Designación de propietario e indicadores
- Entradas y salidas.
- Flujograma
- Desarrollo de las actividades.

- 3º Fase de implantación y seguimiento.

En junio, ya una vez desarrollado el primer borrador de las fichas de procesos se inició la implantación en las unidades.

Tras comunicar a los equipos de los centros la fase de desarrollo en que nos encontramos, para llevar a cabo la implantación seguimos los siguientes pasos:

- Nombramiento de propietarios para cada uno de los procesos que se iban a incluir en la certificación.
- Cada propietario debía estudiar y posteriormente reportar las dificultades que encontraba para llevar a cabo la implantación de su proceso, así como para la obtención de indicadores. De la misma manera emitía sugerencias para posibles modificaciones del proceso.
- Cada responsable se encargó de comunicar al resto del equipo lo que iba a suponer de cambio en su trabajo habitual por la implantación del nuevo proceso, así como de la necesidad de utilizar algún registro nuevo.
- Obtención de indicadores por parte de los propietarios de procesos
- Formación a los equipos de calidad de las Unidades en auditoría interna de procesos y consecución de dichas auditorías por los propios responsables de cada proceso, que sirviese para estabilizar el proceso.

- Una vez estabilizado el proceso y obtenidos los indicadores, se trataría de realizar un PDCA de cada proceso. Actualmente nos encontramos en esta fase.
- 4º Fase: proceso certificación, prevista para enero de 2004. Previamente AENOR, la empresa certificadora revisará y aprobará el manual de procesos y realizará una visita previa a uno de las Unidades a certificar para efectuar una valoración inicial de la situación en el desarrollo del proyecto y elaborar las recomendaciones necesarias.

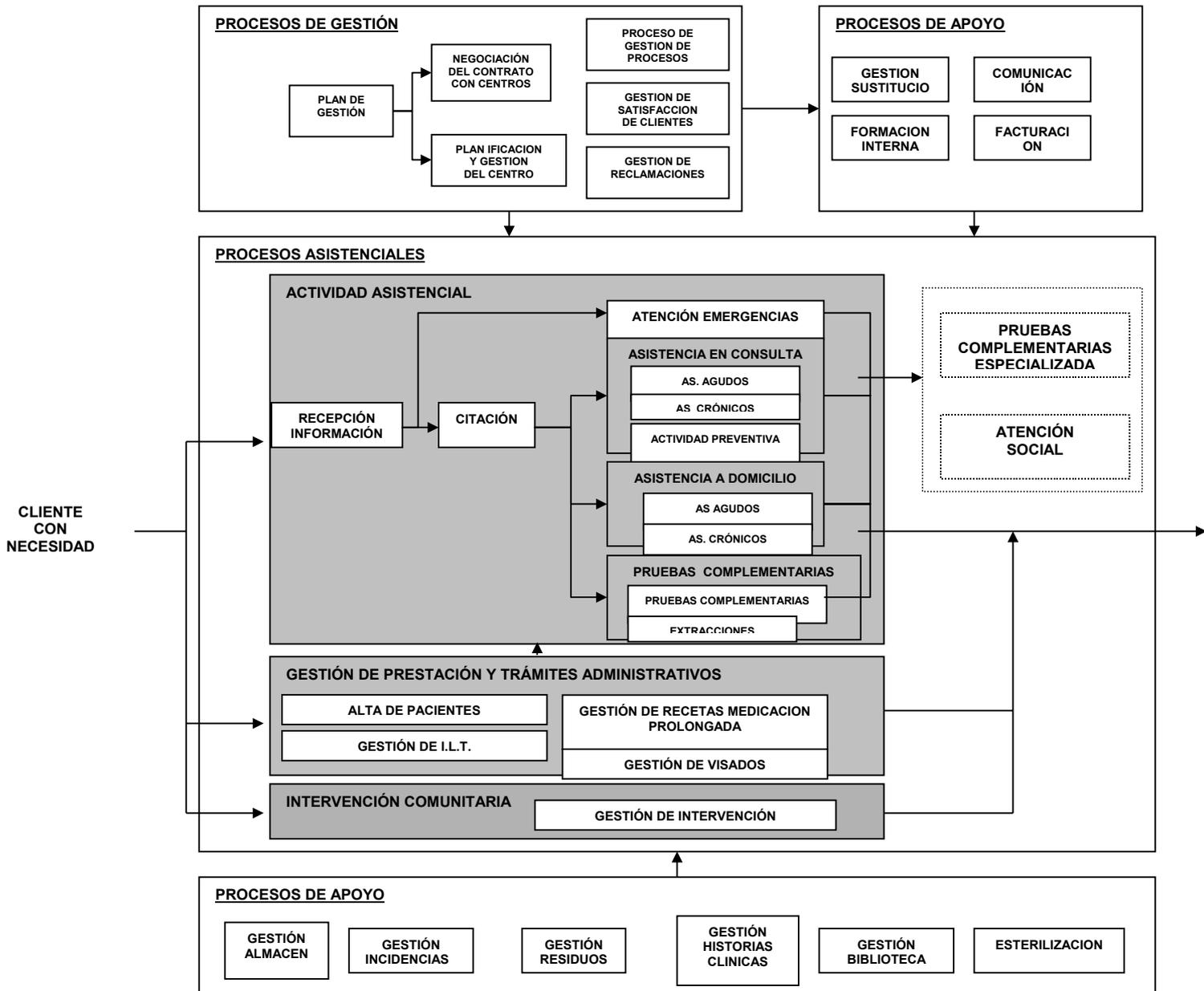
#### LIMITACIONES Y DIFICULTADES DEL PROYECTO

- Dificultad para lograr la implicación de los profesionales de los centros. Resistencia al cambio.
- Desarrollo de procesos excesivamente genéricos, ya que tenían que ser válidos para el total de las Unidades de la red y difícilmente podía contemplar las peculiaridades de cada Unidad.
- La certificación podría convertirse en un fin en lugar de ser una consecuencia.
- Desconocimiento de la metodología y del lenguaje por parte de los miembros de los EAP.
- Precisa de un compromiso importante de los directivos y de la propia organización.
- Precisa sistemas de información potentes y ágiles.
- Supone emplear una cantidad importante de recursos humanos: reuniones, obtención de indicadores...
- Resistencia por parte de algunos profesionales del EAP a los registros y controles.
- Esta metodología es menos eficiente para los centros rurales, que están constituidos muchas veces por un médico y un enfermero/a.
- Esta técnica requiere ser conocida por todos los miembros del EAP, y el actual sistema de contratación de sustitutos hace que estos "desestabilicen" los procesos.

#### VENTAJAS

- Es una potente herramienta para organizar los Centros de AP, generando orden y sistematizando las actividades.
- Si se logra que los equipos participen es un instrumento ideal para lograr la implicación de los profesionales y acercarlos a la cultura de gestión.
- Facilita la orientación al cliente
- Nos obliga a gestionar nuestros Centros con datos.
- Al reducir la variabilidad nos asegura resultados previsibles
- Propicia el trabajo en equipo aumentando su cohesión.
- Acaba con las organizaciones con modelos jerárquicos y funcionales, por lo tanto acaba con el " esto no es función mía".
- Apuesta por el desarrollo personal, dando responsabilidades y autonomía a los trabajadores, convirtiéndose estos en los auténticos protagonistas de la organización.

Figura 1: mapa de procesos para la certificación



Día 17  
Hora: 18'30  
SALÓN DE ACTOS

**Acontecimientos adversos derivados de las actuaciones sanitarias.**  
*Carlos Aibar Remón, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico  
Lozano Blesa, Zaragoza.*

## LOS RIESGOS DE LA ASISTENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ponente: Carlos Aibar Remón (a)

(a) Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

[caibar@unizar.es](mailto:caibar@unizar.es)

---

La misión del sistema sanitario es promover y mantener la salud, y evitar, aliviar y tratar la enfermedad. En este sentido, el conjunto de elementos que lo integran debe procurar unos servicios de calidad y que las personas tengan garantía de recibir atención adecuada y segura.

En los últimos años, la seguridad se ha convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. La justificación, los principios y los métodos dirigidos a lograrla han sido analizadas en múltiples libros de texto, artículos y documentos oficiales<sup>i ii iii iv v vi vii viii</sup>. Sin embargo, y pese a todos los esfuerzos dirigidos a garantizar e incrementar la calidad y seguridad de los servicios, la práctica clínica es una actividad acompañada de riesgos e incertidumbre.

El riesgo es definido en el Diccionario de la Real Academia Española como la contingencia o proximidad de un daño. Mientras riesgo o exposición son términos utilizados para expresar distintos grados de probabilidad de que suceda un hecho; la expresión peligro (*hazard*), es empleada, habitualmente, para referirse a una elevada posibilidad de algo más grave y concreto.

En el campo de la atención a la salud y la salud pública el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc...<sup>ix</sup>.

En cualquier caso, además de la dimensión epidemiológica, cuantificable mediante la estimación de la fuerza de la asociación o el riesgo atribuible; el riesgo, tiene una dimensión de aceptabilidad social ligada a la percepción del mismo y otra, de apreciación individual, relacionada con la forma en que se comunica y la participación en la toma de decisiones al respecto<sup>x</sup>.

### Los riesgos de la atención sanitaria

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria en general no es nuevo. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones día de los profesionales sanitarios<sup>xi</sup>.

Sin embargo, el concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a aumentar la probabilidad de que esta se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas.

En este sentido, podemos hablar de riesgos asistenciales para referirnos a condiciones como las siguientes:

- **Sucesos adversos (*adverse event*):** acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con el proceso

asistencial. Pueden ser **evitables** (no se habrían producido, en caso de hacer alguna actuación) o **inevitables** (imposibles de predecir o evitar)<sup>xii xiii</sup>.

También denominados como **desviaciones**<sup>xiv</sup>, se ha señalado la conveniencia de diferenciarlos de las **complicaciones**. En tanto que las primeras son trastornos objetivos ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad; las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica.

- **Error (error)**: acto de comisión u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso<sup>xv xvi</sup>. Algunos autores han destacado al respecto, la necesidad de mejorar la precisión de su existencia por medio de una valoración por pares, en el momento de producirse<sup>xvii</sup>.
- **Casi-error (near miss)**: categoría imprecisa que incluye sucesos como los siguientes:
  - o Caso en el que un accidente ha sido evitado por poco<sup>xviii</sup>.
  - o Cualquier situación en la que a una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias<sup>xix</sup>.
  - o Hecho que casi ocurrió<sup>xx</sup>.
  - o Suceso que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias<sup>xxi</sup>.
  - o Acontecimiento peligroso que no han producido daños personales, pero si materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos<sup>xxii</sup>.
- **Accidente**: Suceso aleatorio imprevisto, inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo<sup>xxiii</sup>.
- **Incidente (incident)**: Acontecimiento aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente<sup>xxiv</sup>; o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente<sup>xxv</sup>.
- **Efectos adversos de medicamentos (adverse drug events)**: Cualquier efecto nocivo e imprevisto de un fármaco que ocurre a las dosis habituales para prevención, tratamiento o diagnóstico<sup>xxvi</sup>.
- **Negligencia (negligence)**: Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación el conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado<sup>xxvii</sup>. A diferencia de los errores, un rasgo esencial de los mismos es su evitabilidad y en sentido estricto, únicamente podría definirse por la Administración de Justicia<sup>xxviii</sup>.
- **Malapraxis**: Concepto muy próximo al anterior, consiste en una deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.
- **Litigio (litigation)**: Disputa tramitada ante la Administración de Justicia, que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se debe a la existencia de los hechos anteriores<sup>xxix</sup>.

Las categorías citadas no son ni mutuamente excluyentes ni colectivamente exhaustivas, pero ofrecen una panorámica del problema de la iatrogenia y los riesgos relacionados con la atención sanitaria.

### La evaluación de los riesgos asistenciales

La epidemiología es "el estudio de la frecuencia de los fenómenos de interés en el campo de la salud" y el estudio del riesgo, su razón de ser<sup>xxx</sup>. Sin embargo, en el caso particular de los riesgos asistenciales, existe poco desarrollo metodológico y los estudios disponibles son insuficientes para proporcionar conocimiento pertinente para actuar hacia su reducción.

En relación con la medición de los riesgos de la atención médica es importante considerar, tanto los sistemas voluntarios de notificación como los métodos de estudio de los mismos.

### Sistemas de notificación de sucesos adversos

Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y, en definitiva, contribuir a mejorar la seguridad del paciente.

Semejantes en su planteamiento a los diseñados en el entorno de la seguridad aérea y de instituciones en las que la producción de accidentes tiene graves consecuencias<sup>xxxii</sup>, son múltiples los organismos que en los últimos años han planteado sistemas de notificación voluntaria de errores y sucesos adversos.

Las cualidades que contribuyen al éxito de un sistema de estas características han sido analizadas por Leape<sup>xxxiii</sup>, debiendo destacarse en particular el carácter no punitivo y anónimo de los sucesos incluidos (TABLA 1).

**Tabla 1: Características de un sistema de notificación de sucesos adversos**

No punitivo	No debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.
Confidencial	La identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada.
Independiente	El sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
Análisis por expertos	Los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del suceso reportado.
Ágil	Los informes deben ser analizados con prontitud, haciendo llegar las recomendaciones a las personas que las precisen. Especialmente si se han identificado riesgos importantes
Orientado hacia el sistema	Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema, los procesos y los recursos, más que en el comportamiento de los individuos.
Sensible	La agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas

Fuente: Leape LL. Reporting of Adverse Events. NEJM 2002;347: 1636

Además de cuestiones relacionadas con actitudes y hábitos profesionales<sup>xxxiv</sup>, los sistemas actualmente existentes presentan importantes limitaciones, entre las que destacan: su carácter retrospectivo, la indefinición de los casos a incluir, la subnotificación, los sesgos que suponen la voluntariedad y la tendencia a notificar los errores y sucesos más graves en detrimento de incidentes y casi-errores de gran utilidad formativa, la falta de continuidad, escasez de financiación y recursos y la lentitud en el análisis de la información y difusión de recomendaciones.

Es en este sentido y como uno de las infraestructuras precisas para emprender acciones efectivas en materia de calidad asistencial; en el que la recientemente aprobada Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>xxxv</sup>, plantea en su artículo 59 la creación de un registro de acontecimientos adversos con el fin de recoger información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

### **Epidemiología del riesgo asistencial**

La frecuencia y distribución del riesgo asistencial puede estimarse por estudios transversales, prospectivos y retrospectivos. En los primeros los datos se recogen en un día dado, en los prospectivos, durante la estancia hospitalaria del paciente y en los retrospectivos, mediante revisión de la historia clínica. La elección del método dependerá fundamentalmente del objetivo del estudio y los recursos disponibles (TABLA)<sup>xxxvi xxxvii</sup>

**Tabla 2: Estudio epidemiológico del riesgo iatrógeno**

Diseño	Ventajas	Inconvenientes
Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuantifica la incidencia</li> <li>- Determina la magnitud y trascendencia</li> <li>- Eficaz para evaluar la evitabilidad</li> <li>- Buena fiabilidad</li> <li>- Permite detectar precozmente situaciones de alerta</li> <li>- Útil para evaluar programas de reducción del riesgo</li> <li>- Implica a evaluadores y equipos asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costoso en tiempo y recursos</li> <li>- Carga de trabajo importante para evaluadores y equipo asistencial</li> </ul>
Transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos costoso</li> <li>- Rápido y reproducible</li> <li>- Buena fiabilidad</li> <li>- Suficiente para identificar áreas prioritarias de actuación</li> <li>- Permite detectar situaciones de alerta</li> <li>- Útil para sensibilizar a los profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No permite seguimiento</li> <li>- Insuficiente para evaluar programas de reducción del riesgo</li> </ul>
Retrospectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad de recogida de datos</li> <li>- Adaptación a dinámica habitual de trabajo</li> <li>- Determina la trascendencia</li> <li>- Poca carga de trabajo para el equipo asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de la historia clínica</li> <li>- Sesgo de pérdida de información</li> <li>- Subestimación de los sucesos</li> <li>- Falta de implicación del equipo asistencial</li> </ul>

Fuente: Modificado de Amalberti R, Cadilhac X, Garrigue-Guyonnaud H, Hergon E, Mounic V, Pibarot ML et al. Principes methodologiques pour la gestion des risques en etablissement de santé. Paris: Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante, 2003: 7

El estudio de incidencia de sucesos adversos y negligencias en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984, conocido como Estudio Harvard, sigue siendo el estudio de referencia para el conocimiento del problema. Extrapolando los datos del mismo, los errores médicos en los hospitales ocasionarían entre 44.000 y 98.000 fallecimientos cada año en los Estados Unidos de Norteamérica<sup>10, 25</sup>.

Estudios posteriores llevados a cabo en los estados de Utah y Colorado<sup>xxxviii</sup>, xxxixAustralia<sup>xl</sup>, Reino Unido<sup>xli</sup>, Dinamarca<sup>xlii</sup> o España<sup>xliii</sup> han confirmado la magnitud y la evitabilidad del problema; pero también una significativa variación de resultados como consecuencia de la diferente metodología utilizada (TABLA 3).

**Tabla 3: Frecuencia y evitabilidad de los sucesos adversos**

Estudio	Número de pacientes	Pacientes con sucesos adversos	Sucesos adversos evitables
Brenan T et al. 1991	30.121	3,7%	27,6%
Wilson RM et al. 1995	14.179	16,6%	51,2%
Thomas EJ et al. 2000	14.700	2,9%	27,4%(Colorado) 32,6% (Utah)
Vincent C et al. 2001	1.014	11,7%	48,0%
Schioler T et al. 2001	1.067	9,0%	40,4%

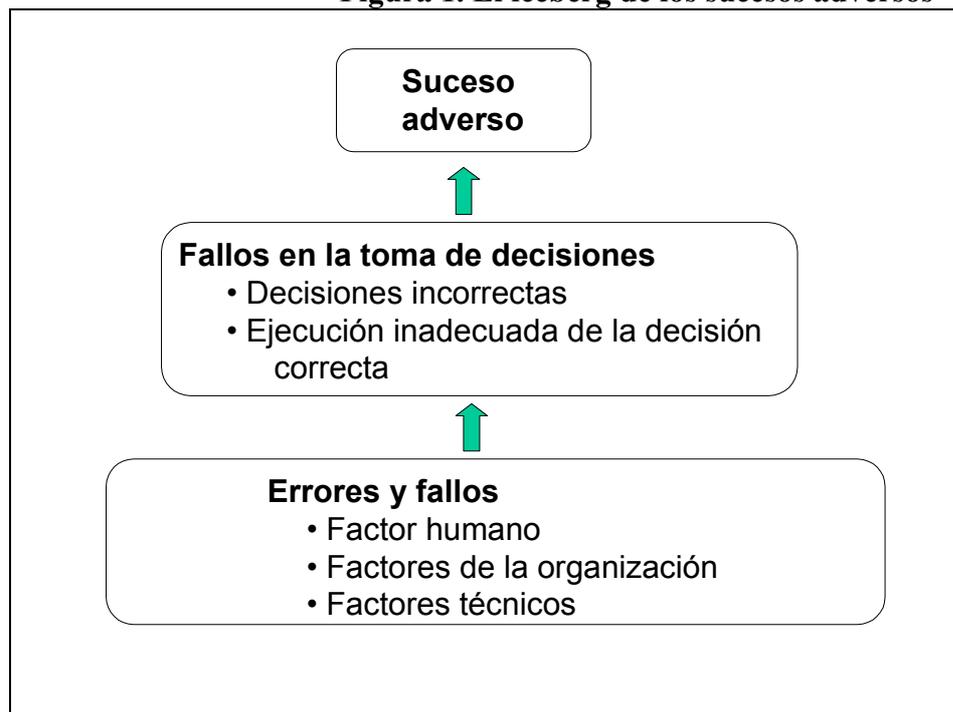
Así mismo se han realizado otros estudios relevantes dirigidos a analizar la frecuencia y gravedad de los sucesos que se manifiestan tras el alta hospitalaria del paciente<sup>xliv</sup> y otros que utilizan la metodología cualitativa.<sup>xlv</sup>

Entre los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de errores y sucesos adversos, destacan en todos los estudios: la introducción de nuevas técnicas y procedimientos, la fatiga y la inexperiencia de los profesionales, la gravedad del proceso, la necesidad de atención urgente y el tiempo de estancia hospitalaria<sup>xlvi</sup>.

### **Estrategias de reducción del riesgo asistencial**

La aparición de un suceso adverso es la parte más visible del iceberg de los riesgos asistenciales y, con frecuencia, es la última secuencia de un proceso que ha comenzado con anterioridad, en el que han influido múltiples factores humanos y relacionados con los distintos niveles organizativos del sistema sanitario (FIGURA 1)<sup>xlvii</sup>. Por tanto la reducción del riesgo, debe incluir actuaciones a distintos niveles.

**Figura 1. El iceberg de los sucesos adversos**



Fuente: Modificado de McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient Safety Efforts Focus on Medical Errors. JAMA 2002; 287:1998.

En el nivel de la macrogestión del sistema, es precisa una estrategia que establezca como una prioridad, la calidad y seguridad de la atención sanitaria. En esta línea, pueden ser de aplicación general, actuaciones como las propuestas por un Comité canadiense creado con el fin de incrementar la seguridad del sistema sanitario de dicho país. Entre las medidas más relevantes destacan las siguientes<sup>xlviii</sup>:

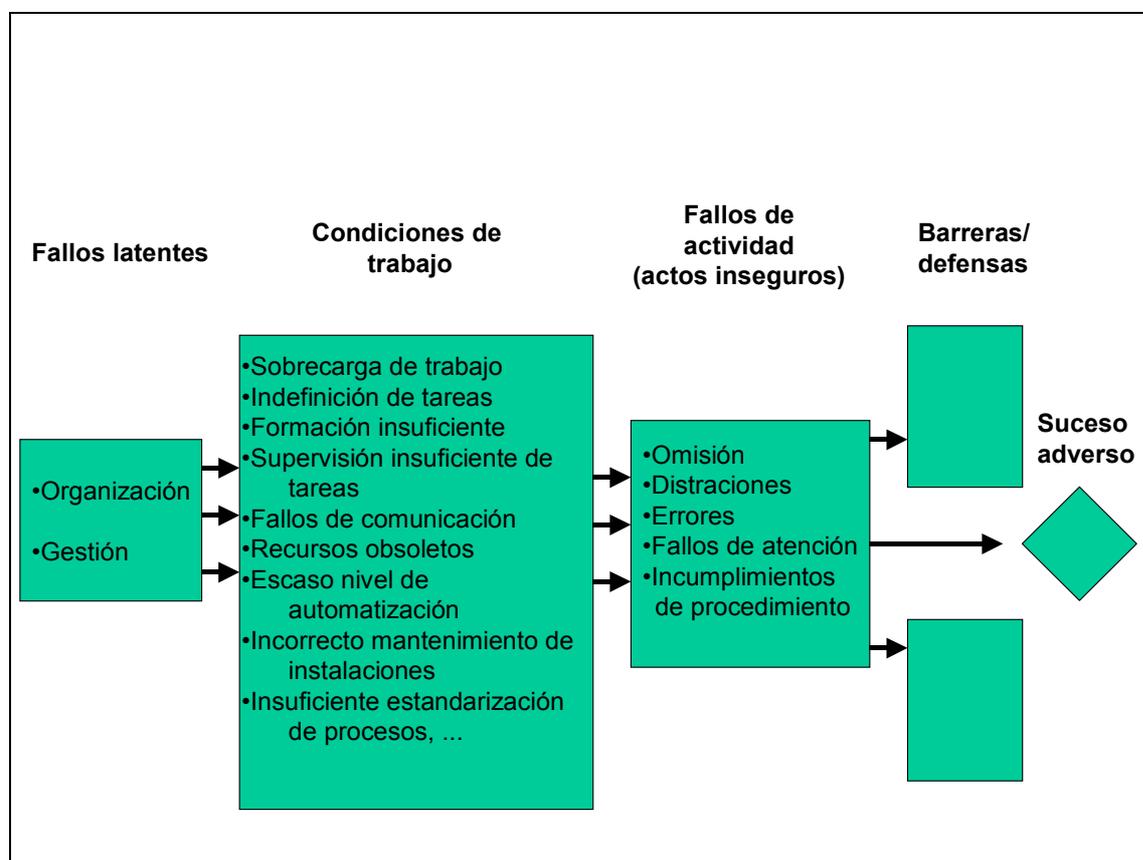
- Creación de un organismo para la seguridad de los pacientes.
- Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, tecnología y programa que se introduzca.
- Puesta en práctica de aquellas medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Introducir la cultura de rendimiento de cuentas respecto a calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Desarrollo de un entorno no punitivo como mecanismo de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema.
- Realizar esfuerzos en formación sobre calidad y seguridad.
- Creación y mantenimiento de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, casi errores y buenas prácticas.

A nivel de la meso y la microgestión de los servicios sanitarios existen dos formas de enfocar las actuaciones dirigidas a reducir los riesgos asistenciales: centrándolas en las personas o dirigiéndolas hacia el sistema en que desarrollan su actividad<sup>xlix</sup>. La primera, se caracteriza por prestar especial atención al factor humano, responsabilizando retrospectivamente a los individuos de sus actos y culpabilizándolos de las posibles omisiones, distracciones, incumplimientos de procedimiento y fallos de

memoria, atención, cuidado o profesionalidad. En este sentido las actuaciones deberían centrarse en los fallos ligados a la actividad o actos inseguros cometidos habitualmente por las personas que están en contacto con el paciente.

Por el contrario, la orientación centrada en el sistema asume las dificultades de cambiar la condición humana, y dirige sus actividades hacia la eliminación de ciertas condiciones latentes dependientes de los distintos niveles de decisión, y la modificación de las condiciones en que trabajan las personas por medio de la construcción de barreras dirigidas a evitar la aparición de sucesos adversos o limitar sus consecuencias (FIGURA 2). Entre los factores a considerar destacan, sobrecarga e inadecuada definición de puestos de trabajo, formación insuficiente, supervisión insuficiente de tareas, fallos en los sistemas de comunicación, conflictos de intereses entre los recursos disponibles y las necesidades asistenciales, recursos obsoletos, escaso nivel de automatización, incorrecto mantenimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, insuficiente estandarización de procesos, ...

**Figura 2 :Factores que influyen en la producción de los sucesos adversos**



Fuente:

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine BMJ 1998;316:1156

En cualquier caso, la aparición de un suceso adverso, debería suponer su estudio y aprovechamiento a fin de evitar nuevos casos. En este sentido son útiles métodos de análisis como el análisis de causas raíz<sup>li</sup> o la pauta de actuación propuesta por Puttha y Talaba, que incluye una descripción detallada y análisis de las circunstancias

La reducción de los riesgos asistenciales precisa de actuaciones coordinadas a diferentes niveles que van desde los actores, hasta la organización del trabajo, pasando por la cultura de la organización (TABLA 4).

personales y del medio relacionadas con la aparición del suceso, la revisión de las reacciones de las personas implicadas, considerando tanto aspectos positivos como negativos de las mismas y, por último, unas propuestas de aprendizaje y actuación<sup>lii</sup>.

### **Los pacientes y la prevención de riesgos asistenciales**

La implicación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud es una cuestión de actualidad<sup>liii liv lv lvi lvii</sup>. En el terreno de la prevención de los sucesos adversos, es de particular importancia la cuestión de la comunicación abierta de los riesgos y sucesos adversos posibles, así como la participación real de aquellos en el proceso de toma de decisiones, particularmente cuando estas implican riesgos graves y variaciones importantes de la calidad de vida, en dependencia de los resultados de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos o quirúrgicos.

La limitación que puede suponer para la información sobre los sucesos adversos en particular, el temor de los profesionales a litigios o a suscitar una atención excesiva de los medios de comunicación, no parece demostrada en organizaciones que han realizado un seguimiento al respecto<sup>lviii lix</sup>. Por todo ello puede afirmarse, que una manera efectiva de evitar errores y sucesos adversos es hablando sobre ellos y estimulando a los pacientes a preguntar al respecto<sup>lx lxi</sup>.

#### **Hacia una práctica clínica segura**

Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar que procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores<sup>lxii</sup>.

Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas de las publicaciones científicas y estudios coste-utilidad, proporcionan conocimiento útil y válido para determinar la eficacia, eficiencia y seguridad de un número, cada vez mayor, de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Prácticas sencillas, poco costosas y fácilmente aplicables para la prevención de la trombosis venosa profunda, de las infecciones quirúrgicas o de las úlceras por presión, constituyen un ejemplo demostrativo<sup>lxiii</sup>.

Las limitaciones para lograr una práctica clínica segura se centran en la insuficiente evidencia de múltiples procedimientos y en conseguir, mediante una cuidada gestión clínica, el uso adecuado de los recursos y la realización correcta de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

**TABLA 4: Areas de trabajo para la reducción de los riesgos asistenciales**

#### **1. Mejora del conocimiento:**

- Sistemas de notificación de errores y sucesos adversos
- Estudios epidemiológicos de frecuencia y distribución
- Análisis de errores y sucesos adversos (Análisis de causas raíz,..)
- Divulgación de buenas prácticas
- Evaluación de la efectividad de las estrategias de reducción del riesgo

**La máxima seguridad del paciente y del profesional se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. La seguridad no es igual a ausencia de riesgos y la confianza implica el conocimiento de los mismos.**

**2. Condiciones de trabajo:**

- Organización del trabajo
  - Definición de funciones
  - Jornadas adecuadas de trabajo
  - Supervisión de tareas
- Programas de mantenimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos
- Utilización de nuevas tecnologías de ayuda

**3. Entrenamiento (conocimiento, actitudes y habilidades):**

- Formación inicial y continuada
- Práctica clínica fundamentada en la evidencia
- Guías clínicas y protocolos

**4. Cambio cultural orientado hacia:**

- Evaluación y rendimiento de cuentas
- Calidad y seguridad
- Comunicación
- Implicación de los pacientes en la toma de decisiones

## Referencias bibliográficas

- <sup>i</sup> Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academic Press; 2000
- <sup>ii</sup> Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academic Press; 2001
- <sup>iii</sup> Department of Health. *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS*. London: Department of Health; 2000
- <sup>iv</sup> Wade J, Baker GR, Bulman, Fraser P, Millar J, Nicklin W, Rosser W, Roy D, Salsman B. A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. Ottawa: National Steering Committee on Patient Safety. *Building a Safer System:2002* Disponible en: [http://www.rcpsc.medical.org/english/publications/building\\_a\\_safer\\_system\\_e.pdf](http://www.rcpsc.medical.org/english/publications/building_a_safer_system_e.pdf) (Acceso 25 de julio de 2003)
- <sup>v</sup> Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *Safety First: Report to the Australian Health Minister Conference 27 July 2000*. Disponible en: <http://www.safetyandquality.org/articles/Publications/safetyfirst.pdf> (Acceso 7 de junio de 2004)
- <sup>vi</sup> Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *Safety through Action: Improving Patient Safety in Australia. Third Report to the Australian Health Ministers' Conference 19 July 2002* Disponible en [http://www.safetyandquality.org/articles/Publications/safety\\_action.pdf](http://www.safetyandquality.org/articles/Publications/safety_action.pdf) (Acceso 7 de junio de 2004)
- <sup>vii</sup> Aibar C, Aranaz JM. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003; 26(2): 195-209
- <sup>viii</sup> Suñol R, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina* 2003; 14: 265-269
- <sup>ix</sup> Last JM. *Diccionario de Epidemiología*. Barcelona: Salvat, 1989
- <sup>x</sup> Amalberti R, Cadilhac X, Garrigue-Guyonnaud H, Hergon E, Mounic V, Pibarot ML et al. Principes methodologiques pour la gestion des risques en etablissement de santé. Paris: Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante, 2003. Disponible en <http://www.anaes.fr/anaes/> (Acceso 7 de junio de 2004)
- <sup>xi</sup> Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. *BMJ* 2001; 322: 501-502
- <sup>xii</sup> Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert M, Localio AR, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- <sup>xiii</sup> Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
- <sup>xiv</sup> González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir Esp* 2001; 69: 591-603
- <sup>xv</sup> Hofer TP, Kerr EM, Hayward RA. What is an error?. *Eff Clin Pract* 2000; 3:1-10
- <sup>xvi</sup> Hofer T, Hayward RA. Are Bad Outcomes from Questionable Clinical Decisions Preventable medical Errors? A Case of Cascade latrogenesis. *Ann Intern Med* 2002; 137(5): E-327-E334
- <sup>xvii</sup> Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997; 12:770-775
- <sup>xviii</sup> Vincent C, Ennis M, Audley RJ. *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- <sup>xix</sup> Van der Schaff TW. Development of a near miss management system at a chemical process plant. In: Van der Schaff TW, Hale AR, Lucas DA, eds. *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.

- 
- <sup>xx</sup> March JG, Sproull LS, Tamuz M. Learning from samples of one or fewer. *Organ Sci* 1991; 2: 1-3.
- <sup>xxi</sup> Ives G. Near miss reporting pitfalls for nuclear plants. In: Van der Shaff, Lucas DA, Hale AR, eds. *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.
- <sup>xxii</sup> US Nuclear Regulatory Commission. *Reporting safety concerns to the NRC*. Washington, DC: US Nuclear Regulatory Commission, 1998.
- <sup>xxiii</sup> Robertson L. *Injury epidemiology, research and control strategies*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1998
- <sup>xxiv</sup> National Research Council, Assembly of Engineering, Committee on Flight Airworthiness Certification Procedures. *Improving aircraft safety: FAA certification of commercial passenger aircraft*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1980
- <sup>xxv</sup> Fiesta J. Incident reports-confidential or not? *Nurs Manage* 1994;25:17-8
- <sup>xxvi</sup> Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 370: 53-56.
- <sup>xxvii</sup> Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients : Results of the Harvard medical Practice Study II, *N Engl J Med* 1991; 324: 377-384
- <sup>xxviii</sup> Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Boethics for clinicians: disclosure of medical error. *CMAJ* 2001; 164: 509-510
- <sup>xxix</sup> Orentlicher D. Medical malpractice. Treating the causes instead of the symptoms. *Med Care*, 2000; 38(3): 247-9.
- <sup>xxx</sup> Miettinen OS. *Theoretical Epidemiology: principles of occurrence research in medicine*. New York: Wiley. 1985
- <sup>xxxi</sup> Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320: 759-763.
- <sup>xxxii</sup> Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320: 781-785.
- <sup>xxxiii</sup> Leape LL. Reporting of Adverse Events. *N Engl J Med* 2002;347: 1633-1638
- <sup>xxxiv</sup> Rosner F, Berger JT, Kark P, Potash J, Bennet AJ, Disclosure and Prevention of Medical Errors. *Arc Intern Med* 2000; 160: 2089-2092
- <sup>xxxv</sup> Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado número 128, de 29-5-2003
- <sup>xxxvi</sup> Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Semana O. Estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de sante en France. *Études et Résultats* 2003;219. Disponible en: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er219.pdf> (Acceso 7 de junio de 2004)
- <sup>xxxvii</sup> Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AM, Semana O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004; 328: 1-5
- <sup>xxxviii</sup> Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al.. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
- <sup>xxxix</sup> Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR Zbar BIW, Orav J, Brennan T. Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000; 38: 250-260.
- <sup>xl</sup> Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71
- <sup>xli</sup> Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *Br J Med* 2001;322:517-9.
- <sup>xlii</sup> Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al. Incidence of Adverse Events in Hospitals. A Retrospective Study of Medical Records]. *Ugeskr Laeger* 2001; 163: 5370-5378
- <sup>xliii</sup> Aranaz JM, Gea MT, Marín G. Acontecimientos adversos en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo de un hospital universitario. *Cir Esp* 2003; 73: 104-109

- 
- <sup>xliv</sup> Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates W. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Ann Int Med* 2003; 138: 161-167
- <sup>xlv</sup> Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, Siegler M. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997; 349: 309-312.
- <sup>xlvi</sup> Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320; 774-776.
- <sup>xlvii</sup> McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient Safety Efforts Focus on Medical Errors. *JAMA* 2002; 287: 1997-2001
- <sup>xlviii</sup> Wade J, Baker GR, Bulman, Fraser P, Millar J, Nicklin W, Rosser W, Roy D, Salsman B. A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. Ottawa: National Steering Committee on Patient Safety. Building a Safer System, 2002 Disponible en: [http://www.rcpsc.medical.org/english/publications/building\\_a\\_safer\\_system\\_e.pdf](http://www.rcpsc.medical.org/english/publications/building_a_safer_system_e.pdf) (Acceso 25 de Julio de 2003)
- <sup>xliv</sup> Reason J. Human Error: models and management. *BMJ* 2000;320: 768-770.
- <sup>l</sup> Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine *BMJ* 1998;316:1154-1157
- <sup>li</sup> Hirsch KA, Wallace DT. Step-by-Step Guide to Effective Root Casuse Analysis. Marblehead: Opus Communciation, 2001
- <sup>lii</sup> Puttha R, Talaba R. *BMJ Career Focus* 2003;326:s177
- <sup>liii</sup> Kassirer JP. Incorporating patients preferences into medical decisions. *N Eng J Med* 1994;330;1895-1896.
- <sup>liv</sup> Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med.*1998;47:329-339.
- <sup>lv</sup> Feldman-Stewart D, Brundage MD, McConell BA. Practical issues in assisting shared decision-making. *Health Expectations* 2000;3:46-54.
- <sup>lvi</sup> Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001;116(3):104-110
- <sup>lvii</sup> Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002;324:648-651.
- <sup>lviii</sup> Vincent C. Understandig and Respondig to Adverse Events. *N Engl J. Med* 2003; 348: 1051-1056.
- <sup>lix</sup> Kramman SS, Ham G. Risk Management: Extreme Honesty may be the Best Policy. *Ann Intern Med* 1999; 131: 963-967
- <sup>lx</sup> Agency for Healthcare Research and Quality. Como proteger a usted y a su familia de los errores médicos. AHRQ Publication No. 02-0001. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001 Disponible en <http://www.ahrq.gov/consumer/5steps.htm> (Acceso 6 de junio de 2004)
- <sup>lxi</sup> Agency for Healthcare Research and Quality. 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos. Patient Fact Sheet. AHRQ Publication No. 00-PO39. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality,; 2000. Disponible en <http://www.ahrq.gov/consumer/20recom.htm> (Acceso 6 de junio de 2004)
- <sup>lxii</sup> Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *JAMA* 2002; 228: 501- 507.
- <sup>lxiii</sup> Shojania K, Duncan Bm McDonald K, Watcher RM eds. Making Health Care Safer:A Critical Analysis of Patient Safety Practices. AHRQ Publication 01-E058. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment, No. 43 Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/> (Acceso 6 de junio de 2004)



## **MESA 1: EXPERIENCIAS DE CALIDAD**

Miércoles 16, 16, 30 horas, Salón de Actos

**MODERADOR:** José Miguel Celorrio - Coordinador de Calidad del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

---

1. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva Del H.U. Miguel Servet.  
Palacios V  
Hospital Universitario "Miguel Servet"
- 2 Mejora de la Atención al Paciente Prequirúrgico mediante la implantación de una Unidad de acogida en el bloque quirúrgico.  
Félix M  
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
- 3 Atención del lesionado medular agudo traumático en la U.L.M.E: Coordinación con los diferentes Hospitales.  
Ledesma L  
Hospital Universitario "Miguel Servet"
4. Identificación y priorización de necesidades y estrategias de mejora de la calidad de los cuidados en el H.C.U "Lozano Blesa".  
Altarribas E  
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
5. ¿Por Qué no Acuden los Pacientes a la consulta de Neurología?  
Sanz Jc  
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
6. Muerte Súbita Extrahospitalaria. ¿Sabrían los familiares realizar la Reanimación Cardiopulmonar Básica?  
Lukic A  
Hospital Universitario "Miguel Servet".
7. ¿Se puede mejorar la eficiencia en procedimientos cardiológicos percutáneos? Dispositivos hemostáticos vasculares femorales.  
Galache Jg  
Hospital Universitario "Miguel Servet"
8. Un suceso Centinela: Fallecimientos en lista de espera quirúrgica (Leq)  
Barrasa Ji  
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
9. Implementación de la técnica del Ganglio Centinela de la mama en el Hospital de Barbastro  
Matute Ms  
Hospital de Barbastro



**LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA INTENSIVA DEL H.U. MIGUEL SERVET**

**Palacios V**, Ortega S, Martí G, Tejada A, Morón A.  
(Hospital Universitario “Miguel Servet”).

**OBJETIVO**

La interrupción o la no-instauración de medidas de soporte vital, que llamaremos limitación del esfuerzo terapéutico (LET), es una práctica habitual en las UCIs: En estudios americanos y franceses se aplicaba en más de la mitad de los fallecimientos. En España se sabe que la indicación de LET es muy inferior y muy variable según Hospitales (21-56% de los pacientes fallecidos). **Objetivo del estudio:** Conocer las causas, la frecuencia y la metodología seguida en la indicación de LET en las UCIs del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

**METODOLOGÍA**

Estudio prospectivo, observacional, realizado durante cuatro meses de 2003 en la UCI de traumatología, unidad coronaria y polivalente. Se diseñó una hoja de recogida de datos que incluía diagnóstico principal, niveles de gravedad medidos por Apache II y SOFA, datos éticos para intentar conocer el grado de participación del pacientes y/o familiares en la toma de decisión para indicar LET. No se consideró la denominada “LET oculta” (enfermos no aceptados para ingresar en UCI)

**RESULTADOS**

Pacientes ingresados en las tres UCIs: 543. Mortalidad del 18,4%. (100 fallecidos). . Indicación de LET en el 55%. Apache II 24(10-40) , SOFA 10,9 (2-20). La primera causa fue la consideración de futilidad (76%), seguida de irreversibilidad en el 14% y, en número reducido, la calidad de vida previa o considerar la medida terapéutica desproporcionada. Respecto a la participación en la toma de decisión sólo un paciente se consideró con capacidad adecuada, en una ocasión se presentó un documento de voluntades anticipadas que fue respetado y las demás decisiones se tomaron de acuerdo a “juicio sustitutivo” un 4% y, en la mayoría, por “el mejor interés”, es decir, de acuerdo con el equipo médico y familiar o representante. Ordenes de “no inicio”: RCP 80%, Hemodiálisis 21%, Intubación 12%, Transfusión 10%. Indicación de “supresión”: Soporte ventilatorio 21% (terminal weaning), desconexiones de ventilador 9,5%, Inotrópos 16%, Nutrición Parenteral y Hemodiálisis en el 10%. Nunca se suspendió hidratación endovenosa ni la analgesia.

**CONCLUSIONES**

Frecuencia de indicación de LET similar en las tres UCIs, ligeramente inferior en la Unidad Coronaria. Muy próxima a la comunicada en UCIs norteamericanas y del sur de Europea y en el rango superior de algunos Hospitales españoles. Baja posibilidad de participación (de autonomía) del paciente, únicamente considerada por el concepto “mejor interés” decidido por equipo médico y familiar. No se detectaron problemas de comunicación con los familiares y si con el equipo de enfermería por la escasa participación en la toma de decisión. Para terminar, se comenta el marco médico, deontológico, legal y ético de la indicación de LET, junto con una pauta práctica de actuación y la sugerencia del cambio de denominación (limitación de esfuerzo terapéutico) por otra que especifique el giro hacia los cuidados paliativos, sin que por eso se vayan a disminuir esfuerzos.

**MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE PREQUIRÚRGICO MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ACOGIDA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.**

Altarribas E, Cardiel R, Deito A, **Félix M**, Laguarda T, Romea B, Roses E, Rueda M J, Vallejo A, Vecino A. (Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVO**

La monitorización a través de indicadores de morbilidad infecciosa post-quirúrgica y la opinión de los profesionales permitió detectar la falta de adecuación de la práctica asistencial de cuidados al último protocolo (mayo 2003) de quimioprofilaxis de infección de la herida quirúrgica, así como, la variabilidad de criterios de cuidados en las diferentes unidades asistenciales que realizan actividad quirúrgica. Todo esto, hizo considerar necesario, al equipo de mejora, la implantación de una Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico que facilitase la adecuación del protocolo de quimioprofilaxis y de cuidados a la práctica asistencial y favoreciese la acogida del paciente al bloque quirúrgico (B.Q.).

**METODOLOGÍA**

Se constituyó un equipo de mejora formado por profesionales de las unidades asistenciales, bloque quirúrgico (quirófanos, anestesia), medicina preventiva y coordinación de cuidados y calidad. Este grupo se reunió una vez al mes durante seis meses.

**RESULTADOS**

- Planificación e implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico.
- Difusión del objeto de la implantación de la Unidad de Acogida a las 17 unidades que realizan actividad quirúrgica
- Elaboración de un borrador del Plan de cuidados prequirúrgico consensuado entre las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico
- 81% pacientes atendidos en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes programados intervenidos
- 100% pacientes con profilaxis antibiótica administrada en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes con indicación de profilaxis antibiótica previa a la intervención
- 44% pacientes con indicación de profilaxis antibiótica previa intervención del total de pacientes programados intervenidos
- 0% pacientes pincelados en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes con indicación de pincelado en la Unidad de Acogida al B.Q

**CONCLUSIONES**

Hasta el momento, las principales ventajas de la implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico encontramos que sirve como estímulo para introducir cambios, favorece la mejora de la calidad asistencial o, al menos, se identifican las áreas sobre las que debe incidirse para introducir mejoras y favorece la satisfacción de los profesionales.

## ATENCIÓN DEL LESIONADO MEDULAR AGUDO TRAUMÁTICO EN LA U.L.M.E: COORDINACIÓN CON LOS DIFERENTES HOSPITALES

**Ledesma L**, Toribio L, Til C, Benedicto E, Peña A, Morata B, "et al".  
(Hospital Universitario "Miguel Servet").

### **OBJETIVO**

Básicamente se busca mejorar el proceso asistencial que determina la atención recibida por estos pacientes.

Para ello se necesita que los diferentes Servicios Hospitalarios de la Comunidad conozcan el tratamiento y los cuidados que deben procurar a estos pacientes hasta su traslado a la U.L.M.E., mejorar el proceso asistencial previniendo las complicaciones que puedan presentarse.

Con ello esperamos conseguir una disminución del gasto por proceso al disminuir las estancias debidas a complicaciones y los gastos que dichas complicaciones generan por sí mismas.

### **METODOLOGÍA**

El Plan de Mejora consistió en la divulgación de la "Vía Clínica" para la atención del L.M.A.T. y el Plan de Calidad de la U.L.M.E. a aquellos Servicios Hospitalarios y personal sanitario para posteriormente aplicarlo cuando se atiende a pacientes con Lesión Medular Aguda Traumática

Para ello se hizo:

- a) Conferencia divulgativa en los diferentes hospitales públicos de la Comunidad (Zaragoza, Teruel y Huesca)
- b) Seguimiento de los ingresos por traslado de pacientes con L.M.T.A. comparativo trimestral durante el año 2.002 y comparación con los ingresos por traslado ocurridos en la U.L.M.E. en el año 2.001, recogiendo:
  1. Tiempo desde el traumatismo hasta el traslado a U.L.M.E.
  2. Situación al ingreso, Ulceras por presión, Traqueostomía, Retracciones articulares y de partes blandas, Fecha de inicio del tratamiento de Rehabilitación, tratamiento farmacológico de la fase aguda: protocolo NASCIS, profilaxis tromboembólica, etc.
  3. Estancias hospitalarias innecesarias.
  4. Actuaciones médicas y quirúrgicas debidas a las complicaciones
  5. Cuantificación económica.
- d) Evaluación de resultados y conclusiones

### **RESULTADOS**

En el año 2.001 se produjeron en la U.L.M.E. 29 ingresos provocados por traumatismos que habían causado una Lesión Medular Aguda. 5 de dichos pacientes, procedentes del H.C.U. "Lozano Blesa", presentaban a su ingreso Ulceras por Presión, U.P.P., en diversas localizaciones y de extensión y gravedad variable, que ocasionaron 438 estancias innecesarias en el año 2.001 y 396 en el año 2.002. En 2.001 el coste cama/día en la U.L.M.E. era de 291,1 euros y en el 2.002 es de 303,82 euros y el coste total ascendió a 247.812,82 euros. En el año 2.002, hasta el 31/08/02, han ingresado 11 pacientes agudos de etiología traumática. 2 pacientes, trasladados desde otros centros sanitarios, presentaban a su ingreso U.P.P. que provocaron 133 días de estancias innecesarias con un coste de 40.408,33 euros. El coste total ha ascendido a 289.374,57 euros.

Se han considerado estancias innecesarias todas aquellas que han provocado y prolongado el encamamiento e impedido realizar el tratamiento de Rehabilitación: Cinesiterapia, Terapia Ocupacional, Sedestación, Ortesis, adecuado según un programa establecido para estos pacientes.

### **CONCLUSIONES**

Tras la realización de la Divulgación y entrega de la Documentación expuestas en la METODOLOGIA, se ha observado un descenso del número de complicaciones de los pacientes que ingresan en la Unidad procedentes de otros Hospitales de la Comunidad aunque todavía persisten retrasos entre el traumatismo causante de la Lesión Medular y el traslado a la ULME que no creemos estén justificados y que no mejoran la atención de estos pacientes.

**IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL H.C.U “LOZANO BLESA”.**

**Altarribas, E;** Castillon, E; Comet, P; Girón, G; Josa, C; Lopez, N; Muñoz, R; Paracuellos, M.J; Torres, A; Vallejo, A; Vecino, A; & Velasco, D.  
(Comisión de Enfermería del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”)

**OBJETIVO**

Conocer la situación actual de los profesionales enfermeros en relación a la planificación de cuidados de calidad, identificando y priorizando las necesidades y estrategias de mejora en el proceso de cuidados enfermeros durante los dos primeros trimestres del 2002.

**METODOLOGÍA**

La metodología esta basada en el clásico ciclo atribuido a Walter Shewart. La identificación y priorización de necesidades y estrategias de mejora ha sido realizada con el apoyo de la técnica del Grupo Nominal, con 12 enfermeras identificadas como informadores clave. El análisis de necesidades se realizó mediante el diagrama de Ishikawa y giró en torno a la planificación de cuidados de calidad, clasificándolas en cinco categorías: organización asistencial, recursos materiales, recursos humanos, circuito formación/información e identidad profesional. Tras el análisis y una vez priorizadas, se proponen mediante la misma técnica estrategias de mejora, priorizándolas en función de: beneficios esperados, bajo coste y facilidad de aplicación, para posteriormente, nombrar un responsable, establecer tiempo de realización, así como el ámbito de ejecución.

**RESULTADOS**

Las causas detectadas: falta motivación, insuficiente formación, presión asistencial, falta comunicación interdisciplinar, turnos rotatorios, escasez de personal y falta de planes estándar. Las estrategias de mejora propuestas: formación continuada, sesiones de enfermería, registro con lenguaje común, liderar grupos, valoración enfermera, atención integral, facilitar canales de comunicación, clarificar responsabilidades.

**CONCLUSIONES**

La información obtenida permitirá obtener beneficios en la atención a las personas y en la organización asistencial contribuyendo al avance de conocimientos enfermeros, a la satisfacción de los profesionales y a la mejora continua de la calidad de los cuidados en el ámbito hospitalario.

**¿POR QUÉ NO ACUDEN LOS PACIENTES A LA CONSULTA DE NEUROLOGIA?**

**Sanz Lacruz JC,** Iñiguez Martínez C, Larrode-Pellicer P, Mauri-Llerda JA, Santos S, Tejero-Juste C, et al. (Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVOS**

Estudiar la relación entre no comparecer a las consultas de neurología y la demora existente, así como con los factores demográficos que pueden influir en la no comparecencia.

**METODOLOGÍA**

Se recogieron de forma prospectiva los datos de las consultas externas de neurología de los meses de noviembre y Diciembre de 2002. Se incluyeron los pacientes que se remitieron para la valoración como primera visita programada.

**RESULTADOS**

El número de pacientes fue de 1035, con una edad media de 55'31 +/-19'84 (14-96)). De estos, 605 fueron mujeres y 430 hombres, sin diferencias significativas en la edad de ambos grupos. Un 40% de los casos provenían del área rural. No se presejaron 237 (22,9%). Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la edad, y no comparecer ( $t= 2,67$ ;  $p=0,008$ , t de Student). También había relación entre no acudir a la consulta y la demora existente ( $t= -5,84$ ;  $p=0,000$  t de Student). Los pacientes remitidos desde Urgencias fallaron más que los enviados por el médico de familia ( $II^2 = 2,4$ ;  $p =0,07$ ,  $X^2$ ). La fecha en la que recibieron la citación se relacionó cn la falta de comparecencia ( $t = 2,55$ ;  $p= 0,011$ , t de Student).

**CONCLUSIONES**

La fata de comparecencia se asoció sobre todo con la demora, con la juventud, el procedimiento de Urgencias y cn el tiempo desde que se notificó la citación.

**MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA. ¿SABRÍAN LOS FAMILIARES REALIZAR LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA?**

**Lukic A**, García M.I, Portolés A, Sanchez-Rubio J, Martín P, Placer L.  
(Hospital Universitario "Miguel Servet").

**OBJETIVO**

Dentro de las funciones del hospital está el mejorar el nivel de conocimientos de la población de referencia, como una actividad incluida en el criterio de impacto social del modelo EFQM. La muerte súbita representa aproximadamente el 50% de toda la mortalidad cardiovascular. La mayoría de los episodios de MSC son extrahospitalarios, ocurriendo el 75% dentro del ámbito familiar. El impacto de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) depende del número de personas entrenadas para aplicarlas. El grupo de mejora de calidad consideró la necesidad de mejora de la atención a la RCP valorando como punto de partida el nivel de conocimientos de los familiares de pacientes cardíopatas en RCP básica.

**METODOLOGÍA**

Se han realizado hasta ahora 400 encuestas de forma anónima y asistida, entre familiares de pacientes cardíopatas de nuestra área hospitalaria, independientemente de la edad y el sexo, en abril y mayo de 2003 mediante un cuestionario de 10 preguntas con tres posibles respuestas, siendo solamente una válida. Se evaluó: la actitud ante una persona inconsciente, el orden en que deberían ser asistidas las funciones vitales, la conveniencia de liberar la vía aérea antes de iniciar la ventilación, reconocimiento del latido cardíaco, si se consideraban o no capaces de realizar maniobras de RCP, conocimiento del número de teléfono de atención "112" y la predisposición de aprender las maniobras de RCP.

**RESULTADOS**

La edad media de los participantes fue de 49 años, siendo un 43% de ellos varones. El 43% de los encuestados manifestaron ser capaces de atender inmediatamente a la víctima e iniciar las maniobras de RCP. La función respiratoria sería valorada en primer lugar en un 36% de los casos, considerando un 60 % de los entrevistados necesario retirar los objetos de la cavidad bucal antes de iniciar la ventilación. Un 85% de ellos localizaría el pulso a nivel carotídeo. El 85% reconoce el numero de atención urgente "112". Un 99% considera útil recibir una formación básica para actuar en situaciones de urgencia.

**CONCLUSIONES**

Existe un grado insuficiente de conocimientos sobre la RCP cardiaca. Un alto porcentaje de familiares conoce el número de asistencia urgente 112. La mayoría de los familiares de pacientes cardíopatas cree necesario recibir una formación en maniobras de RCP básica. El hospital debe implicarse activamente en la divulgación de conocimientos sobre la RCP que mejoren los resultados en salud de la población atendida aprovechando el episodio de hospitalización. El Servicio de Cardiología ha elaborado un programa para la puesta en marcha de la formación de los familiares de pacientes cardíopatas ingresados.

**¿SE PUEDE MEJORAR LA EFICIENCIA EN PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS PERCUTÁNEOS?.  
DISPOSITIVOS HEMOSTÁTICOS VASCULARES FEMORALES.**

**Galache JG,** Calvo I, García JR, Sánchez-Rubio J, Diarte JA, Placer LJ.  
Hospital Universitario "Miguel Servet".

**OBJETIVO**

Tratar de demostrar como los dispositivos hemostáticos para el cierre femoral después de la realización de un cateterismo cardiaco, consiguen una mejoría en la calidad de la atención recibida por el paciente, junto con una disminución del gasto sanitario, a través de una reducción de estancia hospitalaria. La reducción del gasto sanitario se produce porque la relación coste-estancia con el coste-dispositivo es clara a favor del dispositivo.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo en dos grupos consecutivos de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco: un grupo a estudio de 103 pacientes en el que se utilizaron los dispositivos en un mes escogido al azar durante año 2002 y otro en el que no se emplearon de 116 pacientes en mismo mes del año 2001. Analizamos el efecto de estos dispositivos hemostáticos sobre la aparición de complicaciones vasculares mayores, la reducción de estancia media hospitalaria (mediante una movilización precoz y/o disminución de las complicaciones vasculares que prolongaran el ingreso) y con todo ello la disminución final del gasto sanitario.

**RESULTADOS**

Se registró una disminución en la aparición de complicaciones vasculares mayores tras el procedimiento a favor del grupo en el que se utilizaron los dispositivos (ningún caso en relación con el uso del sellado vascular y 3 casos en el grupo sin sellado).

Una reducción clara y notable de la estancia media del ingreso hospitalario postcateterismo en el mes a estudio del año 2002, año en que se utilizan los dispositivos de sellado vascular de colágeno, fue de 2,3 vs 3,1 días (I.C. 0,13-1,45) con una p de 0,021. Esta reducción en la estancia media es mayor si se trata de procedimientos intervencionistas 2,5 vs 4,2 días (IC 0,5-2,8) con una p=0,03.

La reducción global de la estancia media hospitalaria fue del 33%, consiguiendo un ahorro por paciente de 72,51€ que llega a ser de 332,83€ en caso de que el procedimiento realizado sea intervencionista.

**CONCLUSIONES**

1. El uso de los dispositivos hemostáticos de sellado vascular femoral mejora la eficiencia del procedimiento al disminuir la estancia media hospitalaria.
2. El beneficio se extiende tanto a los procedimientos diagnósticos como fundamentalmente en los intervencionistas.
3. Mejora el gasto sanitario ya que la relación coste-estancia con el coste-dispositivo es clara a favor del dispositivo.

**UN SUCESO CENTINELA: FALLECIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)**

**Barrasa JI**, Broto A., Moliner J, Ramírez T, Arnal JA, Astier P.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Cuantificar y estudiar las características de los pacientes cuyo motivo de salida de LEQ fue el código 7 (fallecimiento) y calibrar la trascendencia de estos datos para ser utilizados como indicador centinela.

**METODOLOGÍA**

Se seleccionaron los pacientes que salieron de la LEQ del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre los años 1999-2002 y, de entre ellos, los que tenían consignado como motivo de salida el código 7 (fallecimiento). A continuación se realizó un estudio descriptivo de las principales variables consignadas en la base de datos de LEQ. En la comparación de variables se utilizaron las pruebas del  $\chi^2$ , la t de Student y la U de Mann Whitney. La significación estadística se estableció a partir de una  $p \leq 0,05$ .

**RESULTADOS**

En los 4 años estudiados las salidas de LEQ ascendieron a 37.053 pacientes, con un aumento entre el primer y último año del 56,2 %. En 134 pacientes (0,4 %) el motivo de salida consignado era el fallecimiento, no existiendo diferencias significativas en ninguno de los años estudiados ( $p=0,85$ ). La edad media de los fallecidos era mayor ( $74,5 \pm 9,6$ ) que la del resto de pacientes ( $56,8 \pm 19,6$ ;  $p < 0,000$ ) y en el 70 % eran varones ( $p < 0,000$ ). Ni la edad, ni el sexo de los fallecidos variaba significativamente en los cuatro años estudiados. En el 65 % de los fallecidos la indicación quirúrgica tenía un carácter preferente ( $p=0,02$ ). No había diferencias en cuanto a la espera media ( $100,7 \pm 53,2$  días), aunque la fecha de salida de los fallecidos en muchos casos no es la de la defunción, sino la del día en que se tiene noticia de esa circunstancia. Entre los principales diagnósticos de inclusión en LEQ de los fallecidos destacan los procesos oculares (40,2 %), las neoplasias (17,9 %), las enfermedades genitourinarias (14,1 %) y las del aparato digestivo (8,2 %).

**CONCLUSIONES**

La proporción de fallecidos en LEQ es un expresivo indicador de alarma que debería ser utilizado junto al resto de indicadores que habitualmente se utilizan para gestionar la LEQ (entradas, salidas, demoras, etc). En nuestro caso, alcanza el 0,4 % y parece asociarse a intervenciones programadas con carácter preferente en varones. El fallecimiento de personas que esperan para ser operados con determinados diagnósticos (neoplasias, enfermedades del aparato genitourinario, etc) por su escaso número (unos 2 casos/mes) podría ser utilizado como "sucesos centinela" que deberían ser investigados cada vez que ocurrieran para descartar y corregir cualquier relación con la organización asistencial.

**IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA DE LA MAMA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

Carrasquer Sesé JA, **Matute Najarro MS**, Bitrian del Cacho A. Oncins Torres R, Gambo Grasa P, Aragón MA et al. (Unidad de Mama. Hospital de Barbastro).

**OBJETIVO**

Valorar los resultados de la biopsia del ganglio centinela (GC) en el cáncer de mama y las medidas correctoras aplicadas para lograr la validación del procedimiento.

**METODOLOGÍA**

Estudio prospectivo no randomizado comparando la afectación tumoral del GC con la linfadenectomía axilar de niveles I y II en pacientes con cáncer de mama.

*Criterios de inclusión:* Tumores en estadio I y II, menores de 3 cm, sin cirugía previa, sin quimioterapia neoadyuvante, sin radioterapia. Información y consentimiento de las pacientes.

*Técnica de obtención:* Inyección peritumoral de 5 cm<sup>3</sup> de azul vital, 20 a 30 minutos antes de la exploración quirúrgica axilar para obtener el GC. Se completa posteriormente la linfadenectomía axilar y el tratamiento sobre la mama (mastectomía o cirugía conservadora).

*Análisis histopatológico:* Estudio citológico y con hematoxilina-eosina intraoperatorio; técnicas de inmunohistoquímica en diferido para determinar la presencia de tumor en el GC.

*Registro de datos:* Se recogió la presencia de metástasis ganglionares en la axila y en el GC, y los datos del tumor primario. Para valorar la sensibilidad y especificidad del procedimiento se determino la tasa de falsos negativos (FN), el valor predictivo negativo (VPN) y la exactitud de estadificación (EE).

*Medidas correctoras:* Tras una evaluación intermedia a finales del 2002, se modifico la técnica en dos aspectos: El colorante se sustituyo por azul de isosulfan y la administración se hizo ecodirigida o guiada por arpón (en casos sin definición ecografica) por Radiología.

**RESULTADOS**

De marzo de 2000 a diciembre de 2002 se incluyeron 25 pacientes. El GC se localizo en 21 (84%); de ellos 3 casos mostraron metástasis ganglionares(14%). Hubo 4 falsos negativos intra operatorios, que fueron 3 tras el estudio definitivo (14% FN). El valor predictivo negativo fue de 77,7% y la EE del procedimiento de 68%.

De enero 2003 a marzo del 2004, tras implementar las medidas correctoras en la técnica se incluyeron 20 pacientes. La localización del GC se consiguió en 19 (95%). Mostraron metástasis ganglionares 7 casos (37%), siendo en 3 de ellos el único ganglio afectado. No hubo falsos negativos (0% FN). El valor predictivo negativo fue de 100% y la EE del procedimiento de 95%.

No se presentaron complicaciones asociadas con el uso del colorante, salvo la desaturación ficticia y la coloración azul en la orina en las primeras horas.

**CONCLUSIÓN**

La correcta estadificación del cáncer de mama precisa del conocimiento del status ganglionar axilar. Determina la selección del tratamiento adyuvante tras la cirugía. La biopsia del GC tiene un alto valor predictivo y permite evitar la disección axilar en los casos negativos. Antes de ofertar la biopsia del GC cada equipo debe validar sus resultados de su técnica, que deben alcanzar un VPN > 95% y una tasa de VN <5%. El consenso actual es que la curva de aprendizaje para cada cirujano, no tutelado, precisa de 20 a 30 casos.

Los resultados iniciales de nuestra serie se alejaban desoladoramente de los criterios de validación. La convicción de la bondad de la determinación GC para las pacientes indujo una reflexión sobre las posibilidades es nuestro Hospital, sin disponibilidad de técnicas de radiocoloides, y la aplicación de medidas correctoras.

Los resultados de los últimos 20 casos, tras modificar la técnica y con una mayor experiencia del equipo, son satisfactorios. Permitirán, en breve, la validación de la biopsia del GC, evitando una morbilidad importante para las pacientes y menor consumo de tiempo quirúrgico.



## **MESA 2: EXPERIENCIAS DE CALIDAD**

Miércoles 16, 16, 30 horas, Aula 105

**MODERADOR:** Rafael Sánchez (Dirección Atención Primaria Sector Teruel)

---

1. Adecuación del tratamiento con benzodiazapinas, hipnóticos y antidepresivos e incorporación de terapias no farmacológicas para la ansiedad y/o depresión en atención primaria (fase II)

Montón C

E.A.P. CASABLANCA

2. ¿Mejoramos la calidad de cuidados del paciente diabético? Resultados de una reevaluación

Granado M

E.A.P. CARIÑENA

3. Atención de enfermos terminales y sus familias. Testamento vital centro salud luna. 2002

Echeverri AI

E.A.P. LUNA

4. Mejora de la atención sociosanitaria al inmigrante en el cs santo grial

Idáñez D

E.A.P. SANTO GRIAL (HUESCA)

5. Ciclo de mejora continua de calidad en la deshabitación tabáquica en atención primaria

Bartolomé CB

E.A.P. TERUEL URBANO

6. Aplicación del ciclo de mejora al diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca

Díez J

E.A.P. "AVDA. CATALUÑA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA

7. Ciclo de mejora de calidad en el servicio de cirugía menor y estudio de satisfacción de los pacientes.

Gómez R

E.A.P. TERUEL RURAL

8. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante la hoja de interconsulta.

Ascoz C

E.A.P. MONREAL DEL CAMPO

9. Proyecto 2002: Hacia la mejora de calidad integral I

Hijós L

E.A.P. GRAÑÉN

10. Aportación de la consulta telefónica en pediatría en la educación para la salud en la zona de salud de Teruel

Montaner M

E.A.P. TERUEL URBANO

11. Control estadístico de la determinación del riesgo cardiovascular en un programa de dislipemia.

Turón, JM

E.A.P. ANDORRA



**ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS E INCORPORACIÓN DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (Fase II)**

**Montón C.**, Labarta C., Celaya C., Avelino A, Lafuente P., Marín P., Gargallo J., Lalinde M., Minguez D., Marco M., Moros M., Juana R., Peñafiel I., Salvador C., Modrego C. López C., Enfedaque T., Bosqued R., Latorre C., Boned D.  
Equipo de Atención Primaria “Casablanca”, Zaragoza.

**OBJETIVOS**

- A. Mejorar la calidad en la indicación y utilización de tratamientos ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.
- B. Realizar seguimiento de los tratamientos con psicofármacos..
- C. Promover la utilización de técnicas terapéuticas no farmacológicas entre los profesionales de Atención Primaria.

**METODOLOGIA**

- Formación de los profesionales a través SESIONES CLINICAS que faciliten la adquisición de conocimientos y habilidades en aspectos relacionados con la salud mental: entrevista clínica, diagnóstico psiquiátrico, psicofarmacología y abordajes no farmacológicos de estos trastornos
- Elaboración de materiales escritos para la educación y promoción de la salud mental
- Análisis de la prescripción en el EAP

**RESULTADOS**

Pensamos que con la realización del proyecto se han obtenido los siguientes resultados:

- Sensibilización a los profesionales
- Implicación en la revisión de los temas
- Incorporación recursos no farmacológicos
- Adquisición conocimientos y habilidades
- Mejora de la información a los pacientes (soporte escrito)
- Adecuación manejo psicofármacos

**MEJORAMOS LA CALIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE DIABÉTICO? RESULTADOS DE UNA REEVALUACIÓN.**

**Granado González, M,** Fustero Fernández MV, Bárcena Caamaño M, Sarasa Piedrahita D, Roig Bartolomé I, Casbas Vela D.  
Equipo de Atención Primaria de Cariñena, Zaragoza.

**OBJETIVOS**

Evaluar la atención al paciente diabético para mejorar el control metabólico y disminuir las complicaciones y la morbimortalidad.

**METODOLOGÍA**

- Estudio descriptivo transversal en la población diabética tipo II de la zona de salud de Cariñena.
- Evaluación en junio del 2000 y reevaluación en junio de 2002.
- Fuente de datos: registro informatizado de patologías crónicas (CRON) e historias clínicas.
- Muestra: aleatoria, n = 107, para un error  $\alpha = 0,05\%$ .
- En cada evaluación se han estudiado: sexo, edad y años de evolución, TA, fondo de ojo, hábito tabáquico, estado ponderal, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, examen de pies, y educación sanitaria, realizados en el último año.
- Los datos se procesaron con el programa Excel de Office 2000.
- Los resultados se presentan y discuten en una sesión con todo el equipo.

**RESULTADOS**

	No consta		Buen control		Mal control	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
TA	8,41%	7,48%	41,12%	59,81%	50,47%	32,71%
LDL-Colesterol	20,56%	29,91%	4,67%	9,35%	74,56%	60,75%
Hb glicosilada	25,23%	28,97%	28,04%	18,69%	46,73%	52,34%
Estado ponderal	14,95%	10,28%	20,56%	19,63%	64,49%	70,09%
Microalbuminuria	74,77%	81,30%				
Fondo de ojo	60,75%	57,01%				

**CONCLUSIONES**

Se ha objetivado tanto la mejora como el empeoramiento de algunos registros y aspectos del control metabólico. Por lo que en el debate de los resultados con el equipo se deciden una serie de medidas a adoptar: sesión clínica de actualización, potenciación de la consulta programada con estos pacientes, elaboración de una hoja específica para su seguimiento y reevaluación posterior. Es evidente que no basta con realizar evaluaciones de un proceso para mejorarlo, sino que es imprescindible cerrar el ciclo de mejora implementando las medidas oportunas.

**ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES Y SUS FAMILIAS. TESTAMENTO VITAL CENTRO SALUD LUNA. 2002**

**Echeverri AI, De Pérez C, Jiménez S, Jordá Reboll E, Recio J, Valle M et al.**  
Equipo de Atención Primaria de Luna, Zaragoza.

**OBJETIVOS**

- \*Mejorar la atención de enfermos terminales
- \*Mejorar la satisfacción de enfermos, profesionales y familias afectadas
- \*Posibilitar, también, un ahorro del sistema sanitario si los enfermos deciden fallecer en su casa en vez de en el hospital.
- \*Conocimiento y promoción del Testamento Vital
- \*Continuación del trabajo y formación en Mejora de Calidad del Equipo
- \*Mejora de los conocimientos técnicos de los profesionales sobre los temas relacionados

**METODOLOGIA**

Basandonos en los ciclos de mejora de calidad. Con la colaboración de todo el Equipo y con una Comisión de Calidad como responsable de programar las actividades, formación, materiales y evaluación.

La comisión se reunió mensualmente y el equipo en 5 ocasiones

**RESULTADOS**

- \*Aumento de los conocimientos de los profesionales: Sesiones con Equipo de soporte domiciliario; con Psiquiatra sobre duelo, con Dr. Flordelis sobre programa similar en C.S. Sadaba, materiales propios sobre tratamiento de síntomas en enfermos terminales, presencia de 2 enfermeras, un día, en C.S. La Jota para actualización en la cura de úlceras.
- \*Prestamo de los colchones antiescaras y otras ayudas técnicas en el 100% de los enfermos que lo han necesitado con impresión de mejoría importante de la evolución y satisfacción por parte de usuario, familia y profesionales.
- \*Formación básica de un miembro del equipo en mejora de calidad.
- \*Consenso sobre procedimiento y documentos en la atención continuada de enfermos terminales.
- \*Acercamiento al tema de Testamento Vital

**CONCLUSIONES**

- \*El trabajo realizado nos parece útil y gratificante para usuarios y profesionales aunque seguimos sin saber diseñar indicadores que midan cualitativa o cuantitativamente el resultado.
- \*El proyecto inicial se rediseño al encontrarnos que para trabajar sistemáticamente en facilitar y cumplir el Testamento Vital a los usuarios, necesitamos tener resuelto previamente unos procedimientos en cuanto a calidad de atención y continuidad de atención, además de unas habilidades profesionales de comunicación y apoyo emocional que en este momento no nos veíamos capaces de desarrollar.
- \*Nuestras actividades dependieron en exceso de factores externos: obras en el centro, dificultad de asistencia de los miembros de la comisión, implicación escasa del resto del equipo, en comparación con años anteriores, al no formar parte del equipo de mejora y no sentirse responsables del proyecto.

**MEJORA DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA AL INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD STO GRIAL.**

**Idañez Rodríguez D**, Juan German, M  
Equipo de Atención Primaria “Santo Grial” de Huesca.

**OBJETIVO**

Mejorar la atención socio-sanitaria de la población inmigrante del centro de salud Sto Grial.

**METODOLOGÍA**

Se revisó el listado de inmigrantes del centro y se realizó una evaluación inicial para ver si unos datos mínimos estaban registrados en la historia.

Al mismo tiempo se llevaron a cabo sesiones formativas en el centro sobre situación legal, recursos y derivación a la trabajadora social.

Otras actividades fueron :Sesión informativa a urgencias del hospital San Jorge sobre la guía de Atención al Inmigrante, elaboración de un tríptico informativo sobre los servicios sanitarios de la ciudad en distintos idiomas y una rotación de 4 profesionales del equipo al centro Drassanes ( Unidad de enfermedades importadas y consulta del Viajero Internacional).

En Junio del 2003 se realizó una nueva reevaluación.

**RESULTADOS**

La primera evaluación sirvió para recoger un listado paciente inmigrantes y ver cuantos tenían historia abierta. En cuanto al cumplimiento de items en general eran bajos tanto los referentes a esta población como población general como los mas específicos como la religión, investigación de parásitos en heces e inspección de marcas en la piel.

En el servicio de admisión se pusieron lo folletos informativos .

La segunda evaluación revela una mejora en el registro de muchos items. La informatización del centro también ha contribuido.

La participación de los diversos profesionales del centro ha sido heterogénea.

**CONCLUSIONES**

- La evaluación inicial con un bajo porcentaje de cumplimiento de la mayoría de los items sirvió para poner en marcha una serie de actividades de mejora formación e información que ha redundado en una mejora en la segunda evaluación.
- Entre las limitaciones del proyecto está la baja participación de los profesionales del centro.
- La detección de un ciclo de mejora en la atención socio-sanitaria de esta población sirvió de base para la elaboración de la guía de atención al inmigrante .

**CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

**Bartolomé CB**, Valdearcos S, Sánchez R, Gutiérrez AL, Mateo ML, Elfau M et al.  
Equipo de Atención Primaria de Teruel Urbano.

**OBJETIVOS**

Los objetivos que se plantearon fueron los siguientes:

- Adecuar el manejo, por parte del profesional sanitario, de las personas con hábito tabáquico.
- Disminuir la variabilidad en el uso de los tratamientos de deshabituación tabáquica.
- Implantación de una Guía de práctica clínica de deshabituación tabáquica.
- Disminuir en última instancia la prevalencia de tabaquismo en nuestra zona.

**METODOLOGÍA**

- Marco muestral: Usuarios pertenecientes al Centro de Salud de Teruel Urbano.
- Identificación: Registro de usuarios de Servicio de Admisión del centro de salud de Teruel Urbano.
- Muestreo: Aleatorio, estratificado por grupos de edad, de toda la población de Teruel Urbano (ex post se controlará la representatividad de la muestra).
- Tamaño muestral: Para un error tipo I de 0.05, una precisión de 0.05 y una población finita de 34000 usuarios del CS de Teruel Urbano, el tamaño muestral preciso será de 309 usuarios.

**TIPO DE EVALUACIÓN**

Retrospectiva, interna, obtención de datos: interna

Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas.

**CRONOGRAMA**

Fase/Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Diseño guía													
Implantación													
Evaluación													

Tenemos el estudio previo a la implantación de la Guía de Práctica Clínica. Se realizó una encuesta telefónica a 309 usuarios mayores de 14 años, del área de salud de Teruel Urbano. Se seleccionaron realizando un muestreo aleatorio estratificado por edad, mediante tabla de números aleatorios, utilizando la base de datos del centro de salud. Se obtuvieron los siguientes resultados:

**Fumadores 91 / No fumadores 218**

**RESULTADOS**

La prevalencia de fumadores en la muestra es del 30%.

Por grupos de edad:

	Fumadores	No fumadores	Consejo médico
14-24	11	31	2
25-44	45	69	1
45-64	30	56	1
≥ 65	5	62	1

Sólo 5 personas habían recibido consejo médico, 4 eran fumadores, y de ellos 2 lo dejaron definitivamente, una del grupo 25-44 y la otra del grupo ≥65. Ninguna utilizó tratamiento farmacológico. Se obtiene de los resultados una tasa de consejo médico en nuestra área del 2% y una tasa de consejo médico a fumadores del 1%. No se ha validado definitivamente la guía de práctica clínica prevista. Por tanto no hay todavía datos post-implantación de la misma

**CONCLUSIONES**

En la encuesta realizada se obtuvo una prevalencia de fumadores similar a la encontrada en la literatura. Debido al retraso en el desarrollo del proyecto, falta por determinar si la implantación de una guía de práctica clínica orientada a la deshabituación tabáquica disminuye de forma significativa dicha prevalencia.

## APLICACIÓN DEL CICLO DE MEJORA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

**Diez Manglano J**, Ceña García JI, Callau Barrio MP, Merino Montesa JA, Bel Castillo MJ, Fernández Falcón MC, López Pérez ML, Ariño Pellicer S, Mendi Metola C, Caballero Domínguez LA, Fernández Berges MA, Marqueta Gimeno MA.  
Equipo de Atención Primaria de “Avda. Cataluña” de Zaragoza y Hospital Royo Villanova.

### **OBJETIVOS**

1. Confirmar el diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca utilizando criterios de diagnóstico aceptados por la comunidad científica (criterios de Framingham).
2. Clasificar fisiopatológicamente los casos de insuficiencia cardiaca mediante ecocardiografía.
3. Implantar la utilización del sistema de clases funcionales para el seguimiento y manejo de la insuficiencia cardiaca.
4. Aumentar la prevalencia de uso de espironolactona y betabloqueantes en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
5. Elaborar (o adaptar a nuestro medio) una guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento extrahospitalario de la insuficiencia cardiaca.

### **METODOLOGIA**

Inicialmente se realizó una auditoría interna de historias clínicas evaluando el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, la realización de ecocardiograma, la asignación de clase funcional, y la utilización de IECA, betabloqueantes, espironolactona, digoxina y ARA-II. Al mes siguiente se presentaron en una sesión clínica las evidencias en la literatura sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca. En los meses siguientes, mediante corte transversal de un día al mes, se realizaron auditorías internas de historias clínicas y sesiones clínicas presentando los resultados de las auditorías. En una Jornada Atención Primaria-Atención Especializada del sector Zaragoza I se presentaron algoritmos de actuación y se elaboraron unas guías.

### **RESULTADOS**

Entre noviembre de 2002 y enero de 2004 se han realizado 4 auditorías sobre 30, 25, 32 y 19 historias (total 116). En la primera de ellas el 13% de los pacientes no reunía criterios para diagnóstico de IC, en las siguientes todos los casos reunían los criterios. El 64% de los casos se habían diagnosticado en atención especializada. La utilización de clases funcionales paso del 34% en la primera al 73% en la última auditoría y la caracterización fisiopatológica por ecocardiografía no se modificó. Aumento la utilización de medidas de tratamiento no farmacológicas, y la utilización de IECA, betabloqueantes y espironolactona en la IC sistólica. No se han observado mejoras en el tratamiento farmacológico de la ICC.

Tomando como base el trabajo del grupo, en una Jornada Atención Primaria-Atención Especializada del sector Zaragoza I se presentaron algoritmos de actuación y se elaboraron unas guías para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica.

### **CONCLUSIONES**

1. La auditoría interna puede ser un método útil para mejorar la práctica clínica en la IC.
2. Las iniciativas de mejora basadas en la colaboración primaria-especializada son bien aceptadas, ayudan a la comprensión entre niveles asistenciales y pueden generar acuerdos de consenso para el manejo de las enfermedades prevalentes como la IC.

**CICLO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGIA MENOR Y ESTUDIO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES**

**Gómez R**, Galve A, Albiñana J, Andreu M.  
Equipo de Atención Primaria de Teruel Rural, Teruel.

**OBJETIVO**

Aumentar cobertura facilitando la accesibilidad y mejorar la calidad en el Servicio de Cirugía Menor. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el mismo

**METODOLOGÍA**

Metodología de Ciclo de Mejora. Detección de problemas mediante la lluvia de ideas. Análisis cualitativo de causas realizando Diagrama de Ishikawa. Análisis cuantitativo de la situación de partida. Sesiones clínicas sobre técnicas e indicaciones de Cirugía Menor y puesta en marcha la "Consulta de Apoyo de Cirugía Menor" (CACM) en Octubre de 2002 con dos responsables (médico y enfermero) formados y motivados. Encuesta de satisfacción a los pacientes utilizando la validada por la SGAP. Primera evaluación de resultados en Mayo de 2003.

**RESULTADOS**

Aumento actividad programada del 22% al 81%. 47 intervenciones realizadas (28 en CACM y 19 en consultorios locales).

Criterios: Constancia en la Historia Clínica de: Diagnóstico, Localización lesión, Presencia de dos profesionales, Alergia anestésicos, Problemas coagulación, Ingesta anticoagulantes/antiagregantes, Antecedentes queloides, Otras alergias, Consentimiento informado, Procedimiento, Anestésico empleado, Plan de cuidados, Informe A. P., Técnica empleada, Complicaciones operatorias y Complicaciones postoperatorias. En todos se han alcanzado cumplimientos que oscilan entre el 87.2 y el 100 %.

Diagnósticos: 20 infiltraciones; 6 Nevus, 6 Queratosis seborreicas, 1 Quiste epidérmico, 4 Patologías ungueales, 1 Ca. de células escamosas, 6 Heridas, y 3 Abscesos.

Técnicas: 6 Suturas, 3 Drenaje absceso, 11 Escisión fusiforme, 2 Curetaje, 4 Cirugía uña, 20 infiltraciones, 1 extirpación de lesión.

Resultados encuesta de satisfacción:

1.- El tiempo pasado desde que fue por primera vez al médico con este problema hasta que lo han resuelto: 67% NS/NC. 17% poco, 17% muy poco

2.- Las explicaciones dadas sobre lo que le iban a hacer le han parecido: 67% bastantes, 33% NS/NC

3.- La limpieza de la sala era: 50% buena, 17% muy buena, 33% NS/NC

4.- ¿Cómo le han atendido en relación con este problema? 50% bien, 50% muy bien

5.- En caso de un problema similar ¿haría? 17% ir al especialista, 17% me da igual donde me lo hagan, 50% de nuevo en el Centro de Salud, 17% NS/NC

**CONCLUSIONES**

La actividad ha cumplido satisfactoriamente los objetivos planteados, ampliándose la cobertura y garantizándose un alto cumplimiento de los criterios de calidad. LA CACM ha sido una estructura útil para conseguirlos. La satisfacción de los usuarios es alta a pesar de la dificultad de la realización de encuestas telefónicas a pacientes de ámbito rural.

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES MEDIANTE LA HOJA DE INTERCONSULTA.**

**Ascoz C**, Palomar P, Zafra F, Sánchez A, Montesinos J, Delgado A et Al  
Equipo de Atención Primaria de Monreal del Campo, Teruel.

**OBJETIVOS**

Evaluar la calidad y mejora de cumplimentación de la hoja de interconsulta en el equipo de atención primaria (E.A.P. de MONREAL DEL CAMPO) como elemento de mejora de la comunicación entre niveles asistenciales. Diseño Ciclo de mejora de calidad en fase de evaluación. Dimensión estudiada: calidad científicotécnica.

**METODOLOGIA**

El estudio se ha realizado en el E.A.P. de Monreal del Campo, con 8 médicos de A.P. que atienden una población de 5005 usuarios. Las especialidades son atendidas en Consultas Externas del Hospital Obispo Polanco de Teruel a una distancia de 55 km. El documento de interconsulta es el modelo oficial del Área 4 de Salud, consta de original y dos copias. Establecimiento de unos Criterios de Calidad consensuados por el E.A.P. (DATOS DE FILIACIÓN, LEGIBILIDAD, ANTECEDENTES PERSONALES, INFORME CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN). En cuanto a Especializada el Equipo acepta los Criterios que sigue la Gerencia (LEGIBILIDAD INFORME CLÍNICO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, ALTA/REVISIÓN).

**RESULTADOS**

Para la evaluación, durante 4 meses consecutivos: Junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2002 se recogieron todos los documentos de Interconsulta que procedentes de Atención Especializada llegaron al Centro de Salud. El número de volantes recogidos fue de 82. En todos ellos se comprobó el nivel de cumplimentación de los Criterios de Calidad que en el apartado de Atención Primaria fueron: Datos de Filiación 86,6%, Legibilidad 84,1%, Antecedentes Personales 68,3%, Informe Clínico 81,7% y Diagnóstico 52,4%. En cuanto al apartado de Atención Especializada fueron: Legibilidad 74,4%, Informe 82,9%, Diagnóstico 79,3%, Tratamiento 67,1% y Alta/Revisión 57,2%.

**OBJETIVOS**

Como Actividades para mejorar la situación detectada proponemos la utilización de la etiqueta TAIR en todos los documentos de Interconsulta, la formación continuada mediante Interconsultas docentes e implantación de protocolos de derivación de patologías más frecuentes. Creemos necesario sesiones con los especialistas para establecer criterios conjuntos de derivación tanto de pertinencia (guías clínicas) como de condiciones de calidad del documento de interconsulta. Realización de reevaluación de todas las hojas de interconsulta que recibimos en el Centro de Salud de Monreal del Campo durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre 2003.

## PROYECTO 2002 : HACIA LA MEJORA DE CALIDAD INTEGRAL I

Hijos L.A., Ara D., Mendoza A., Rubio L., Muniesa M, Barbero A. ET AL.  
Equipo de Atención Primaria de Grañén, Huesca.

### OBJETIVO

El objetivo general fue la instauración de un sistema de mejora de calidad globalizador, abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan y de otras actividades, buscando una mayor efectividad de la información proporcionada por distintas vías al EAP. Los objetivos específicos fueron:

1. Seguimiento de los proyectos Calidad: "Mejora calidad en un programa de HTA" y "Mejora de calidad en la atención a la mujer: climaterio (conocimientos)".
2. Utilización de las evaluaciones periódicas que realizan diversas asociaciones y las instituciones sanitarias.
3. Realización de nuevos ciclos de mejora.

### METODOLOGIA

En el centro de salud se realizaron reuniones para las tareas propias de un Grupo de Trabajo en Mejora Continua de Calidad: detección, priorización de problemas, realización audits, valoración discrepancias, proposición medidas de mejora.

### RESULTADOS

1.-Con respecto a los problemas abordados en los proyectos anteriores, se analizaron los datos de la reevaluación del proyecto de la HTA en los que se obtuvo una mejora del 24.81% en el cómputo de todos los criterios. El cumplimiento de los criterios agrupados era superior al 65% en todos los casos excepto en resultados, destacando la mejora obtenida en estructura, proceso formación continuada y proceso-seguimiento. En el análisis de los subcriterios, señalar que criterios de bajo cumplimiento como el relativo a la analítica al valorar los subcriterios se evidenció una mejora del 39.2 %.

2.-En el segundo punto, realizamos un aprovechamiento de los criterios de la evaluación del PAPPs, viendo que las oportunidades de mejora deberán ir encaminadas a los criterios referentes a recomendación de la práctica de ejercicio físico, prevención alcohol, tabaquismo, hoja programa y vacunación antitetánica -frecuencia acumulada 56,25 %- . Las medidas de mejora instauradas fueron: Fomentar uso de hoja del programa, actualización del mismo, sesión formativa incidiendo en la importancia y registro del ejercicio físico, despistaje tabaco y alcohol, y registro de la vacunación antitetánica.

3.- Las necesidades estructurales -realizando una comparación por pares- fueron puestas en conocimiento de la Gerencia de Atención Primaria para ser subsanadas.

Así mismo, los problemas no estructurales se priorizaron -según los criterios de Hanlon y comparación por pares- seleccionando : la valoración del riesgo cardiovascular (RCV) en el paciente crónico y la formación continuada.

En ambos casos se realizó un análisis de las causas mediante brainstorming y diagrama de Ishikawa, desarrollando criterios con sus correspondientes indicadores y estándares y un cronograma de las actividades a realizar.

Entre las medidas de mejora destacan las medidas organizativas -v.g. plan de formación, priorización de temas, guía de actuación del RCV-, medidas motivadoras -v.g. contenidos formativos interesantes / actuales- y medidas formativas -teórico-prácticas-

### CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general, estamos en el inicio de un largo camino, como es la introducción de la calidad en todas las actividades del EAP, no continuando con unos proyectos delimitados y concretos. Nuestra meta incierta podría estar en la gestión por procesos, adoptando el modelo EFQM....

Pero en el día a día, deberemos seguir realizando las actividades de los distintos ciclos de calidad, monitorizando el programa de HTA y el cálculo del RCV, evaluando la formación continuada e instaurando nuevos ciclos de mejora. Se debe resaltar que los datos retroalimentados -v.g. la evaluación del PAPPs- pueden utilizarse para mejorar la calidad asistencial, siendo especialmente útiles -por su carácter práctico y por la sencillez de la valoración de las discrepancias encontradas- para mejorar la motivación en el desarrollo de los proyectos de calidad.

**APORTACIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA EN PEDIATRÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL**

**Montaner Cosa M**, Adivinación Herrero A, López Ibáñez S, Jiménez Hereza JM, Galán Rico J, Feliz de Vargas J et al.  
Equipo de Atención Primaria de Teruel Urbano, Teruel.

**OBJETIVOS**

- Mejorar el conocimiento de las familias sobre los procesos pediátricos más demandados telefónicamente.
- Fomentar la autoconfianza de las familias para el manejo de los procesos banales más demandados.
- Disminuir el número de consultas telefónicas por estos procesos
- Disminuir el número absoluto de consultas de demanda.

**METODOLOGÍA**

Se programaron 7 sesiones de divulgación para padres de niños preferentemente menores de 2 años correspondientes a los siguientes temas:

1. Manejo en casa del niño con fiebre
2. Afectaciones cutáneas más frecuentes en lactantes
3. Manejo de la diarrea y el estreñimiento de los lactantes
4. Las vacunas del Calendario vacunal aragonés. Sus posible reacciones
5. Alimentación del lactante
6. ¿Qué fármacos podemos administrar a nuestros niños en casa?
7. Prevención de los accidentes más frecuentes en la infancia.

En cada sesión estaba previsto pasar una encuesta a los asistentes sobre conocimientos sobre el servicio de consulta telefónica y satisfacción con el mismo.

Asimismo, debía repetirse el análisis de las llamadas recibidas, de acuerdo a las variables del proyecto inicial antes de la intervención y comparar los resultados con aquellos.

**RESULTADOS**

Se han podido realizar únicamente 3 sesiones de las previstas para familiares de niños de 1º de Educación infantil sobre:

- Manejo en casa del niño con fiebre
- Prevención de los accidentes más frecuentes en la infancia
- Alimentación del lactante

Las sesiones tuvieron lugar en el C.S.de Teruel en horario de tarde en octubre 2003, febrero de 2004 y mayo de 2004 con una asistencia media de 20 personas a cada una de ellas.

**CONCLUSIONES**

No es posible por el momento extraer conclusiones definitivas, ya que se ha retrasado la realización de las actividades previstas en el proyecto. Quedan pendientes las siguientes:

- Finalización de las conferencias que restan hasta completar las 7 planteadas de inicio
- Análisis de las encuestas realizadas a los asistentes
- Análisis de las llamadas recibidas al Servicio de Atención Telefónica el Centro de Salud.
- Comparación con los resultados obtenidos en el proyecto inicial

## CONTROL ESTADÍSTICO DE LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN PROGRAMA DE DISLIPEMIA

**Turón Alcaine, JM**, Galve Ciercoles, RM, Mesa Raya, E., Turull Fernández, L et al. Equipo de Atención Primaria de Andorra, Teruel.

**OBJETIVO:** Comprobar la implantación de la valoración cuantificada del riesgo cardiovascular en los pacientes incluidos en el programa de dislipemia tras la realización de talleres de valoración del riesgo cardiovascular dirigido a médicos y enfermeras en el Centro de Salud Andorra.

### **METODOLOGÍA**

En el año 2001 priorizamos una línea estratégica de prevención cardiovascular en el centro motivada por el incremento importante del consumo de estatinas, y la conciencia de que se tomaban decisiones de tratamiento con protocolos unifactoriales. En este mismo año realizamos una adaptación de la guía de prevención cardiovascular del PAPPs y del consenso para el control de hipercolesterolemia en España del año 2000 para nuestro centro, de tal manera que se realizó un documento escrito con algoritmos para la toma de decisiones en función del cálculo del riesgo cardiovascular mediante la tabla de Anderson. Esta guía se distribuyó a los médicos y enfermeras del centro mediante la realización de tres talleres y un documento escrito con realización de un audit a los seis meses sobre los pacientes en tratamiento con estatinas (excluidos prevención secundaria) que dio como resultado un porcentaje de realización de RCV cuantificado del 34,4% y un porcentaje de registro del hábito tabáquico en los últimos 3 años del 30,8%, resultados sensiblemente inferiores a los esperados. También encontramos un porcentaje de adecuación de tratamiento de 76,9%. Como quiera que la mayoría de los defectos encontrados se podía subsanar simplemente calculando el riesgo cardiovascular, decidimos emprender esta estrategia tras realizar discusión entre los componentes del equipo sobre las razones de los escasos resultados obtenidos.

Hemos realizado un gráfico de control tipo "p" (proporción), con 26 mediciones de un indicador a lo largo de los años 2002-2003 hasta cumplir las especificaciones de estabilidad en los tests de rachas. Este gráfico fue mostrado al equipo en la sala de reuniones durante los primeros seis meses de su realización con la finalidad de incentivar el cumplimiento.

El criterio para evaluación quedó definido así "Los pacientes en programa de dislipemias tendrán realizada al menos una valoración del riesgo cardiovascular cuantificada en el último año". Tras la realización de un estudio piloto con dos evaluadores se obtuvo un índice Kappa y una proporción de concordancia de 1 por lo que consideramos al indicador como fiable. Se valoró también la sensibilidad y la especificidad del indicador comparando con la valoración de uno de los médicos del centro con experiencia dando valores del 100%. El procedimiento de muestreo fue el siguiente:

- Muestra de 20 casos cada 15 días. Procedimiento aleatorio estratificado por médico. Muestreo aleatorio estratificado por profesional.
- Pacientes a estudio: pacientes mayores de 15 años adscritos a 5 cupos del Centro de Salud Andorra que se reciba analítica con fracciones de colesterol o simplemente una analítica con colesterol > 250 en el período de estudio. Exclusiones: pacientes en prevención secundaria.
- Fuente de datos: registro de analíticas recibidas que cumplieran uno de los dos criterios previos recogido por un administrativo. Fuente de datos para el indicador: historia clínica.

### **RESULTADOS**

La media global de cumplimiento del indicador en el gráfico fue del 60,57%  $\pm$  10,93 DS de las mediciones realizadas.

### **CONCLUSIONES**

El test de rachas muestra un comportamiento estable de las últimas 22 mediciones, por lo que consideramos que no es probable que se den grandes variaciones en el cumplimiento del indicador en las circunstancias actuales, aunque vamos a seguir con evaluaciones cuatrimestrales del indicador mediante LQAS durante el próximo año.



### **MESA 3: ESTANDARIZACIÓN Y GESTIÓN POR PROCESOS**

Miércoles 16, 16,30 horas, aula 115.

**MODERADOR:** Reyes Abad - Coordinadora de Calidad del Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza.

---

1. Resultados e impacto de una vía clínica para prostatectomía radical, tras dos años de su implantación.  
Santafé, I.  
Hospital San Jorge de Huesca
2. Mapa de procesos en oncología radioterápica.  
Bellosta R  
Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa"
3. Sistema de gestión de la calidad para acreditación según ISO 15189. Luces y sombras.  
Marta V  
Hospital Universitario "Miguel Servet"
4. Via clinica del accidente isquemico transitorio (AIT). Estrategias de implantación y resultados 2002-2003.  
Marta J  
Hospital Universitario "Miguel Servet"
5. Calidad en la emergencia: Un camino sin pausa hacia la mejora continua.  
Cano, MI  
Gerencia 061 - Aragón
6. Informe del seguimiento de normas de prevención de infección quirúrgica desde las unidades de hospitalización.  
Arbués, D.  
Hospital San Jorge de Huesca
7. Gestión de procesos en los laboratorios: "Proceso para la obtención y distribución de muestras en U.C.L." del H.C.U " Lozano Blesa"  
Cervera MP  
Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa"
8. Mapa de procesos del área de admisión y de la atención a domicilio en un centro de salud.  
Antoñanzas A  
E.A.P. Delicias Sur
9. Estandarización de informes clínicos en el hospital clínico universitario.  
Del Pino, L  
Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa"
10. Gestión por procesos según el modelo EFQM en el CS utrillas  
Luño B  
E.A.P. Utrillas



**RESULTADOS E IMPACTO DE UNA VÍA CLÍNICA PARA PROSTATECTOMIA RADICAL, TRAS DOS AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN**

Aliod Latorre A.E, Arizón Mendoza L., Costas Cativiela P., Gimeno Obó P., Lascorz Cortina I., Santafe Acin I. (Hospital General San Jorge de Huesca).

**OBJETIVO**

Se valora la implantación y la utilidad de una vía clínica hospitalaria, para pacientes sometidos a intervención quirúrgica de Prostatectomía Radical en el Servicio de Urología del Hospital General "San Jorge" de Huesca.

Tras su instauración en la Unidad, se realiza este estudio con los siguientes objetivos:

1. Analizar los resultados obtenidos en sus dos primeros años de andadura.
2. Evaluar el resultado de la vía clínica en los costes expresados como estancia media.
3. Detectar las variaciones producidas en la vía
4. Evaluar la cumplimentación de la hoja de verificación de la vía.

**METODOLOGÍA**

Se realiza estudio de intervención sin aleatorización.

Se toma como muestra a todos los pacientes del Servicio de Urología que han sido intervenidos quirúrgicamente de prostatectomía radical desde Septiembre de 1999 hasta Diciembre de 2003, distribuyéndose en dos grupos:

- A) Pacientes incorporados en la vía clínica desde Febrero de 2002 hasta Diciembre de 2003, suponiendo un total de 49 pacientes.
- B) Igual número de pacientes intervenidos consecutivamente anteriores a la fecha de implantación de la vía.

Se excluyen los pacientes que tenían alguna patología urológica asociada a la intervención como por ejemplo reimplantación ureteral y los que han sufrido complicaciones intraoperatorias o en el postoperatorio inmediato.

Los datos se extraen de la Historia Clínica del paciente, actividad quirúrgica del Servicio de Urología y hoja de verificación de la vía.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

La edad media de los pacientes estudiados es de 66 años. La estancia media prevista en la vía de los pacientes incorporados, se ha visto modificada significativamente en casi 3 días ( $p=0,013$ ). Se ha constatado que en el 80 % de los pacientes intervenidos, se ha cumplimentado la hoja de verificación, así mismo se observa el registro de variaciones que no constan en la guía de verificación, lo cual puede suponer o que no hay unificación de criterios a la hora de que datos registrar, o bien haya que revisar dicha guía de variaciones. La mayoría de éstas, están relacionadas con la evolución clínica no previsible del paciente.

Ha de elaborarse la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familia para determinar el indicador de satisfacción.

Al existir en la Unidad un Plan de cuidados de enfermería específico para este mismo proceso, se detecta una duplicidad de datos registrados

La vía clínica "debe" ser obligatoria para todos los estamentos implicados en ella.

Debe existir una coordinación asistencial ente los Servicios implicados en el proceso quirúrgico.

## MAPA DE PROCESOS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

**Bellosta R,** Valencia J, Bascón N, Fuertes F, López P, Navarrete S, Escó et al.  
(Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.)

### **OBJETIVO**

Desarrollar e impulsar la implantación del Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia mediante un Sistema de Gestión por Procesos

### **METODOLOGÍA**

A raíz del RD 1566/1998, por el que se establecen criterios de calidad en radioterapia, se formó la Comisión de Calidad en Radioterapia del HCU que redactó y aprobó un Programa de Calidad en Radioterapia, siguiendo el esquema de los Sistemas de Gestión de Calidad de la ISO 9000, consistente en un Manual de Calidad y una serie completa de Procedimientos Documentados. Tras una nueva fase de reactivación de dicha Comisión y aprovechando los conocimientos adquiridos de algunos de sus miembros en diversas áreas de calidad, como el modelo EFQM y la Gestión por Procesos, se constituyen varios grupos de trabajo, coordinados por el responsable de calidad del servicio de Radioterapia y se diseña el Mapa completo de Procesos de la Atención y Tratamiento Radioterápicos, integrando de forma natural en dicho esquema el anterior programa de calidad y todos sus procedimientos documentados.

### **RESULTADOS**

No podemos presentar resultados cuantitativos, base de todo programa de calidad, ya que estamos en la etapa inicial de desarrollo del proyecto. Ahora bien, si que podemos adelantar algunos logros del nuevo enfoque:

- Sirve para dinamizar el trabajo de la Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia, para comprender de forma global y rápida todo el funcionamiento del Programa de Calidad y para integrar y situar gráficamente todos los procedimientos documentados, lo que convierte al Mapa de Procesos en un poderoso instrumento de comunicación.
- Se tiene un conocimiento rápido y explícito del valor que se añade en cada fase de la atención y de cómo interaccionan los diversos procesos asistenciales.
- Se conocen las responsabilidades individuales
- Hay una mayor implicación del personal con lo realizado
- Se identifican con facilidad indicadores para monitorizar la evolución de cada fase de la atención

### **CONCLUSIONES**

- El Mapa de Procesos está sirviendo para impulsar la implantación del Programa de Calidad en Radioterapia, lo que repercutirá en un mejor servicio al paciente y a la sociedad, así como un mayor grado de satisfacción del personal
- Es fundamental la implicación activa del personal que dirige
- Requiere tiempo para madurar los distintos pasos que se van dando, para que se vaya implicando la mayor parte del personal.
- La disponibilidad de indicadores de los diferentes procesos y subprocesos servirá para nutrir a la Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia de un sistema de información importantísimo para poder monitorizar el Programa de Calidad y para poder identificar con agilidad las oportunidades de mejora que sean necesarias

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA ACREDITACION SEGÚN ISO 15189. LUCES Y SOMBRAS**

**Marta V**, Oliván T, García JM, Juez N, Peg V, Rivera A, Murciano S.  
Hospital Universitario "Miguel Servet".

**OBJETIVO**

Exponer los éxitos y dificultades internas derivadas del funcionamiento de un Centro Médico de Especialidad en el Sistema de Salud Pública y que han sido encontradas en el proyecto de definición e implantación de un Sistema de Gestión de la calidad según la Norma UNE-ISO-EN 15189/2003, mediante técnicas participativas del personal implicado, en el Servicio de Análisis Clínicos del C.M.E. Grande Covián de Zaragoza.

**METODOLOGÍA**

La metodología del proyecto consta de las siguientes fases:

Fase 1:

1. Constitución del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Analisis Clínicos del CME
2. Designación del Responsable de Calidad
3. Establecer y formalizar las pautas de funcionamiento del Grupo de Mejora
4. Formación en la Norma de Referencia UNE-EN-ISO 15189
5. Realizar un diagnostico respecto a los requerimiento de la Norma
6. Establecer las prioridades respecto a las carencias detectadas

Fase2.

1. Elaborar un cronograma del proyecto: acciones, plazos, intervenciones y resultados
2. Ejecución y realización
3. Seguimiento y control del avance.

**RESULTADOS**

Se han obtenido los siguientes resultados en el proyecto

- Elaboración y transmisión de la Política de Calidad
- Establecimiento del mapa de procesos del Servicio
- Identificación de los Clientes del Servicio y sus requerimientos
- Obtención directa de los niveles de satisfacción de los Clientes según su tipología
- Obtención y tratamiento de los datos de reclamaciones de los Clientes
- Elaboración y puesta en práctica de procedimientos de trabajo y de Sistema

**CONCLUSIONES**

La puesta en funcionamiento de un Sistema de la Calidad normalizado en un Servicio de Análisis Clínicos en el Sistema de Salud Pública con la intervención y aportación del personal está suponiendo una serie de ventajas y beneficios para el funcionamiento del Servicio en el ámbito organizativo, motivacional y de eficacia de resultados; pero también ha puesto de manifiesto una serie de carencias y necesidades en el ámbito interno del Servicio, así como en el externo, derivadas de las relaciones establecidas con los entes con los que el Servicio tiene una relación de dependencia en los apartados que afectan directamente a los requerimientos de la Norma de referencia.

**VIA CLINICA DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO (AIT): ESTRATEGIAS DE IMPLANTACION Y RESULTADOS 2002-2003..**

**Marta J**, Sanchez-Marin B., Montori M, Lopez-Gastón J I, Oliván J A, Ara JR.  
(Hospital Universitario "Miguel Servet").

**OBJETIVO**

Presentar la Vía Clínica del AIT (GRD 14) implantada desde Enero del 2002 en nuestro Servicio, incluyendo los resultados en los años 2002 (implantación) y 2003 (consolidación), que se comparan con la situación previa. Se hace hincapié en el proceso de implantación, las dificultades encontradas y las áreas de mejora detectadas.

**METODOLOGÍA**

A lo largo del 2001, se diseñó un protocolo específico a partir de Guías Clínicas, consensuadas con los profesionales sanitarios de nuestro Servicio y otros involucrados (Cirugía Vasculard, Neurorradiología, Urgencias, etc.). Se monitorizan unos indicadores clave: estancia media y satisfacción del paciente evaluada mediante encuesta (consideramos satisfecho al que puntúa entre 7-8/10 y muy satisfecho 9-10/10), % de AITs incluidos en la Vía, vulneraciones y motivos de estas, analizados trimestralmente. Se analiza el proceso de implantación durante el 2002 y relación entre los resultados y diferentes estrategias de motivación e implicación del personal.

**RESULTADOS**

De los 136 casos de AIT atendidos en 2002, 54 siguieron la Vía en su totalidad. En ellos la estancia media fue de 3,7 días, frente a 7,2 días de los no incluidos. La estancia media en el 2001, previa a la puesta en marcha de la Vía, era de 9,4 días y la del 2003 de 5,7 días. El 95% de los pacientes estaban satisfechos o muy satisfechos. A lo largo del año, se incluyeron en la Vía el 39,7% de los casos, con grandes variaciones en diferentes meses y según el facultativo responsable. El porcentaje de casos reclutados y las vulneraciones de la Vía guardaban una clara relación con las reuniones de evaluación periódica realizadas y la implicación personal.

**CONCLUSIONES**

La puesta en marcha de una Vía Clínica de atención al AIT en nuestro medio ha sido una medida muy eficaz. Ha mejorado de forma importante la estancia media y la satisfacción del paciente. La metodología de gestión por procesos parece una herramienta potente de mejora de la eficiencia y calidad de nuestro trabajo. La implicación de todo el personal es el principal reto.

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

**Cano MI**, Domínguez E.  
Gerencia 061 - Aragón.

**OBJETIVO**

**Implantar y mantener un sistema de gestión de la calidad en el Servicio de emergencias 061 Aragón que permita:**

- Mejorar de forma continua toda la Institución.
- Establecer un sistema integrado por procesos enfocados hacia la gestión.
- Mantener los procesos bajo control mediante el establecimiento de métodos para medir su eficacia y eficiencia.
- Aumentar la satisfacción del ciudadano y de todas las partes interesadas.
- Promover la participación del personal a todos los niveles en programas de mejora continua y su total compromiso con la Política de la Calidad de la Institución.

**METODOLOGÍA**

Con el objetivo de que la implementación del sistema de gestión de calidad en nuestro servicio se realice de una forma sistemática y eficaz se ha decidido seguir los requisitos establecidos por la Norma UNE-EN-ISO 9001-2000. El proyecto incluye el desarrollo de las siguientes fases:

1. Análisis previo, que incluya un diagnóstico y evaluación de la situación de partida, identificando puntos débiles y posibles áreas de mejora
2. **Análisis funcional, que permita sentar las bases de la estructura organizativa de la Institución.**
3. Información a todos los niveles de la Institución mediante la presentación del proyecto a todas las Unidades y Departamentos.
4. Elaboración de la documentación relativa al Sistema de Gestión de la Calidad.
5. Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.
6. Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad.
7. Implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

**RESULTADOS**

El Sistema de Gestión de la Calidad nos ha permitido hasta el momento:

- Realizar el análisis previo y funcional de toda la Institución.
- Definir y diseñar el mapa de procesos.
- Elaborar documentos relativos al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Realizar reuniones de sensibilización y participación del personal en el proyecto.

**CONCLUSIONES**

La puesta en marcha y desarrollo de un sistema de gestión de la calidad en nuestro servicio de emergencias permitirá proporcionar un marco de referencia para la mejora continua de toda la organización, definiendo los procesos que contribuyen al logro de un servicio aceptable para el ciudadano, facilitando la toma de decisiones eficaces basada en el análisis de la información disponible y generando la confianza suficiente, tanto en los ciudadanos como en las personas que desarrollan su trabajo en la Institución, sobre su capacidad para proporcionar un servicio de calidad que satisfaga los requisitos de todas las partes interesadas de forma coherente.

**INFORME DEL SEGUIMIENTO DE NORMAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA DESDE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

Puyuelo Blecua C., Nuño Morer F., López Casterad P., Núñez Blázquez L., Arbués Torralba D., Salaverri Nalda MJ. et al. (Hospital General San Jorge de Huesca).

**OBJETIVO**

Desde la Comisión de Calidad, realizando un seguimiento de la cumplimentación de los registros de enfermería, se detecta la falta de firma en el registro del protocolo de preparación prequirúrgica, ante lo cual se propone un estudio del seguimiento de las normas.

Conocer el grado de seguimiento que desde las unidades de hospitalización se hace de las normas de prevención de infección quirúrgica dictadas por la unidad de Medicina Preventiva.

**METODOLOGÍA**

El estudio fue realizado durante la semana 17 al 21 de Febrero del 2003, por las enfermeras de la unidad quirúrgica en el momento de recepción de los pacientes. La enfermera de Medicina Preventiva recopila el dato de registro y firma de la realización de dichas normas (protocolo prequirúrgico).

Estudio descriptivo prospectivo, se han introducido los datos en la hoja de cálculo Excell, variables cualitativas expresadas en nº de casos y porcentajes y para el análisis inferencial la prueba Chi-cuadrado.

Se diseñó una hoja de recogida de datos con los parámetros higiénicos a evaluar (ropa limpia, ducha el día del quirófano, lleva gorro, lavado de cabeza el día anterior, camión abierto, no portador de prótesis higiene bucal, higiene de las uñas, no portador de joyas, rasurado adecuado)

Igualmente se registra la unidad médica de pertenencia, la procedencia del paciente (urgencias, programado, actividad extraordinaria), registro y firma).

**RESULTADOS**

Preparación Higiénica Prequirúrgica: Se estudiaron un total de 65 pacientes, siendo evaluados a su llegada al quirófano con los siguientes resultados:

La media de preparación higiénica de los pacientes a su entrada a la unidad de quirófano es del 91,10%.

Registro del protocolo prequirúrgico: Acudieron al quirófano con el registro y la firma de la realización del protocolo prevención infección quirúrgica un 61,90%.

Comparación entre el nivel de preparación higiénica y el registro:

El nivel de preparación higiénica en los pacientes que constaba el registro y firma alcanzó un porcentaje de 93,58%, en los que no estaba registrado el porcentaje fue 89,87%.

**CONCLUSIONES**

A) La realización de las normas higiénicas de prevención de infección quirúrgica desde las unidades de hospitalización puede considerarse ACEPTABLE- BUENA (91,10%), obtenido a la baja por las siguientes circunstancias:

--El bajo resultado obtenido en el rasurado / no rasurado, debe ser atribuido a la dificultad que implica su evaluación debido a la diversidad de criterios entre los distintos facultativos.

--Se valoraron los parámetros con rigidez a los enunciados del protocolo "prevención infección quirúrgica", cuando para alguna intervención son orientativos.

--Un paciente procedente de urgencias fue evaluado con el protocolo general, en lugar de las normas higiénicas del protocolo de urgencias.

B) El grado de registro debe considerarse MALO-MUY MALO (61,90%).

C) No puede establecerse una relación entre la falta de registro y una peor preparación higiénica de los pacientes ya que la diferencia aparecida carece de significación estadística. No obstante la falta de registro es grave en si misma y debe considerarse una falta importante en el trabajo de enfermería por cuantas implicaciones profesionales y jurídicas puede tener.

**GESTIÓN DE PROCESOS EN LOS LABORATORIOS: “PROCESO PARA LA OBTENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS EN U.C.L.” DEL H.C.U “ LOZANO BLESA”**

**Cervera MP**, Escartín R., Letamendi M.T., Millán P., Altarribas E., Barrasa I.. Grupo de Mejora Gestión de Procesos en Laboratorios.  
(Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”)

**OBJETIVO**

Diseñar y poner en marcha el proceso de obtención y distribución de muestras en la Unidad Central de Laboratorios del Hospital Clínico (U.C.L.)

**METODOLOGÍA**

Con el fin de desarrollar el programa de Garantía de Calidad de Laboratorios y tras la puesta en marcha de la Comisión de Garantía de Calidad de Laboratorios se decide impulsar el sistema de Gestión por Procesos. Para ello, desde dicha comisión decide constituir un equipo de mejora multidisciplinar formado por enfermeras, auxiliares de enfermería, celador, auxiliares administrativos, supervisoras, subdirectora de enfermería, médico y coordinadores de calidad que se reunió de forma periódica durante el segundo trimestre del 2004 con el fin de elaborar el proceso para la obtención y distribución de muestras en la U.C.L, ya que dicho proceso implicaba a todos laboratorios y podía servir de referente para posteriores diseños de procesos en otros laboratorios.

**RESULTADOS**

- Elaboración de la ficha del proceso
- Diagramas de flujo del proceso para obtener muestras en U.C.L de pacientes de consultas externas, hospitalización y centros de Atención Primaria
- Definición de las características de calidad de las actividades del proceso
- Determinación y descripción de Indicadores para el control del proceso:
  - 72 % (estándar 95%) volantes correctamente cumplimentados
  - 2.3% (estándar > 4%) sueros hemolizados y/o presencia de coágulos
  - 82% (estándar 100%) rutas de transporte que tardan < de 2 horas en su llegada a la U.C.L
  - 87.1% (estándar 90%) muestras recibidas en el H.C.U antes de las 13h
  - 70.8 % (estándar 90%) satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la U.C.L

**CONCLUSIONES**

- El Proceso para la obtención y distribución de muestras en U.C.L está sirviendo de motor para la puesta en marcha del Sistema de Gestión por Procesos desde la Comisión de Garantía de Calidad de Laboratorios.
- Favorece la participación e implicación y satisfacción de los profesionales
- Permite detectar oportunidades de mejora y planificar medidas correctoras

**MAPA DE PROCESOS DEL AREA DE ADMISIÓN Y DE LA ATENCIÓN A DOMICILIO EN UN CENTRO DE SALUD.**

**Antoñanzas A**, Izaguirre C, Pérez Villarroya JC, Gajón E, Lacarta MP, Villanova A, et al.  
Equipo de Atención Primaria “Delicias Sur”, Zaragoza.

**OBJETIVO**

Elaborar el mapa de procesos del área de admisión y de la atención a domicilio para identificar subprocesos que requieren ser rediseñados.

**METODOLOGÍA**

Mediante la metodología de la gestión por procesos se elabora el mapa de procesos del área de admisión y de la atención a domicilio.

Identificadas las áreas de mejora en los subprocesos se rediseñan procesos y se realizar ciclos de mejora.

**RESULTADOS**

En el **área de admisión** se han definido 19 subprocesos de los cuales se han detectado como susceptibles de mejora: la información al usuario, la TLT, la gestión de TIS la gestión de agendas y la gestión del teléfono.

Se rediseña el **subproceso de gestión de TIS**, reorganizando toda el área de admisión y habilitando un despacho para tramitar todos los aspectos de la TIS, logrando de este modo una mejora de este servicio en rapidez, intimidad y atención.

En el área de **atención a domicilio** se definen los subprocesos de atención de medicina de familia, pediatría, enfermería y trabajo social; los de atención a demanda, programada y urgente. Se identifican subprocesos mejorables en la atención al paciente anticoagulado, en la información de la visita a domicilio del trabajador social, en el tiempo de respuesta en pediatría y en la atención domiciliaria urgente en medicina de familia.

Se han rediseñado algunos aspectos del subproceso de **atención domiciliaria urgente en medicina de familia**, en relación con el maletín de urgencias y con la formación en atención urgente de los profesionales del equipo. Se elaboró un cuestionario sobre el contenido de los maletines de urgencias tanto en material diagnóstico como en medicamentos urgentes. Se acordó un material mínimo necesario así como una lista de medicamentos imprescindibles a incluir en el maletín. Se llevó a cabo un ciclo de sesiones formativas sobre los problemas más frecuentes que se atienden en la urgencia a domicilio a las que asistieron los médicos y enfermeras del centro.

**CONCLUSIONES:**

La visión global que aporta la elaboración del mapa de procesos nos ha permitido identificar subprocesos mejorables e introducir mejoras en los mismos. Como área de mejora importante pendiente de llevar a cabo se destaca la coordinación de la atención urgente entre todos los profesionales que intervienen en el centro de salud: admisión, enfermería y medicina; así como la coordinación con el 061.

## ESTANDARIZACION DE INFORMES CLINICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO.

**Del Pino L**, Serrano M, Lamata F, Pina JI, García Álvarez E, Martín M et Al.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

### **OBJETIVO**

Homogeneizar los informes de alta de hospitalización, de consultas y de pruebas complementarias bajo un mismo formato estándar y almacenarlos en una base de datos central para todo el hospital, de tal manera que cualquier usuario de la aplicación, con los privilegios necesarios, pudiera acceder a estos documentos para su consulta, edición o impresión desde cualquier PC.

### **METODOLOGÍA**

- Cronograma de trabajo y presentación del programa a los facultativos del Hospital.
- Elección de grupo de personas clave (coordinadores de la implantación y representantes de los Servicios) y creación de grupos de trabajo.
- Formación de formadores y administradores y cursos de formación a usuarios.
- Diseño y creación de formularios y plantillas iniciales: Informe de Alta de Hospitalización- genérico y de tratamiento quimioterápico- Informe Clínico de Consultas Externas - genérico y de Medicina Interna- e Informe de Pruebas Complementarias - genérico- por parte de los distintos grupos formados.
- Migración de datos existentes en la base de datos y conexión con otras aplicaciones del hospital (Intralab -Informes de Laboratorio-).
- Instalación de equipos informáticos y del gestor documental en los Servicios.

### **RESULTADOS**

Hasta la fecha el programa se ha instalado en aproximadamente 135 equipos de más de 30 Servicios distintos, y se han creado diferentes formularios y plantillas específicos, añadidos a los iniciales, según las necesidades: Informe Clínico de Columna Lumbar (Servicio de Rehabilitación), Informe Audiométrico (O.R.L.), Informe de arritmias, de cardioversiones y de E. Electrofisiológicos (Servicio de Cardiología), etc.

Así mismo, se han diseñado formularios (pendiente de poner en funcionamiento por distintas razones) para informes de Urgencias, Unidades de Cuidados intensivos y Medicina Nuclear.

En estos momentos el gestor documental se utiliza de forma regular:

- Para la realización del Informe de Alta de Hospitalización: 100% del total de informes realizados en 27 Servicios, lo que ha supuesto en el primer trimestre del año 2004, el 78.7 % del total de altas.
- Para la realización de informes de Scáner y Resonancia Magnética: 4465 durante los meses de enero, febrero y marzo de 2004.
- Para la consulta de episodios de pacientes, resultados de Laboratorio, informes de Radiodiagnóstico e informes clínicos.

Y de forma más irregular:

- Para la realización de informes clínicos de consultas.

### **CONCLUSIONES**

-Para que se acepte un programa de este tipo, y por lo tanto llegue a utilizarse de forma continuada, tienen que cumplirse unas condiciones básicas: divulgación apropiada, formación exhaustiva, dotación de software e implantación por equipo multidisciplinario.

- Un gestor documental de este tipo optimiza recursos (disminución de papel, de historias solicitadas al Archivo, de tiempo de consulta de episodios, etc) y mejora, indirectamente, y por razones obvias, la calidad de la asistencia.

**GESTIÓN POR PROCESOS SEGÚN EL MODELO EFQM EN EL CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS.**

Alegre P., Calvo A, Compes A, Cortés F., Ibáñez E., **Luño B.** et al.  
Equipo de Atención Primaria de Utrillas, Teruel.

**OBJETIVOS**

El objetivo de este proyecto es iniciar en nuestro Centro la Gestión por procesos, considerando cada una de nuestras actividades como un proceso, que pueda ser implantado, evaluado y mejorado de forma continua.

**METODOLOGIA**

Elaboración de un mapa de procesos del nuestro C.S. Identificación de los procesos clave. Siguiendo la metodología IDEF (Integration Definition for Function Model) desarrollamos los procesos elegidos hasta los niveles 2 y 3 con su correspondiente diagrama de flujo. El proceso implantado se evalúa siguiendo la lógica REDER que marca el modelo europeo para la mejora de la calidad (EFQM).

**RESULTADOS**

Tras varias sesiones de formación y consenso en el EAP se elaboró nuestro mapa de procesos. De entre los procesos clave, seleccionamos "Programación" y desarrollamos el subproceso "Gestión de Agendas". Los profesionales con mayor cupo (en el C.S.) han implantado el proceso en la actividad diaria, en buena parte, gracias al programa OMI. Los profesionales de los consultorios periféricos no han modificado sus agendas a pesar de los intentos realizados. El personal de enfermería y técnico de radiología han conseguido excelentes resultados durante el primer año de implantación del subprograma. La encuesta realizada a la población candidata a beneficiarse de esta mejora aportó datos positivos, tanto por la aceptación como por el impacto en la calidad percibida.

**OBJETIVOS**

La creación de agendas abiertas supone para el profesional ofrecer un mejor servicio al usuario, pero por otra parte, un mayor compromiso. Resulta costoso cambiar la inercia de la forma de acceder a la consulta en aquellos consultorios en que nunca hubo una fragmentación del horario para las diferentes actividades asistencia/es.

El grupo profesional de enfermería implantó la nueva gestión de citas creando nuevas agendas, con lo que se han reducido los tiempos de espera y el número de desplazamientos de los usuarios desde su domicilio para la realización de pruebas complementarias y de técnicas de enfermería.

#### **MESA 4: GESTIÓN DE CALIDAD Y GRUPOS DE MEJORA**

Jueves 17, 11,30 horas, Salón de Actos.

**MODERADOR:** José Ignacio Barrasa - Coordinador de Calidad del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

---

1. ¿Por qué motivos los pacientes no acuden a las consultas de especialidades del hospital?.

Rodrigo P

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

2. Elaboración y desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica y control de la mortalidad hospitalaria. García-Montero JI

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

3. Elaboración de un método para clasificar y analizar las sugerencias de los pacientes.

Arencibia M

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

4. La opinión de los usuarios sobre los servicios de Atención Primaria en Aragón. Encuesta 2003.

García-Orea MA

Dirección Gerencia de Salud.

5. El modelo europeo de excelencia (EFQM), una herramienta para mejorar en el Servicio Aragonés de Salud

García-Aísa JC

Dirección Gerencia de Salud



**¿POR QUÉ MOTIVOS LOS PACIENTES NO ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL?**

**Rodrigo P**, Escribano Mt, Moliner J, Judez D, Ramírez T, Celaya S.  
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

**OBJETIVOS**

Conocer los motivos que los pacientes señalan para no haber acudido a las citas programadas en las consultas del Hospital.

**METODOLOGÍA**

Encuesta telefónica a una muestra de pacientes que no acudieron a su cita en 6 Consultas del hospital: Alergología, Cirugía general, Dermatología, Digestivo, Endocrinología y Oftalmología. La encuesta recogía una clasificación de motivos a partir de trabajos previos y preguntaba por el tipo de consulta (primera o sucesiva, origen desde atención primaria o el hospital) y por trámites realizados (vía de citación, anulación o no de la cita). Las encuestas fueron realizadas por una persona del Servicio de Información y Atención al Paciente, efectuando en caso necesario varias llamadas en horarios distintos. El periodo de estudio, una semana de diciembre del 2002. El análisis consistió en la tabulación de los datos y uso de ji cuadrado para comparar proporciones.

**RESULTADOS**

En el periodo estudiado se programaron 1155 consultas. La tasa de no comparecencia fue de 12,9%. De los 129 pacientes seleccionados para encuestar, 22 (17%) no fueron localizados; 27 casos (21%) respondieron que sí habían acudido a la consulta. Finalmente, la encuesta se completó para 80 pacientes. Los motivos indicados por esos 80 pacientes fueron: El paciente se olvidó o confundió la cita (29%), Imprevistos que no pudo solucionar (28%), Se encontraba demasiado enfermo para acudir o estaba hospitalizado en ese día (13%), Obligaciones familiares/trabajo/niños, estaba de viaje, imposibilidad horaria (13%), No recibió la cita, errores administrativos (13%), y Mejoró su sintomatología o solucionó su problema por otra vía (5%). La cuarta parte de los pacientes anuló su cita, aunque ese hueco no se rellenó con otro paciente. La mayor parte (88%) se citaron directamente en el mostrador de citaciones del hospital, y destaca que en el grupo que se citó por carta o teléfono no se produjeron errores ni olvidos de cita. No se encuentran diferencias en el motivo de anulación según el origen de la consulta, ni si ésta era primera o sucesiva.

**CONCLUSIONES**

La mejora del sistema de información es un requisito para poder monitorizar este problema. El procedimiento de citas por correo o por teléfono parece tener menos errores, además de evitar las actuales filas que soportan los pacientes. Los casos que no acuden por imprevistos, olvidos, u otras obligaciones, pueden indicar algún grado de utilización innecesaria de las consultas, hipótesis que habría que comprobar con otros métodos como el audit clínico

**ELABORACIÓN Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA**

**García-Montero JI**, Rodrigo P, Aibar C, Barrasa I, Moliner J, Ferrer A et al.  
(Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Automatizar la elaboración de informes epidemiológicos de mortalidad hospitalaria a partir del CMBD, que proporcionen datos agregados por variables de interés (servicio, GRD, diagnóstico,...) y que permitan llevar a cabo: comparación con estándares; crear un sistema de alerta y de muertes centinela para focalizar potenciales problemas; realizar un análisis epidemiológico de situación; así como la difusión periódica de resultados a servicios, dirección y Comisión de Mortalidad

**METODOLOGÍA**

El proyecto se estructura en cuatro fases:

- **Fase 1.** Elaboración del modelo de informe de mortalidad a partir del CMBD: selección de variables del CMBD, elaboración de estándares de comparación, etc.
- **Fase 2.** Validación del informe: análisis de los datos de un periodo concreto; evaluación del formato y contenido del mismo; revisión definitiva del sistema de informes.
- **Fase 3.** Difusión periódica de informes y desarrollo de la aplicación informática: con periodicidad trimestral y dirigido a la Comisión de mortalidad, la dirección del hospital, los servicios clínicos y la Intranet del hospital a través del Servicio de Medicina Preventiva.
- **Fase 4.** Evaluación general del sistema y de las mejoras logradas: cuestionario de utilidad a los usuarios, acciones de mejora a las que haya dado lugar, revisión de índices de mortalidad, etc.

**RESULTADOS**

Se ha creado un primer sistema basado en Microsoft Office que a partir del CMBD obtiene los indicadores seleccionados (variables descriptivas y de agregación) para un periodo concreto. Se han realizado los dos primeros informes y a partir de ellos, se ha hecho difusión de tablas generales a todos los servicios por parte de la comisión de Mortalidad; selección de diagnósticos con mortalidad superior a la esperada para contrastar con revisión de epicrisis; así como la inclusión del indicador de mortalidad en los planes de calidad de los servicios. Actualmente se está desarrollando de nueva aplicación en MS Access, más flexible y fácil de usar por cualquier usuario, con incorporación de GRD's centinela y sistemas de ajuste de riesgos (índice de Charlson, GRD's refinados).

**CONCLUSIONES**

El sistema elaborado permite recoger de forma periódica, eficiente y semiautomatizada los datos de mortalidad hospitalaria para su evaluación posterior por la Comisión de Mortalidad y los Servicios Clínicos.

Un mejor aprovechamiento del sistema de información disponible en el hospital puede facilitar la obtención periódica de los datos de mortalidad a partir del CMBD y disponer de datos agregados, detectando variaciones a lo largo del tiempo y permitiendo la comparación con estándares preseleccionados.

**ELABORACIÓN DE UN MÉTODO PARA CLASIFICAR Y ANALIZAR LAS SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES**

Arencibia M, Júdez D, Moliner FJ, Escibano MT.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa").

**OBJETIVOS**

Crear un sistema eficiente para clasificar las sugerencias escritas por los pacientes en la encuesta de satisfacción que se envía después de la estancia en el Hospital.  
Analizar los comentarios de las encuestas recibidas entre junio de 2002 y octubre de 2003.

**METODOLOGÍA**

La encuesta posthospitalización se envía por correo al 10% de los pacientes que han estado ingresados. Este porcentaje de pacientes se elige aleatoriamente a partir del registro de altas hospitalarias. Las sugerencias se obtienen de una pregunta abierta de la encuesta. Inicialmente, cada anotación del paciente se agrupa en tres posibilidades: queja, agradecimiento o sugerencia. Además, por consenso del grupo de trabajo y basado en el método de clasificación de las reclamaciones, los comentarios se agrupan en cuatro categorías: 1) Estructura del hospital, 2) Organización y tiempos de espera, 3) Información y práctica clínica y 4) Atención recibida y trato del personal sanitario, diferenciando códigos específicos dentro de cada una de estas cuatro categorías. El estudio de concordancia consistió en la clasificación por separado del mismo grupo de 122 sugerencias por parte de dos personas del Servicio de Información y Atención al Paciente. Se cuantificó el índice kappa y su significación estadística. Posteriormente se analizaron los comentarios contenidos en las encuestas recibidas durante 15 meses.

**RESULTADOS**

Se seleccionaron aleatoriamente 200 encuestas para realizar el estudio de consistencia de la clasificación, en las que se recogieron 122 comentarios. La concordancia en la clasificación del tipo de sugerencia (queja, sugerencia o agradecimiento) fue evaluada por los dos revisores en 101 casos, con un porcentaje de casos coincidentes de 77,2%, y un índice kappa entre observadores de 0,664 ( $p < 0.0001$ ). En el caso de la concordancia entre categorías se evaluaron 89 casos con un porcentaje de coincidencia de 84,3%, y un índice kappa de 0,782 ( $p < 0.0001$ ). En el posterior análisis de los comentarios, descubrimos que el principal motivo de comentario es el que se refiere al trato recibido por el paciente. Al analizar según el tipo de comentario, en las quejas el más frecuente fue la falta de información, en los agradecimientos el trato recibido y en las sugerencias la comodidad del paciente.

**CONCLUSIONES**

Parece que este sistema de clasificación de las sugerencias de los pacientes es consistente, realizándose de forma similar por observadores diferentes. La codificación de las sugerencias puede facilitar a su vez el análisis de las mismas, para monitorizar cuáles son las necesidades del ciudadano con respecto al sistema sanitario que le atiende.

**LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN. ENCUESTA 2003.**

**García-Orea MA**, García-Aísa JC, Brun A, Garuz R.  
Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza.

**OBJETIVO**

Conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios de atención primaria y sus expectativas prioritarias, con el fin de detectar las principales áreas de mejora.

**METODOLOGÍA**

Se ha utilizado, con mínimas variaciones, el cuestionario aplicado anteriormente por INSALUD en el que se explora el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones medidas en la escala de Lickert, añadiendo una pregunta abierta (*Imagine un centro de salud perfecto, ¿me puede decir tres características del mismo?*). Se diseñó un muestreo bietápico, con los centros de salud como unidades primarias, y estratificado por sector sanitario. Los cuestionarios fueron cumplimentados mediante entrevista personalizada a la salida de los centros. Se realizaron 2.600 entrevistas en 91 puntos de muestreo.

**RESULTADOS**

La valoración media, en la escala 1 a 5, de los principales apartados es: Limpieza y señalización del centro 4,6. Obtención de cita 3,9. Personal administrativo 4,1 a 4,3. Tiempo de espera para entrar en consulta 3,3. Médicos 4,7 a 4,8. Enfermería 4,8. Especialistas 3,9 a 4,2. Atención domiciliaria 4,8. Atención en urgencias 4,5 a 4,6. Satisfacción global 4,5. Las tres características más esperadas de un centro de salud "perfecto" son: accesibilidad, amabilidad y capacitación profesional.

**CONCLUSIONES**

1) En conjunto, los resultados pueden considerarse positivos ya que el 87,3% de los usuarios están satisfechos con la atención recibida. 2) El mayor nivel de satisfacción se produce en relación con el personal, sobre todo enfermería, medicina de familia y pediatría. 3) Los aspectos menos valorados son los relativos a accesibilidad (tiempo de espera para entrar en consulta, llamadas telefónicas para obtener cita, elección de hora de consulta, etc.), especialmente en los sectores con predominio de zonas urbanas. 4) Las expectativas de los usuarios también apuntan, en primer lugar, hacia unos servicios de atención primaria accesibles, con facilidad y agilidad en la obtención de citas, flexibilidad de horarios, y, además, el acceso directo y sin esperas a atención especializada. Es, por tanto, en el área de la accesibilidad donde se detectan las principales oportunidades de mejora. 5) A partir de ahora, sería conveniente mejorar el formato y la metodología aplicada, manteniendo las preguntas que mejor resuman la valoración global de la atención recibida y profundizando en las expectativas prioritarias; también convendría obtener información específica por centro de salud y monitorizar indicadores sensibles con mayor frecuencia.

**EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA (EFQM), UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**

**García-Aísa JC**, Brun A, Garuz R.  
Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza.

**OBJETIVO**

Describir cómo se está empleando en el Servicio Aragonés de Salud (en adelante, SALUD), el modelo de la EFQM y presentar, además, algunos resultados de su utilización

**METODOLOGÍA**

Desde 2002, los Contratos de Gestión de las Direcciones de Atención Primaria y Hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón, contemplan el compromiso de sus Directivos de utilizar la autoevaluación de acuerdo a los criterios del Modelo como herramienta para valorar sus progresos. Lo Dirección del SALUD proporciona formación entre otros aspectos sobre el modelo EFQM. Desde 2003, los Contratos de Gestión, fijan compromisos sobre iniciativas derivadas de las autoevaluaciones y seleccionadas tanto por la Dirección del SALUD, como por cada una de las Direcciones.

**RESULTADOS**

180 personas, han recibido formación sobre las materias mencionadas; 95 obtuvieron acreditación como "evaluadores internos" del Modelo EFQM. Ocho de las 13 Direcciones implicadas en 2002 (61'54%) y 11 de las 22 comprometidas en 2003 (50%), realizaron una primera autoevaluación. Todos identificaron un elevado número de puntos fuertes (una media de 81'75 en 2002 y 160'9 en 2003) y de áreas de mejora (102'38 en 2002 y 177 en 2003). En 2002, en general, no puntuaron los criterios y subcriterios; además, la utilización de la lógica REDER no quedó clara en la mayoría de ellos. En 2003 todas las evaluaciones realizadas aplicaron el esquema y fueron puntuadas. Durante 2003 y 2004, cada Dirección ha diseñado y está ejecutando, proyectos de mejora; propuestos por la Dirección del SALUD o, seleccionados por cada Dirección al priorizar los aspectos identificados, en su autoevaluación, en cada criterio.

**CONCLUSIONES**

1. El Modelo Europeo de Excelencia es una herramienta muy útil para mejorar SALUD. La autoevaluación según sus criterios ha servido para identificar muchos puntos fuertes y áreas a mejorar.
2. Los Contratos de Gestión están suponiendo un buen complemento, al establecer compromisos que las Direcciones deben cumplir. La utilización del Modelo ha supuesto una mayor participación de las Direcciones en la definición de los Contratos, al seleccionar ellas mismas una gran parte de las acciones de mejora emprendidas.
3. Las autoevaluaciones realizadas en 2003 han mejorado respecto al año anterior aspectos metodológicos, como la utilización de la lógica REDER o la puntuación de los criterios. Sin embargo, aunque el ámbito de actuación se amplió en 2003 a casi la totalidad de los centros (a todos en 2004), al igual que en 2002, no todos se autoevaluaron.
4. La autoevaluación no integra, en general, toda la información que es considerada "clave" por los centros y aunque en todos ellos existen personas formadas como "evaluadores internos", puede ser interesante evaluar "externamente" algunos subcriterios.



## **MESA 5: GESTIÓN DE CALIDAD Y GRUPOS DE MEJORA**

Jueves 17, 11,30 horas, aula 105

**MODERADOR:** Julio Coca - Coordinador de Calidad de la Dirección de Atención Primaria de los Sectores I y II de Zaragoza.

---

1. Evaluación interna del proceso de atención al paciente en el Centro de día.

Tarí A

Centro de día Romareda.

2. Incorporación de los servicios de la división de gestión en la gestión de calidad.

Vela ML

Hospital Universitario "Miguel Servet"

3. Plan de calidad de la red española de psiquiatría de enlace y psicósomática.

Sarasola A

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" Servicio de Psicósomática.

4. Calidad de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón.

García-Pardos A

Centro de Rehabilitación Psicosocial Nª Sra. Del Pilar (Zaragoza).

5. Comunicación interna en atención primaria: Opinión de los profesionales y gestores.

Júdez D

Dirección Gerencia de Salud



**EVALUACION INTERNA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE EN EL CENTRO DE DIA.**

**Tari A.**, Pérez M., Giménez R., Bielsa A., Peña I., Carneiro R., Tramullas R. et al.  
(Centro de Día Romareda de Zaragoza.).

**OBJETIVO**

1. Establecer un diagnóstico de la situación asistencial en el Centro de Día por medio de la elaboración de un cuestionario de autoevaluación. Evaluar en qué medida nos acercamos a algunos de los estándares de un programa de rehabilitación ideal.
2. Mejorar nuestro sistema de evaluación de la eficacia de las intervenciones. Garantizar LA PRESENCIA de un sistema autoevaluativo mediante la utilización estructurada de algunos instrumentos de evaluación idóneos que puedan acompañar el recorrido evolutivo.
3. Establecimiento de objetivos consensuados sobre la intervención psicoterapéutica, encuadres de dicha intervención, tipo de intervención, criterios de selección, con la finalidad de establecer más claramente la función del área psicoterapéutica en la cartera de servicios del Centro de Día.

**METODOLOGÍA**

- Utilizamos el ciclo Deming ampliado como metodología estableciendo criterios, indicadores y cuantificándolos a fin de tener una representación cuantitativa del funcionamiento del C. de Día.
- Mediante metodología clínica se realizó una revisión de todos aquellos pacientes de "largo tratamiento" que acudían al dispositivo, dicha revisión fue un material inicial para plantearnos el programa de calidad en relación a la psicoterapia.

**RESULTADOS**

1. Descripción cuantificada sobre el funcionamiento del Centro en lo relativo a la Planificación de la atención. Seguimiento y evolución clínica del paciente y coordinación y continuidad de la atención en los procesos de rehabilitación.
2. Establecimiento de consensos sobre instrumentos de evaluación consensuados por el equipo y su incorporación en el protocolo asistencial.
3. Mejora de la evaluación de los pacientes y de los procesos asistenciales en el dispositivo. Sentar las bases de un proceso de mejora de las intervenciones basada en los resultados de la eficacia de éstas.
4. Elaboración de un documento fruto de la revisión clínica: "Detección de necesidades psicoterapéuticas de pacientes de largo tratamiento en Centro de Día".

**CONCLUSIONES**

1. Para orientarnos inicialmente, utilizamos una ampliación del ciclo Deming utilizado por la Fundación Avedis Donabedian de Cataluña.
2. Desarrollamos un aprendizaje al menos parcial del lenguaje y metodología de los P.M. de Calidad.
3. Como aportaciones de la autoevaluación:
  - 3.1. Nos ha servido para identificar áreas de mejora evaluadas cuantitativamente.
  - 3.2. Ha aportado un conjunto de indicadores para la gestión.
  - 3.3. Hemos mejorado el conocimiento del dispositivo, detectando la ausencia de indicadores en aspectos clave para la gestión.

**INCORPORACION DE LOS SERVICIOS DE LA DIVISION DE GESTIÓN EN LA GESTION DE CALIDAD**

**Vela ML**, García JR, Jiménez-Bea, L, Carroquino, M, Noeno, LM.  
Hospital Universitario "Miguel Servet".

**OBJETIVO**

Puesta en marcha de grupos de mejora en todos los servicios no asistenciales

- Nombrar un responsable de calidad en cada uno de los 9 servicios de la división de gestión
- Constitución de grupos de mejora en cada servicio
- Inclusión de los objetivos de calidad en Contrato de Gestión del Servicio
- Elaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio (PGC)

**METODOLOGÍA**

En el año 2002 se realizan contratos de gestión con todos los servicios de la división de gestión y servicios generales, donde se incluyen los objetivos de calidad, enfocados principalmente a la realización de protocolos, detección y priorización de áreas de mejora. En los Contratos de Gestión del 2003, se incluye la monitorización de indicadores del servicio.

Partiendo del trabajado elaborado por los servicios en el plan estratégico del Hospital y de la experiencia acumulada con los grupos de mejora de los servicios clínicos, se realiza la planificación para constituir grupos de mejora y responsables de calidad, así como la elaboración de Reglamento Interno de funcionamiento del grupo de mejora.

Se diseña plan de formación en calidad, para los componentes de los grupos de mejora, con contenido teórico-práctico encaminada a facilitar conceptos e instrumentos de calidad y facilitar la elaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio

En el primer semestre del 2004 se está continuando la formación personal de la División de Gestión y que forman parte de grupos de mejora de los Servicios

**RESULTADOS**

A lo largo del 2002-2003 los nueve Servicios de Gestión cuentan con grupos de mejora formalmente constituidos, con responsable de calidad nombrado desde la Dirección Gerencia. Todos los grupos han detectado y priorizado las áreas de mejora de sus servicios, y a lo largo del 2003 finalizarán la elaboración del PGC del servicio.

Todos los responsables de calidad de los servicios de gestión han recibido formación en calidad, y están formando parte del proceso de autoevaluación del hospital. Así mismo son los motores para la implantación de Sistemas de Calidad (ISO 9000)

**CONCLUSIONES**

Todos los Servicios de Gestión cuentan con áreas de mejora planificadas, están desarrollando procedimientos protocolizados, y objetivos para monitorizar indicadores de calidad de sus correspondientes servicios. La formación en calidad en el hospital ha recibido un importante impulso con el diseño de varias líneas formativas y con la participación de profesionales del área de Gestión.

**PLAN DE CALIDAD DE LA RED ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y PSICOSOMÁTICA**

Sarasola A, Lobo A, Saz P. Marcos G. y Grupo REPEP.

(Servicio de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Desde el Servicio de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y a través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, se está coordinando la Red REPEP de investigación sobre Comorbilidad depresiva en pacientes hospitalizados y seguidos en atención primaria (FISs G03/128 - Redes Investigación) en el que participan 11 hospitales españoles.

Se ha elaborado un Plan de Calidad que pretende garantizar la Calidad Técnica del trabajo científico realizado por la RED, así como incorporar una dinámica de participación activa, de sistematización de la actividad, de evaluación y de mejora continua

**METODOLOGÍA**

Establecimiento de las Fases del Plan de Calidad:

Definición y consenso de la : Misión, Visión, y valores de la Red así como de los indicadores de evaluación

Plan: Objetivos , contenidos, niveles de responsabilidad y aspectos organizativos.

Programa: Desarrollo y evaluación de objetivos siguiendo el ciclo de mejora continua

**RESULTADOS**

Los datos más relevantes relativos a los indicadores de resultados establecidos por la Red son los que siguen:

-Reconocimiento del trabajo científico: 3 premios.

-Formación: 24 investigadores en Cursos de Doctorado, 23 Tesis Doctorales en preparación, 1 Tesis Doctoral completada.

-Actividades de cooperación: preparación y adaptación de 9 instrumentos, diseño de un nuevo instrumento, cooperación con al menos 20 servicios médicos, diseño de un formato de consentimiento informado.

-Actividades de difusión: 37 comunicaciones orales a congresos, 11 artículos publicados en revistas, 8 capítulos publicados en libros, 1 libro publicado.

**CONCLUSIONES**

1.- Se están alcanzando los objetivos propuestos.

2.- En base al trabajo realizado, el Instituto de Salud Carlos III ha decidido favorecer la continuidad y financiar el trabajo de la Red.

3.- El trabajo que se está llevando a cabo está estableciendo las bases para posteriores estudios de intervención en Psiquiatría de Enlace y Psicopatología.

**CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN**

**García Pardos A**, Colomer Simón A, Benedí Sanz, L, Granada López JM, Fidalgo Abadías E, Morales Rozas B, "et al"  
(Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. Del Pilar de Zaragoza.).

**OBJETIVO**

Mejorar la continuidad de la atención que se presta a las personas con T.M.G. que ingresan en las UCE de psiquiatría tras el alta.  
Aumentar la capacidad de contención del núcleo familiar de pertenencia.  
Generar un modelo de grupos de auto - ayuda dirigidos a familiares de enfermos con TMG disponible desde la enfermera del CSM  
Consensuar criterios de inclusión al programa de pacientes con TMG  
Desarrollar un programa de "preparación al alta" desde las UCE de los HH. Generales en colaboración con la Enfermera del CSM

**METODOLOGÍA**

Grupo de consenso para establecer criterios de inclusión como T.M.G.  
En dos Unidades de Agudos de Psiquiatría de dos Hospitales Generales se va a seleccionar sistemáticamente a los pacientes que cumplan los criterios T.M.G. consensuados  
A partir de esta selección, se estudiará la composición del "núcleo de pertenencia" concepto que amplía el de familia al incluir una reflexión en torno al o a los principales cuidadores  
Previo consentimiento se pondrá en marcha un espacio de aproximadamente 11 sesiones con un grupo de "familiares" de estos pacientes en cada una de las Unidades de Corta Estancia seleccionadas y basados en problemas de cuidados cotidianos  
Estos grupos de autoayuda serán coordinados por enfermeras de la UCE y del CSM de los pacientes actuando en equipo  
Se pretende concluir si son efectivos y por tanto pueden ofertarse en las carteras de servicios desde los CSM en coordinación con la UCE correspondiente  
Dos días antes del alta del grupo de pacientes seleccionados como T.M.G en cada una de las UCE se establecerá un sistema de preparación al alta con la presencia de la enfermera de su CSM donde el paciente acordará compromisos reflejados en su agenda de cuidados  
Se establecerán indicadores y su nivel de cumplimiento desde octubre de 2004 a diciembre de 2005

**RESULTADOS**

Se ha adaptado la "Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón en dos Unidades de Corta Estancia"  
Se ha consolidado un informe al alta de cuidados de enfermería para el 100% de los pacientes dados de alta de dos Unidades de Corta Estancia.  
Se ha evaluado el nivel de implantación de la "Guía" en diferentes servicios de Salud Mental  
Creemos que la oferta de Grupos de autoayuda para familiares de enfermos usuarios de UCE de los Hospitales generales que responden a perfiles de T.M.G mejorará en general la vinculación a la red de salud mental y favorecerá la continuidad de cuidados si las enfermeras de los CSM aplican una parte de su tiempo en la "repesca" de los pacientes con T.M.G. cuando necesitan ingresar en UCE antes de su alta mediante un programa de preparación al alta

**CONCLUSIONES**

Coherente con objetivos delimitados por el actual "Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental en Aragón", el principal foco de interés los constituyen las personas con TMG y el desarrollo de cuidados comunitarios junto al soporte y ayuda a sus familias para que puedan vivir en su medio habitual. El desarrollo de ofertas de cuidados en el ámbito comunitario constituye la prioridad de los esfuerzos de la enfermería de Salud Mental

**COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES Y GESTORES**

**Judez D**, Cisneros A, Garuz R, Aller A, Andreu M, Enriquez N, Rodriguezm, Sanchez R, Serrano D, Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza.

**OBJETIVOS**

Conocer el estado actual de la Comunicación interna percibida por los profesionales y gestores de Atención Primaria.  
Conocer posibles estrategias futuras de mejora de la comunicación interna

**METODOLOGÍA**

Quantitativa: un estudio descriptivo transversal realizado a finales del año 2003 en el ámbito de la Atención Primaria (Centros de Salud, Gerencias de Atención Primaria y Dirección Gerencia del Salud). La información se obtuvo a través de un cuestionario previamente validado de Clima, Cultura y Comunicación Interna, que incluía un apartado específico sobre Comunicación Interna. Este cuestionario se administró a una muestra de 1800 personas que representaba a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Aragón.  
Metodología cualitativa: con 13 entrevistas semiestructuradas y 4 grupos de discusión, observación participante de tableros de anuncios de 8 centros de salud.

**RESULTADOS**

Los profesionales de Atención Primaria no están satisfechos con el actual sistema de comunicación interna, manifiestan su desconocimiento de las nuevas estructuras en el Salud, de las estrategias organizacionales. La opinión sobre la información que recibe el profesional sobre el centro de trabajo es significativamente mayor (tanto en abundancia, claridad, periodicidad, credibilidad, puntualidad y formalidad) en los trabajadores que están satisfechos con su trabajo, los que participan en las decisiones que afectan a su trabajo y los que creen que merece la pena esforzarse en su trabajo. Los gestores reconocen que el actual sistema es mejorable y que la estructura actual del Salud en Sectores puede ser una oportunidad para mejorar la Comunicación Interna

**CONCLUSIONES**

Ante los resultados de esta auditoría interna será importante establecer un plan de comunicación que permita ordenar la Comunicación dentro de la Institución.  
La generación de nuevos canales de comunicación más participativa, el establecer un sistema de feedback informativo y la puesta en marcha de visitas periódicas a las distintas estructuras, para reuniones informativas, de coordinación que favorezcan la comunicación "cara a cara" servirá para que los profesionales se sientan "más escuchados".



## **MESA 6: EXPERIENCIAS DE CALIDAD**

Jueves 17, 11,30 horas, aula 115

**MODERADOR:** Juan Carlos Carrión - Coordinador de Calidad del Hospital de Barbastro

---

1. La inadaptabilidad como signo de trastorno mental en reclusos.

Arroyo JM

Centro Penitenciario de Zaragoza

2. Estudio de gestión. Estudio comparativo ADEQHOS/AEP

Sancho C

Hospital Universitario "Miguel Servet"

3. Programa de educación para la salud en personas afectas de patología de raquis.

Domínguez MJ

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

4. Programa de formación en salud sexual y reproductiva para mujeres inmigrantes de Zaragoza

Tajada M

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

5. Detección y asistencia al riesgo social en el hospital de Barbastro: Características poblacionales

González M

Hospital de Barbastro



## LA INADAPTABILIDAD COMO SIGNO DE TRASTORNO MENTAL EN RECLUSOS

**Arroyo JM**, Ortega E.  
Centro Penitenciario de Zaragoza, Servicio Médico.

### **OBJETIVOS**

En este trabajo se establece una conexión entre el consumo de psicofármacos, y la conducta inadaptada en una muestra de reclusos. La hipótesis que se pretende investigar es que una parte de la inadaptabilidad de los reclusos es debida a la presencia de trastornos mentales, en concreto Trastornos de Personalidad (TP).

### **METODOLOGÍA**

Se ha establecido la prevalencia de consumos de psicofármacos en una muestra de 520 internos, relacionando este consumo con el grado de inadaptabilidad conductual de estos internos en la prisión, medida por una escala de 8 indicadores. Se estableció una correlación directa entre consumo de psicofármacos e inadaptabilidad, que resultó casi perfecta ( $P=0.89$ ).

Para explorar el efecto de la variable toxicomanía en esta correlación, se realizó un modelo de regresión lineal, entre INADAPTABILIDAD como variable explicada y como variables explicativas los psicofármacos más consumidos añadiendo una variable asociada a la toxicomanía: estar en programa de mantenimiento con metadona. Los resultados mostraron un ajuste perfecto del modelo ( $R=1$ ) solamente con las variables de los cuatro psicofármacos más consumidos en nuestro estudio: BENZODIAZEPINAS DE ACCIÓN CORTA, BENZODIAZEPINAS DE ACCION LARGA, ANTIDEPRESIVOS e HIPNÓTICOS.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

El modelo indica que a mayores consumos de psicofármacos se corresponde mayor grado de inadaptabilidad conductual independientemente de la presencia de toxicomanía. El TP muchas veces asociado a toxicomanía en la cárcel, se diagnostica poco y se tiene en cuenta menos al abordar el manejo de estos pacientes en prisión. La evidencia de que hay una relación directa entre consumos de psicofármacos y conducta inadaptada, hace pensar en que parte del sufrimiento psíquico que señala esta necesidad de farmacoterapia, está en relación con un comportamiento inadaptado como síntoma.

**ESTUDIO DE GESTIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO ADEQHOS-AEP.**

**Sancho Serrano C.,** Gil Martínez P., Carela Espín J., Mallen Mateo E., García de Jalón Martínez A., Rioja Sanz L.A.  
(Hospital Universitario “Miguel Servet” de Zaragoza).

**OBJETIVOS**

Conocer el porcentaje de estancias hospitalarias inadecuadas según los criterios de AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) y Adeqhos; y realizar un estudio comparativo entre ambos métodos en el Servicio de Urología de un hospital del Grupo 4.

**METODOLOGÍA**

Durante el mes de diciembre 2003 se realizó un estudio de los enfermos ingresados más de 24 horas en nuestro Servicio, La estancia hospitalaria se califica como inadecuada cuando no se cumple ningún criterio de los establecidos en ambos métodos que justifican la hospitalización. Se considera adecuada cuando se cumple al menos 1 criterio.

*Estudio longitudinal de AEP.*

Nº pacientes	Edad media	Estancia Media	Varones/Mujeres	Inadecuación	
				Pacientes	Algún día inadecuado: 26,1% pacientes (17/65).
65	63 (22-87)	11,6 días (2-89).	73,4% (58)/26,5% (21)	Días	6,8% (48/700)

*2 Estudio longitudinal de Adeqhos.*

Nº pacientes	Edad media	Estancia Media	Varones/Mujeres	Inadecuación	
				Pacientes	Algún día inadecuado: 35,3% pacientes (23/65).
65	63 (22-87)	11,6 días (2-89).	73,4% (58)/26,5% (21)	Días	8,2% (58/700)

*3. Estudio de correlación entre ambos métodos de observación.*

Valor estadístico kappa (Cohen): 0,714 (Buena correlación). Valor de T: 5,8; Error típico: 0,09. Significación: 0.

4. Según Adeqhos, la causa más frecuente de estancia inadecuada fue: problemas con el paciente y la familia( 20/58), seguido de problemas con las pruebas diagnósticas( 15/58), falta de cuidados alternativos 15/20), responsabilidad del médico. Siendo similares causas y porcentajes en AEP

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

En el estudio longitudinal de AEP, 26,1% de los pacientes presentaron algún día inadecuado de estancia, siendo 35,3% en el estudio Adeqhos. Globalmente, el 6,8% de los días de ingreso hospitalario fueron inadecuados, ocurriendo el 8,2% en el Adeqhos.

El sistema Adeqhos puede ser un método útil y más sencillo de realizar; es aplicable en la práctica clínica (con una concordancia entre ambos buena: 0,714).

Además de cómo método de información de parámetros de calidad, ambos métodos son muy importantes y válidos como herramientas de mejora de calidad, conociendo y atacando las causas que afectan al propio servicio y trabajando conjuntamente con otros servicios: Unidad de valoración sociosanitaria

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PERSONAS AFECTAS DE PATOLOGÍA DE RAQUIS.**

Alegre P; Altarribas E; Chillida C; De Miguel AC; Domínguez MJ.  
(Unidad de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Durante los últimos años se ha observado un aumento del número de personas afectas de patología de raquis, fundamentalmente del número de hernias discales. El número de ingresos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" por patología de raquis en el último año ha sido de 149 personas. Esto, añadido a la demanda de los pacientes sobre cuidados que mejorasen su calidad de vida crea la necesidad entre los profesionales de enfermería de elaborar un programa de Educación para la Salud a las personas afectas de hernia discal, dicho programa proporciona a las personas información y educación sobre cuidados enfermeros relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD).

Objetivo General. Implantar un programa de Educación para la Salud a personas afectas de hernia lumbar en la unidad de neurocirugía del HCU de Zaragoza.

Objetivo Específico. Adquirir conocimientos en cuidados relacionados con las AVD.

**METODOLOGÍA**

Se reunió un grupo del equipo de enfermería (6) de la Unidad de Neurocirugía, un fisioterapeuta y la coordinadora de calidad de para la elaboración y diseño del programa de EpS, planificando las siguientes fases de desarrollo del programa:

1ª Fase. Valoración de los conocimientos del paciente al ingreso

2ª Fase. Educación para la Salud individual. La enfermera instruye a la persona de forma individual sobre ejercicios de movilización y hábitos que le faciliten adaptación a su proceso.

3ª Fase. Educación para la Salud en grupos. La enfermera instruye a las personas en grupos facilitando la participación de los pacientes.

4ª Fase. Valoración/Evaluación al alta del paciente. La enfermera evalúa los conocimientos que los conocimientos adquiridos tras el programa de EpS y entrega un tríptico educativo .

**RESULTADOS**

- El número total de personas ingresadas del 31 de Enero del 2003 al 31 de enero del 2004 ha sido de 149 pacientes.
- Se han realizado una de media dos sesiones de EpS grupal al mes (jueves a las 13.30h)
- La media de personas que han asistido por sesión grupal de EpS han sido 9.
- El número total de personas que han asistido, en el mismo periodo, han sido 257 (pacientes, familiares)

**CONCLUSIONES**

Se ha implantado de forma sistemática en la unidad de neurocirugía del HCU de Zaragoza un programa de EpS a personas afectas de patologías de raquis. Observándose un aumento de conocimientos relacionados con los cuidados necesarios para la realización de las AVD de las personas afectas en la citada patología. Finalmente, se ha observado un aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los cuidados que reciben y satisfacción de los profesionales en relación a los resultados obtenidos.

**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MUJERES INMIGRANTES DE ZARAGOZA**

**Tajada M**, Carazo B, Ornat L, Orós D, Carreras V, Fabre E.  
(Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

**OBJETIVO**

Mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de nuestro Área de Salud.

Incorporar a mediadores inmigrantes en las tareas de formación y difusión de temas sanitarios en sus propias comunidades.

**METODOLOGÍA**

1. Diseño y realización de encuestas dirigidas a la población inmigrante.
2. Formación de mediadoras inmigrantes en temas específicos de salud sexual y reproductiva.
3. Realización de talleres dirigidos por estos mediadores y supervisados por profesionales sanitarios del equipo de mejora y voluntarios de Médicos del Mundo Aragón en diversas asociaciones que trabajan con población
4. Diseño y difusión de material informativo de los temas tratados en los talleres de formación para difundir posteriormente entre la población diana.

**RESULTADOS**

1. Se ha entrevistado a todas las mujeres extranjeras a las que se ha atendido el parto en el HCU de Zaragoza
2. Se ha formado a 3 mediadoras en los siguientes campos: planificación familiar, control prenatal, cuidados del recién nacido, uso adecuado del sistema nacional de salud y prevención de la mutilación genital femenina.
3. Las mediadoras han impartido los talleres en diversos foros y asociaciones.
4. Se ha diseñado un cuaderno de control prenatal y están realizándose los cuadernos de cuidados del recién nacido y de control del embarazo.

**CONCLUSIONES**

La percepción subjetiva de la mejora de la calidad de asistencia en este grupo de población es muy alentadora, aunque hasta que no se hayan editado y difundido los primeros cuadernos entre la población es precipitado hacer una valoración completa del proyecto.

El trabajo cercano y continuado con comunidades inmigrantes donde la práctica de la mutilación genital femenina es habitual nos ha permitido el abordaje de estos temas en un entorno de proximidad y confianza. En esta línea se pretende informar de los efectos desfavorables de dicha costumbre y dotar a las mujeres (y hombres) ya concienciados de su perversidad, de instrumentos que les permitan combatirla tanto aquí como en su país de origen.

**DETECCIÓN Y ASISTENCIA AL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES**

**González González M**, Coll Clavero, Juan,  
Hospital de Barbastro, Huesca.

**OBJETIVO**

- Desarrollar una metodología de trabajo en equipo, que garantice la atención integral de todos los pacientes que se encuentren en una situación de riesgo social .
- Analizar las características de la demanda detectada con Riesgo Social

**METODOLOGÍA**

- Diseño de un Programa Informático de Detección de Riesgo Social, integrado en el sistema de información hospitalario y conectado con todos los ordenadores del hospital
- Identificación de Factores de Riesgo Social, realizada preferentemente por el personal de enfermería en función de la tipología de pacientes establecida y susceptibles de valoración social.
- Diagnóstico Social y Valoración de Recursos, realizado por el Sº de Trabajo Social, tras la recepción de la demanda informatizada de R.S.
- Diseño para la recogida de datos: Se realiza un estudio exhaustivo de naturaleza descriptiva. Estadísticamente se procede a un análisis descriptivo básico de cada una de las variables.

**RESULTADOS**

- Inicio del programa: Febrero de 2003, con la incorporación del Sº de Trabajo Social
- Período de recogida de datos: de Febrero de 2003 a Enero de 2004
- Nº de Ingresos Hospitalarios en este período: 6.725
- Población Total de Sector de Salud: 104.276 Habitantes
- Casos de R.S. Detectados y Atendidos, en números absolutos: 320

Recursos del Programa:

- Equipamiento Informático
- Personales: Personal de enfermería y/o facultativo, del Servicio Informático y T. Social

Características Poblacionales de pacientes detectados con R.S. por Hospitalización:

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| * Alertador de Riesgo Social | * Demanda de R.S. por Servicio           |
| * Tasa de Alerta Agrupada    | * Edad Media de Clasificación Codificada |
| * Demanda de R.S. por Sexo   | * Demanda de R.S. por Zona de Salud      |

**CONCLUSIONES**

1. En cuanto a la implantación del Programa de R. Social:

La incorporación del Área Social al conjunto hospitalario supone estimular a los distintos profesionales con el objetivo de ofrecer una asistencia de mayor calidad a los pacientes ingresados, favoreciendo situaciones de atención precoz e integral, superando la dimensión puramente clínica.

2. En cuanto al Análisis del Funcionamiento:

En el primer año la tasa de alerta de R.S. por U. de enfermería ha sido del 40%. Aporta una medida sobre el grado de utilización del programa por parte del personal sanitario y proporciona una valoración sobre su efectividad.

3. En cuanto al Análisis Poblacional:

- Se ha detectado una población envejecida y con nivel de dependencia
- Se ha detectado el 5% de Riesgo Social en los ingresos por hospitalización
- La demanda se ha repartido al 50% entre hombres y mujeres



## **MESA 7: EXPERIENCIAS DE CALIDAD**

Jueves 17, 15,30 horas, Salón de Actos

**MODERADOR:** Ana Aller - Coordinadora de Calidad de la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca.

---

1. Adecuación en la petición de pruebas analíticas en el paciente dislipémico. Estudio de utilización.  
Gil A  
E.A.P. Calamocho
2. Proyecto para mejorar la revisión del pie diabético en la consulta de enfermería de las áreas 2 y 5 de Zaragoza  
Lozano ML  
E.A.P. Las Fuentes Norte
3. Mejora de la calidad de la espirometría en el centro de salud perpetuo socorro de Huesca.  
López-Cortés V  
E.A.P. Perpetuo Socorro
4. Diagnóstico y tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo en el medio rural.  
González A  
E.A.P. Sádaba
5. Mejora de calidad en la evaluación del riesgos cardiovascular  
Gómez R  
E.A.P. Teruel Rural
6. Variabilidad de la práctica médica en la prescripción de fármacos antiulceroso en cupos pequeños  
Elfau M  
D.A.P. Sector Teruel
7. Estudio del impacto sobre la Hba1c de un programa de mejora continua de la calidad de los diabéticos del centro de salud de Mora de Rubielos. Teruel  
Mora D  
E.A.P. Mora de Rubielos
8. Reevaluación de la cobertura vacunal en el CS Cariñena (1993-2003)  
Oto A  
E.A.P. Cariñena



**ADECUACIÓN EN LA PETICIÓN DE PRUEBAS ANALÍTICAS EN EL PACIENTE DISLIPÉMICO. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN**

**Gil Domingo A**, Jimenez Marín E, Navarro Gonzalvo C, Sebastián Garcia R, Tartaj Tomás JL, et al.  
Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Calamocha.

**OBJETIVOS**

- 1.- Uso adecuado de recursos humanos y materiales.
- 2.- Mejorar protocolo de inclusión y seguimiento del paciente dislipémico.
- 3.- Disminuir la frecuentación innecesaria en la consulta diaria.
- 4.- Disminuir la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular.
- 5.- Mentalizar al paciente sobre este y otros factores de riesgo cardiovascular.

**METODOLOGÍA**

Recogida por los compañeros de los siguientes datos:  
Historia Clínica, Sexo, número de análisis últimos 5 años, números de factores de riesgo, cardiopatía isquémica: si/no, control: si/no Elaboración de criterios.  
Evaluación de criterios. Diseño de intervención.  
Implantación del diseño de intervención.  
Reevaluación.

**RESULTADOS**

N° de dislipémicos: 745.  
Historias evaluadas: 117.  
Total pacientes: 15,97%.  
Tratados con dieta: 42,01 %.  
Tratados solo con fármacos: 1,68%.  
Con ambos tratamientos: 56,30%.  
Controlados: 50,42%.  
No controlados 48,73%.  
Mal incluidos: 1,68%.  
N° de análisis: Con 0: el 0,84%; con 1: el 6,72%; con 2: el 10,92%; con 3: 13,44%; con 4: el 15,96%; con 5: el 16,80%; con 6: 15,96%; con 7: 10,92%; con 8: el 1,68%; con 9: 0,84%; con 10: 3,36%.

**CONCLUSIONES**

Mejor seguimiento del enfermo dislipémico.  
Utilización mejor de los recursos; (Ejem: Utilizar análisis de especialista en Intralab).  
Tratamiento mas adecuado y consensuado por todo el Equipo.  
Mayor interés por el tema.  
Profundización y ampliación de otros aspectos sobre el mismo tema.

**PROYECTO PARA MEJORAR LA REVISIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LAS ÁREAS 2 Y 5 DE ZARAGOZA**

Lozano ML, Armalé MJ, Martes C, Risco C, Martín JI.  
Equipo de Atención Primaria “Las Fuentes Norte”, Zaragoza.

**OBJETIVO**

Actualizar y mejorar conocimientos y habilidades sobre la detección de pie de riesgo y “como educar en el autocuidado” en los pacientes diabéticos que son atendidos por los profesionales de enfermería de las áreas 2 y 5 de Zaragoza.

**METODOLOGÍA**

Intervención educativa, donde la población objeto fueron todos los profesionales de enfermería del área 2 y 5 de Zaragoza, que trabajan con pacientes diabéticos. Evaluación pre y post intervención a partir de una muestra obtenida de la población de pacientes diabéticos registrados en el área sanitaria, después de un año de la intervención.

**RESULTADOS**

Hay mejoría en las respuestas de la segunda encuesta con respecto de la primera con diferencias significativas para  $p < 0.005$ . El grado de satisfacción de los asistentes a las charlas supera el 90%. En la revisión de historias se puede ver como un 20.5% más después de la intervención revisan los pies, el 14.8% más palpan pulsos, el 9.5% más realizan doppler, el 14.6% más miran la sensibilidad con diapasón, el 15.2% más miran la sensibilidad térmica, el 14.6% más con monofilamento y el 16% más los reflejos aquileos, en todos los casos las diferencias son significativas. Se constató como el 47% no hacen revisión visual de los pies, el 57.9% no palpa pulsos, el 82.3% no realiza doppler, el 72.1% no mira la sensibilidad con diapasón, el 70.3% no mira la sensibilidad térmica, el 71.4% no la mira con monofilamento y el 69.8% no explora los reflejos aquileos. En el 27.8% de las historias se refleja la pregunta de cuando y como compra el calzado, en el 40.2% consta que recibe información sobre como revisar los pies, en el 30.8% que se entrega documentación escrita sobre cuidados de pies y en el 16.1% que han recibido educación grupal. No hay diferencias significativas entre centros de salud rurales y urbanos. No hay diferencias significativas entre grupos de edades.

**CONCLUSIONES**

El presente estudio refleja la situación existente en nuestro área de salud, sobre la revisión de pies a pacientes diabéticos. En los resultados de conocimientos anteriores y posteriores a la intervención educativa, podemos observar la mejoría significativa de los mismos. Aunque hay diferencias significativas en la revisión de pie diabético después de la intervención educativa, el porcentaje de pacientes que continúan sin ser revisados es muy alto. Cuando son revisadas las historias queda patente que invertimos mucho tiempo en el tema de la alimentación, dejando de lado otros aspectos de los pacientes diabéticos de gran importancia. Sería necesario programar las intervenciones educativas de enfermería en cada consulta. Hay una gran diferencia entre lo que dicen los profesionales que hacen en la consulta y lo que hay reflejado en las historias, por lo que o no se hace o no se anota. En la mayoría de los Centros de Salud no hay material para hacer las revisiones de pies, tema de gran importancia que debería de ser subsanado por suministros a la mayor brevedad.

## MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ESPIROMETRIA EN EL CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO DE HUESCA.

López Cortés V, Aller Blanco A, Pardo Gracia MA, Martín Soria C, Grimal C, Gimeno R.  
Equipo de Atención Primaria "Perpetuo Socorro", Huesca.

### OBJETIVO

1. Correcta utilización de la técnica de la espirometría como prueba de función pulmonar indispensable en Atención Primaria para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con patología pulmonar.
2. Correcta interpretación de los resultados de la prueba por parte de todos los profesionales del equipo

### METODOLOGÍA

Se trata de una evaluación retrospectiva de las espirometrías realizadas en el CS Perpetuo Socorro. El estudio se realizó en Septiembre de 2002. Se han cogido los pacientes incluidos en el servicio de atención a pacientes crónicos EPOC que tenían una Espirometría realizada en el centro. La muestra elegida fueron de 50 casos elegidos de forma aleatoria ( $\alpha=0,95$ ;  $e=0,13$ ). La fuente de datos han sido las historias Clínicas de estos pacientes. El tipo de datos :estructura, proceso y resultados.

### RESULTADOS

El tipo de organización de realización de la prueba en nuestro centro, cada enfermera se encarga de hacer la espirometrías de cada cupo explica una falta de horario específico para la prueba. Tampoco se registraba la calibración ni la limpieza del espirómetro. En cuanto a los criterios evaluados en la historia (Tabla1) la mayoría de los incumplimientos se centraban a la hora de clasificar la prueba tanto en la alteración funcional como en el grado. Como efectos indirectos se detectaron dos puntos de mejora :primero disminución de la periodicidad de la espirometría para el seguimiento de estos pacientes (tiempo medio obtenido 5, 42 años con una DE 3,7) y segundo mejora del registro de pacientes, distinguiendo entre pacientes con EPOC y pacientes con asma

Tabla1

Criterio	% cumplimiento	IC 95%
Prueba de broncodilatación	22	± 11,5
Comienzo satisfactorio de la curva	70	± 12,7
Tiempo espiratorio máximo	88	± 9,0
Curva sin interrupciones	64	± 13,3
Curvas reproducibles	49	± 14,0
Clasificación de la alteración funcional	28	± 12,4
Clasificación del grado de la alteración funcional	18	± 10,6
Prueba broncodilatadora comentada	10	± 8,3

-Puntos de mejora .

-Puesta en marcha de talleres de formación para medicina y enfermería con el objeto de mejorar la técnica e interpretación de la prueba.

-Propuestas de mejora de estructura, proceso y resultado

-Elaboración de hoja de registro de calibración y limpieza.

-Elaboración de una hoja de recomendaciones al paciente antes de la prueba. -

-Elaboración de una hoja de registro de la espirometría en la historia

### CONCLUSIONES

1. Gran aceptación por parte del Equipo que tras los talleres de formación se ha iniciado las mejoras antes propuestas, el próximo mes esta planificada realizar la reevaluación del proyecto.
2. Este proyecto ha servido como guía para iniciar talleres de formación en otros Centros de Salud de nuestra Área.
3. La informatización de nuestro Centro creemos que ha ayudado a la mejora del registro en historia clínica, se verá el impacto en la reevaluación.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN EL MEDIO RURAL**

**González A**, Pérez T, Laborda Ch, Navarro G, Suñer S, Monje P.  
Equipo de Atención Primaria de Sádaba, Zaragoza.

**OBJETIVO**

Estudio de la prevalencia y detección precoz de pacientes mayores de 75 años con deterioro cognitivo. Diagnóstico y estudio protocolizado y consensuado con Atención Especializada. Mejora de la accesibilidad a la Atención Especializada. Mejora de las actividades de psicoestimulación en el medio rural. Implicación y apoyo de las corporaciones locales e instituciones sociales en el tema.

**METODOLOGÍA**

Selección aleatoria de los pacientes a estudiar. Estudio de cada uno de ellos mediante test de Pfeizer, escala de Lawton y Brody, Barber, Barthel e índice de Katz, para definir un posible "caso", se prosigue con un MEC, estudio de la fluidez verbal y TIN para el familiar, historia completa, exploración física y pruebas analíticas. Se diseña un protocolo consensuado con el Servicio de Neurología, mediante el cual se deriva al paciente para la practica del TAC directamente desde el Centro de Salud, con posterioridad se deriva al paciente, con todas las pruebas realizadas, a la consulta de Neurología. Toma de contacto con los ayuntamientos y asociaciones ciudadanas. Se realizan talleres de psicoestimulación en el Centro de Salud, impartidos por una terapeuta ocupacional. Se dan charlas informativas para la comunidad.

**RESULTADOS**

Se estudia mediante test una muestra de 57 personas mayores de 75 años, de los cuales 23 (40%) cumplían los criterios de estudio, se derivaron a 13 pacientes confirmandose el diagnóstico en todos ellos. Se han realizado en el CS talleres de psicoestimulación para dos grupos separados por sus puntuaciones en el MEC, a los que acudieron 11 pacientes. Se llevan a cabo charlas informativas y talleres por parte de una terapeuta ocupacional en dos poblaciones de la zona. Se informa al Consejo de Salud de las actividades realizadas y planes futuros.

**CONCLUSIONES**

La actividad se lleva a cabo por todo el equipo del Centro de Salud. Se ha conseguido disminuir el tiempo invertido para el diagnóstico de estos pacientes y se logra un número menor de falsos positivos. Se consigue descongestionar las consultas de neurología. Hemos disminuido el número de viajes de los pacientes para su diagnóstico y plan terapéutico. Se consigue un aumento de la sensibilidad e implicación de la sociedad en el tema y por supuesto de los profesionales sanitarios. Se crea una sistemática de trabajo que mejora las posibilidades de diagnóstico y terapia.

## MEJORA DE CALIDAD EN LA EVALUACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

**Gómez R, Navarrete A.**

Equipo de Atención Primaria "Teruel Rural", Teruel..

### **OBJETIVO**

Valoración del riesgo coronario a todos los pacientes que cumplan criterios diagnósticos de HTA, DM o Hipercolesterolemia de Cartera de Servicios 2001.

### **METODOLOGÍA**

Estudio observacional descriptivo transversal del riesgo cardiovascular mediante la *"Tabla de Riesgo Coronario e prevención primaria de las Sociedades Europeas de Cardiología, Arterioesclerosis, Hipertensión y Medicina de Familia/General"*, de los pacientes que cumplan criterios diagnósticos de HTA, DM o Hipercolesterolemia de Cartera de Servicios con edades comprendidas entre 20 y 70 años, excluyendo los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica, de la Zona Básica de Teruel Rural.

### **RESULTADOS**

Se estudian 173 pacientes (70 varones y 103 mujeres) con edades comprendidas entre 30 y 70 años y una media de edad de 61.60 años. Mas del 90 % presentaban uno o dos factores de riesgo asociados. En el 51.4 % de los estudiados su riesgo cardiovascular era moderado (10 a 20 %). En los pacientes diabéticos, el cumplimiento de los objetivos del GedapS con respecto al perfil lipídico estaba entre el 42 y el 61 % excepto en lo relativo al col-LDL no lo cumplía ninguno. El cumplimiento de los objetivos terapéuticos del NECEP con respecto a los pacientes hipercolesterolémicos se sitúa en torno al 37 %, presentando un Índice Aterogénico < 5.5 el 71.1 % de los casos estudiados. Solo un 7.7 % de los pacientes hipercolesterolémicos están en normopeso. El 50% de los pacientes hipertensos presentan cifras de tensión arterial controladas.

### **CONCLUSIONES**

- El cálculo RCV es sencillo y rápido y facilita el abordaje global de los distintos factores de riesgo cardiovascular, racionalizando el tratamiento de los mismos y permitiendo priorizar nuestras intervenciones en los grupos de más alto riesgo.
- El RCV de nuestra zona y en los grupos de pacientes estudiados es inferior a la de otras zonas en las que se han realizado estudios similares.
- Existe un bajo cumplimiento de los objetivos de control lipídico del GedapS, especialmente en lo relativo a las cifras de col-LDL
- El Índice Aterogénico de nuestros pacientes dislipémicos es bueno, lo cual es debido a que en general, tienen cifras de col-HDL muy aceptables, pero la obesidad es un problema muy prevalente en éstos pacientes.
- El control de las cifras tensionales de los pacientes diagnosticados de HTA es muy bueno en comparación con otros estudios
- Nuestra prevalencia de tabaquismo es inferior a la de la población general

**VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIULCEROSOS EN CUPOS PEQUEÑOS**

Sánchez R, Elfau M, Soguero I, Pérez A, Díaz del Cuviello M, Luño B et al.  
Dirección de Atención Primaria del Sector de Teruel.

**OBJETIVOS**

- Evaluar la variabilidad en la prescripción de antiulcerosos en cupos pequeños de la provincia de Teruel y elaborar un algoritmo para disminuirla en la medida de lo posible
- Evaluar la adecuación de las indicaciones terapéuticas y/o profilácticas de antiulcerosos
- Evaluar la proporción de prescripciones de este grupo de fármacos inducidas por Atención Especializada

**METODOLOGÍA**

Se seleccionaron inicialmente los 24 cupos con menos de 250 TIS asignadas en 2002, de los que 18 aceptaron participar. A cada profesional se le envió un cuadernillo para recoger retrospectivamente los datos de los pacientes que hubieran recibido tratamiento antiulceroso el año anterior. Al mismo tiempo, se elaboró un algoritmo, basado en las guías de práctica disponibles en ese momento, sobre diagnóstico y orientación terapéutica de patología susceptible de tratamiento con antiulcerosos. Este algoritmo se envió a los participantes en el estudio junto con un nuevo cuadernillo para recoger prospectivamente durante tres meses los datos de prescripción de fármacos antiulcerosos. Finalmente, se tabularon los datos retrospectivos y prospectivos y se cotejaron con los procedentes del sistema de información de consumo farmacéutico.

**RESULTADOS**

En la fase retrospectiva, 15 médicos remitieron cumplimentado el cuadernillo de recogida de datos, con datos de 239 pacientes y 275 episodios. Se registraron 6 principios activos diferentes (3 IBPs y 3 antiH<sub>2</sub>) con 63 presentaciones distintas (de las 335 existentes, es decir, el 19%) y un total de 1858 envases. Los IBPs supusieron el 69% de las prescripciones.

En la fase prospectiva, cumplimentaron correctamente el cuadernillo de recogida de datos 10 médicos. Las prescripciones correspondieron a un período acumulado de 27 meses-profesional y 198 pacientes (55 ya conocidos y 143 nuevos). Se identificaron 8 principios activos (5 IBPs y 3 antiH<sub>2</sub>), con un total de 367 envases, distribuidos en 55 presentaciones diferentes. La proporción de prescripciones de IBPs sobre el total se elevó al 83%. Sólo el omeprazol supuso el 59% del total concentrándose el 56% de la prescripción de este principio activo en 6 marcas comerciales.

257 (70%) de las prescripciones del estudio prospectivo se registraron como inducidas.

El 58% de las prescripciones registradas retrospectivamente se adecuaron a las indicaciones aprobadas de los fármacos. En el estudio prospectivo, la adecuación subió al 62% (68% para las prescripciones propias de Atención Primaria y 58% para las inducidas por Atención Especializada). La profilaxis de lesiones gastrointestinales en pacientes en tratamiento crónico con AINEs supuso la cuarta parte de las indicaciones en ambas fases del estudio.

**CONCLUSIONES**

En cuanto a la variabilidad, se constata que la prescripción se limita a IBPs y antiH<sub>2</sub>, siendo mayor la proporción de los fármacos del primer grupo en el estudio prospectivo. En ambas fases, la prescripción se concentra en unas pocas marcas comerciales, a pesar del amplio número de especialidades existentes. Asimismo, la mayor parte de las prescripciones se refiere a un número reducido de indicaciones. Globalmente, la adecuación de las prescripciones a las indicaciones aprobadas es relativamente baja y no se ha modificado significativamente a pesar de la intervención realizada. Finalmente, se verifica que la proporción de prescripción inducida es muy elevada, lo cual podría explicar en parte el escaso impacto de la intervención.

**ESTUDIO DEL IMPACTO SOBRE LA HbA1C DE UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LOS DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE MORA DE RUBIELOS. TERUEL.**

Alepuz MA, Argiles ML, Aznar J, Benavent JL, Costart L, Mora D et al.  
Equipo de Atención Primaria de Mora de Rubielos, Teruel.

**OBJETIVO**

Evaluación del Programa de Mejora de la Cartera de Servicios prestados a los diabéticos a través del estudio de la comparación de medias de la Hemoglobina Glicosilada ( HbA1C) antes y después de la intervención.

**METODOLOGÍA**

Estudio de serie temporal múltiple. Emplazado en la Zona Básica de Salud de Mora de Rubielos, en la que participan sesenta y siete pacientes, que son todos los diabéticos en tratamiento farmacológico, incluido dentro del Programa de Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes, de la Cartera de Servicios del Servicio Aragonés de Salud.

Las mediciones principales en intervenciones fueron, identificación y clasificación de los participantes según las variables de sexo, edad, lugar de residencia, tipo de diabetes, tratamiento con antidiabéticos orales o insulina y años de evolución de la enfermedad.

Aplicación y Medición de las intervenciones acordadas en el Plan de Mejora de la Calidad, que son: Medición cuatrimestral de las HbA1C, estudio anual de proteínas en orina y electrocardiográfico de los pacientes con constatación de las alteraciones encontradas.

Y como parte de la intervención se explicará al paciente la finalidad de todas las actividades y de los resultados obtenidos.

**RESULTADOS**

Los resultados porcentuales de las principales pruebas realizadas son:

Se realizaron tres Hb1AC al 94%, estudio de proteínas en la orina al 98% y electrocardiograma al 97% de los pacientes en el año.

El análisis de varianza para medidas repetidas de la Hb1AC nos da un resultado estadísticamente significativo para un nivel de confianza del 99% que indica que existen diferencias en las medias de los grupos.

**CONCLUSIONES**

Podemos pensar que las diferencias encontradas son debidas a las actividades realizadas en el contexto del Programa de Mejora Continua de la Calidad. Los controles analíticos de sangre, orina y las exploraciones cardiovasculares, programadas y exhaustivas, consiguen que los pacientes se sientan más controlados y como consecuencia, mejoren sus valores en HbA1C.

**REEVALUACIÓN DE LA COBERTURA VACUNAL EN EL C.S. CARIÑENA (1993-2003)****Oto A.,** Eito A.

Equipo de Atención Primaria de Cariñena, Zaragoza.

**OBJETIVOS**

- Determinar las tasas de cobertura de los niños de seis grupos de edad.
- Detectar problemas en el proceso asistencial.
- Proponer medidas de mejora.
- Cumplir con el objetivo de Garantía de Calidad marcado por el Equipo

**METODOLOGIA**

Utilizando las fichas de vacunación existentes en el Centro (fichero centralizado de todos los niños de la Z.B.S.), se analizaron todas las fichas correspondientes a los niños/as de 7 meses, 13 meses y 2 años para estudiar la cobertura de primovacunación y a los niños/as de 7 años, 12 años y 15 años, para conocer la cobertura en dosis de recuerdo y rectificación de calendarios.

En cada ficha se comprobaba la anotación de las dosis correspondientes según calendario oficial de la D.G.A. y clasificando la vacunación en :

1. Correcta. Si tiene **TODAS** las dosis marcadas por el calendario vacunal.
2. Válida. Si tiene anotadas las dosis que la D.G.A. considera como mínimo aceptable para que el niño este vacunado.
3. Mal. En el resto de casos.

La ausencia de datos escritos (aunque los padres manifiesten que sus hijos estaban vacunados), se considera, según instrucciones de D.G.A. como si esas dosis no se hubiesen administrado

**RESULTADOS**

Los resultados obtenidos se resumen en la tabla adjunta

EDAD	VARON	HEMBRA	CORRECTA	VALIDA	MAL
7 MESES	16	17	24	24	2
13 MESES	15	7	11	11	1
2 AÑOS	24	15	29	29	4
6 AÑOS	28	37	48	48	11
11 AÑOS	33	29	28	28	6
14 AÑOS	30	29	37	17	4
TOTALES	146	134	177	74	28

**CONCLUSIONES**

Las actuaciones iniciadas en el año 1993 han permitido mejorar en determinados drupos de edad, pero las actuales circunstancias han llevado a obtener peores coberturas en otras. Se analizan en el estudio.

## **MESA 8: ESTANDARIZACIÓN Y GESTIÓN POR PROCESOS**

Jueves 17, 15,30 horas, aula 105

**MODERADOR:** José Puzo - Coordinador de Calidad del Hospital San Jorge de Huesca.

---

1. Creación de una guía de procedimientos para funcionamiento interno del H.C.U."Lozano Blesa"

Olano J

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

2. Hacia la implantación de un sistema de gestión de calidad en el servicio de microbiología

Revillo MJ

Hospital Universitario "Miguel Servet"

3. Normalización de procedimientos generales de enfermería con inclusión de indicadores de calidad y diagnósticos de enfermería.

Orduna A

Hospital San Jorge de Huesca

4. Implantación de una vía clínica de catarata sin ingreso en un hospital comarcal.

Celorio-Pascual JM

Hospital "Ernest Lluch" de Calatayud

5. Vía clínica de neumonectomía. Una herramienta de trabajo asistencial sólida, efectiva y eficiente.

Martínez-Vallina P

Hospital Universitario "Miguel Servet"

6. Protocolo de valoración y gestión de preoperatorios en pacientes quirúrgicos.

Broto A

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

7. Implantación en el laboratorio clínico de un sistema de calidad total

Tapia A

Hospital de Barbastro

8. Gestión por procesos en enfermería psiquiátrica: diagnósticos, intervenciones y resultados en la U.M.E. "REY ARDID"

Samaniego E

Residencia Rey Ardid



**CREACIÓN DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL H.C.U.”LOZANO BLESA”**

**Olano J.,** Escribano M.T., Astier P., Artiga J.R., Beltrán A., Arnal J.A.  
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

**OBJETIVO**

Identificar las actividades hospitalarias que precisan coordinación de recursos o definición de pautas de actuación entre Unidades y/o Servicios. Elaboración de procedimientos de actuación siguiendo el esquema de las normas ISO y evaluar la implantación de estos procedimientos

**METODOLOGÍA**

Durante el año 2002 se ha puesto en marcha la elaboración de procedimientos definiendo unos criterios básicos en el primero de los procedimientos aprobados. “Guía para elaborar procedimientos”. En este se indica que todos los profesionales del hospital pueden proponer nuevos procedimientos , cuales son los criterios para su elaboración y como es el proceso de aprobación que pasa por ser estudiados por la Unidad de Calidad y posteriormente aceptados por la Comisión de Dirección . La difusión de los procedimientos aprobados se realiza a través de la Intranet del hospital, del correo electrónico. Cada procedimiento debe tener su código y una serie de datos mínimos como fechas de revisiones.

**RESULTADOS**

Además de la aprobación y difusión a todos los mandos intermedios, del primer grupo de procedimientos, dentro de una carpeta de anillas que fue el inicio de la Guía, durante el año 2002 se han revisado y aprobado 23 procedimientos, de estos, 13 se incluyen en la categoría de Procedimientos Generales, 7 dentro de los Procedimientos Específicos (propuestos por un Servicio pero de aplicación general) y otros 3 propuestos por la Dirección (Médica, Enfermería, Gestión). Se ha completado la difusión de todos los procedimientos aprobados y está prevista la revisión de su utilización en el 2003.

**CONCLUSIONES**

La existencia de normas y procedimientos escritos que afecten a aspectos generales de la organización del hospital, es un requisito de todos los modelos de acreditación y de evaluación de la excelencia. El sistema de procedimientos basado en el esquema ISO tiene la ventaja de la facilidad de su utilización y de estandarización de esas normas.

**HACIA LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA**

**Revillo M.J.**, Rezusta A., García J.M., Vela M.L.,  
(Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Microbiología).

**OBJETIVO**

Implantación, por parte del grupo de mejora de calidad, del sistema de calidad ISO 15189 en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet

**METODOLOGÍA**

Constitución del Grupo de Mejora de Calidad interestamental y reglamento de funcionamiento  
Formación del grupo en normas ISO  
Definición de objetivos  
Sesiones de trabajo semanales  
Desarrollo, implantación y evaluación de los objetivos formulados  
Difusión de las políticas, actividades y resultados a todos los profesionales del Servicio

**RESULTADOS**

Elaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio  
Definición de la Política de Calidad  
Definición de la Política de Atención al Cliente:  
– registro reclamaciones: diseño del modelo de registro, implantación.  
– registro de copias de informes: diseño del modelo, implantación, en fase de evaluación.  
Detección y priorización de situaciones mejorables:  
– Recepción muestras depositadas fuera de jornada habitual: 3,3% errores en la auditoria inicial  
– Control y distribución de documentos del manual de calidad: aplicación informática vía internet  
– Verificación de la exactitud de la introducción de datos en el sistema informático: en fase de recogida de datos  
Actuación sobre las desviaciones objetivadas de las situaciones mejorables, y propuestas de mejora  
Elaboración de la Cartera de Servicios para su posterior difusión entre los clientes

**CONCLUSIONES**

Consolidación del proyecto a través del progresivo compromiso de los integrantes del Grupo de Mejora.  
Necesidad de formación para acometer un proyecto de estas características  
Constancia en la metodología de trabajo: reuniones decisorias semanales, reuniones de trabajo del grupo y de los subgrupos según tareas asignadas.  
Implicación del jefe de servicio, del responsable de calidad y de los órganos directivos del centro para la consecución de los objetivos  
Proyecto que requerirá de desarrollo posterior en los próximos años, dado que se está llevando a cabo con los recursos humanos del Servicio.

**NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA CON INCLUSIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD YO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

**Orduna Onco A.** et al.

(Comisión de Calidad de Enfermería Hospital San Jorge de Huesca).

**OBJETIVOS**

- El objetivo principal de la Comisión era normalizar los Procedimientos Generales de Enfermería de nuestro hospital. Como consecuencia de ello, se unificarían igualmente los objetivos, personal responsable, precauciones previas, material a utilizar, actuación, normas de registro, Diagnósticos de Enfermería relacionados y los indicadores para evaluar la calidad. La citada normalización permitirá medir, de acuerdo a los mismos criterios, el cumplimiento de los Procedimientos en todos los Servicios y Unidades.
- Facilitar las revisiones periódicas y difusión de la información.
- Aumentar la calidad de las prestaciones realizadas y su continuo seguimiento.
- Realizar un uso apropiado de los recursos materiales.
- Y por último, aumentar la satisfacción de los profesionales en la práctica clínica.

**METODOLOGÍA**

Durante el año 2002 la Comisión de Calidad de Enfermería llevó a cabo la recopilación de todos los procedimientos generales de enfermería que existían en las diferentes unidades hospitalarias. Tras confeccionar un listado de más de 90 procedimientos se repartieron en grupos y se distribuyeron por las unidades. En cada unidad se formaron grupos de trabajo compuestos por enfermeros/as y auxiliares de enfermería que voluntariamente quisieron participar en el proyecto. Durante el año 2003 los diferentes grupos han revisado bibliografía, han consultado actualizaciones, trabajos que presentan evidencias científicas relacionadas con los procedimientos, así como analizado revisiones y últimas investigaciones, etc,

El trabajo de cada grupo ha sido supervisado de cerca por su correspondiente coordinador y éste, a su vez, ha ido sometiendo el producto que se iba generando, al resto de miembros de la Comisión.

**RESULTADOS**

El resultado de más de dos años de intenso, y en ocasiones desalentador, trabajo ha sido la publicación del manual de Procedimientos Generales de Enfermería, que aquí presentamos, editado por la Comisión de Calidad de Enfermería de nuestro hospital y que recoge más de 100 procedimientos elaborados por 155 enfermeros/as y 76 auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas.

Cada procedimiento recoge Diagnósticos de Enfermería relacionados e indicadores de calidad

**CONCLUSIONES**

Todavía resulta prematuro adelantar conclusiones, pues la evaluación del resultado aún no se ha hecho. Pretendemos, por un lado, evaluar semestralmente los indicadores de calidad reseñados en cada procedimiento y realizar encuestas de satisfacción a los profesionales y, por otro, realizar estudios de Diagnósticos Enfermeros y su registro en la documentación de enfermería. Sí pensamos, sin embargo, que el haber conseguido unificar todos los procedimientos en un solo manual, que, por otra parte, nos parece útil, práctico y dinámico, ya compensa el trabajo de estos dos últimos años.

**IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE CATARATA SIN INGRESO EN UN HOSPITAL COMARCAL**

Chico-Mantegas F., Celorrío-Pascual J.M., Leciñena-Bueno J., Haro-Herrero M, Guerra de Esteibar-Landa E., Romano-Ortega MP  
(Hospital "Ernest Lluch" de Calatayud).

**OBJETIVOS**

Evaluar los resultados de 30 meses de funcionamiento de una vía clínica de cirugía de catarata sin ingreso en un Hospital Comarcal.

**METODOLOGÍA**

En 2000 se elaboró la vía clínica: el grupo de trabajo revisó la evidencia científica sobre la cirugía de la catarata, simplificó el circuito desde la indicación quirúrgica al alta (elaborando un diagrama de flujo del proceso), elaboró la matriz de actividades, determinó las características de calidad de los subprocesos, diseñó los documentos a incluir en la vía (hoja de selección de pacientes, consentimientos informados, hoja de verificación de las actividades a realizar, encuesta de satisfacción) y el documento de información para el paciente. Se establecieron indicadores para monitorizar el funcionamiento de la vía.

**RESULTADOS**

Se incluyeron en la vía 45 pacientes en 2000 (20% del total de las intervenciones en el periodo), 109 en 2001 (34,8%), y 230 (74%) en 2002. El cumplimiento de las actividades de la vía superó el 90%. Un 1,3% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario inmediato (IC95%: 5/384). Ningún paciente precisó acudir a urgencias y sólo 3 pacientes realizaron una consulta telefónica antes de su primera revisión en consultas. La tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción fue del 39%, y el 97,8% de los pacientes manifestaron estar muy satisfechos con la atención recibida. Teniendo en cuenta que la estancia media, en nuestro Centro, para la cirugía de catarata con ingreso fue de 2 días (DE: 0,27) en 2000, de 1,89 días (DE: 0,41) en 2001 y de 1,48 (DE: 0,7) en 2002, las estancias evitadas fueron de 90 días, 206 días y 340,4 días respectivamente.

**CONCLUSIONES**

Se ha conseguido simplificar de forma importante el proceso de la cirugía de catarata, con una implantación progresiva de la vía clínica y un cumplimiento elevado de la misma. La aplicación de la vía no ha aumentado la incidencia de complicaciones, mantiene unos índices de satisfacción de los pacientes muy elevados y permite un importante ahorro de estancias hospitalarias. Consideramos que los resultados de la implantación de la vía han sido excelentes.

**VIA CLINICA DE NEUMONECTOMIA. UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO ASISTENCIAL SÓLIDA, EFECTIVA Y EFICIENTE.**

**Martinez-Vallina P**, García-Tirado FJ, Royo-Crespo I, Embún-Flor R, Martinez-Lozano Fca, Rivas de Andrés JJ.  
(Sección de de Cirugía Torácica, Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza).

**OBJETIVO**

Las Vías Clínicas adaptan las guías clínicas y los protocolos a la práctica médica y al entorno del trabajo, en el que el paciente no sólo es objeto pasivo, sino participativo. Definen cómo, cuándo y en qué secuencia se han de proporcionar específicamente los cuidados de cada fase. Comentaremos el grado de aceptación, consolidación y eficiencia de la Vía Clínica de NEUMONECTOMIA en nuestro Hospital.

**METODOLOGÍA**

En el año 2001, y fruto de la colaboración con el grupo de Mejora de Calidad de nuestra unidad, se implanta esta Vía elaborada con protocolos y literatura basada en los principios de la evidencia científica y consensuada entre los servicios de Cirugía Torácica, Anestesia y Cuidados Intensivos. Se eligió para esta patología concreta por corresponder al 10% de nuestra cirugía mayor pero, no obstante, corresponder a nuestro proceso postoperatorio más grave. Esto nos permitía implantarla de forma gradual sin sobrecargar el trabajo diario de enfermería, y al mismo tiempo dábamos cobertura de cuidados específicos a nuestros enfermos potencialmente mas críticos. Se valora, pues, el grado de implantación y cumplimentación, grado de satisfacción, estancias inadecuadas, y número de pacientes que salen de la Vía por complicaciones no reseñadas en la misma.

**RESULTADOS**

Durante el año 2003, la cumplimentación adecuada resultó del 60%. La implantación se realizó en el 59% de las neumonectomias practicadas. Aunque, solo dos pacientes sobrepasaron el tiempo de estancia que indicaba la Vía Clínica, el índice de estancia inadecuada fue del 0%. El grado de satisfacción referido por el paciente con la información recibida fue del 92'3%.

**CONCLUSIONES**

La Vía Clínica es una excelente herramienta de trabajo y cuidados, al indicar de forma diaria, la toma de indicadores precisos y facilitar la toma de decisiones adecuadas en cada momento.

Es, igualmente, una buena herramienta de gestión al disminuir las estancias inadecuadas.

Aumenta el grado de satisfacción del paciente y su familia que conoce el proceso de cuidados de su enfermedad día a día con la consiguiente percepción de calidad que ello supone.

No obstante, debemos ser conscientes de las limitaciones que la implantación y cumplimiento al 100% supone debido principalmente a: plantilla de enfermería rotatoria y con alto número de eventualidad.

Escaso-moderado interés en la Vía por servicios médicos diferentes al nuestro y, que imprescindiblemente, el paciente tiene que recibir de sus cuidados.

**PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y GESTIÓN DE PREOPERATORIOS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.**

**Broto A.**, Ramírez T, Jiménez A, Lanchares E, Cuartero J, Bielsa MA.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Centralizar la solicitud de preoperatorios de pacientes pendientes de cirugía programada en lista de espera quirúrgica. Protocolizar la evaluación preoperatoria, así como las pautas de actuación en pacientes diabéticos, antiagregados y anticoagulados previas a la cirugía programada.

**METODOLOGÍA**

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar (anestelistas, cirujanos, endocrinólogos, hematólogos, oftalmólogos y radiólogos, Dirección Médica y Admisión, para consensuar los criterios de evaluación y las pautas de actuación. Se estableció un circuito de solicitud de preoperatorio, captura de actividad en consulta de anestesia y difusión de información de preoperatorios aptos y consentimiento informado anestésico cumplimentado a los servicios para su programación.

**RESULTADOS**

Se ha creado un documento de evaluación preoperatoria en cirugía programada basada en clasificación ASA que permite adecuar las peticiones al riesgo establecido. En lista de espera la cita se adapta la fecha de citación a la prioridad de la intervención. Se han consensuado fechas de caducidad. En los controles de enfermería se dispone de los protocolos aceptados por anestesia y servicios médico-quirúrgicos relativos a pacientes diabéticos o con terapias anticoagulantes.

De las 2884 entradas en lista de espera desde el 28 de enero de 2004 (fecha de comienzo de la captura de actividad desde la consulta de anestesia) para intervenciones que requerían la presencia de anestelistas, 1584 se han gestionado por la lista de espera quirúrgica (LEQ). De las entradas correspondientes a los primeros 12 días del mes de mayo (fecha de comienzo de registro de ASA) se ha cumplimentado el campo por parte de los servicios en el 39,5% de los casos, siendo la tercera parte ASA I.

**CONCLUSIONES**

Aunque en el momento actual todavía se están interviniendo pacientes de lista de espera cuya inclusión fue previa a la implantación, la gestión de los preoperatorios centralizada en LEQ permite adecuar la fecha de realización a la demora de cada servicio, reduciendo el número de caducidades y duplicidades, evita al paciente su gestión en el mostrador de citaciones. Los servicios quirúrgicos no precisan citar la consulta sucesiva para la recepción de preoperatorio, ya que son informados a través de listados de pacientes Aptos para intervención facilitados a las secretarías de planta. La certeza de existencia de preoperatorio vigente y consentimiento informado anestésicos, así como de protocolos consensuados reduce las estancia prequirúrgicas y suspensiones.

El conocimiento en LEQ de los programas de Concertación externa permite evitar la gestión de los pacientes derivados ya que estos son realizados en las clínicas concertadas, incidiendo en la demora y coste económico.

## **IMPLANTACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE UN SISTEMA DE CALIDAD TOTAL**

**Tapia A**, López C, Gairín O, Clusa C, Sánchez M, Esteve M, Carrillo J et al.  
Hospital de Barbastro.

### **OBJETIVO**

- Elevar la calidad global del servicio que prestamos.
- Mejorar la percepción de los usuarios (médicos y pacientes) de los servicios que reciben.
- Consolidar nuestro Sistema de Calidad y adecuarlo a los requisitos de las normas de certificación y acreditación.

### **METODOLOGÍA**

1. Autoevaluación EFQM-Criterios de acreditación.
2. Priorización áreas de mejora.
3. Desarrollo e implantación de mejoras proyectadas.

### **RESULTADOS**

1. Constitución de la Comisión de Calidad.
2. Motivación e implicación de los miembros del Laboratorio en la gestión de la calidad.
3. Presentación de un proyecto al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud en 2004.
4. Creación de 5 Subcomisiones que trabajan en los objetivos específicos para este año según el cronograma previsto.

### **CONCLUSIONES**

Consideramos que el procedimiento de autoevaluación y mejora continua, usando como referencia los criterios de certificación y acreditación de laboratorios clínicos, es una buena estrategia de aproximación a la Calidad Total.

**GESTIÓN POR PROCESOS EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS EN LA U.M.E. "REY ARDID".**

**Samaniego, E.**, West, S., Martínez, P., López, T., Querol, A., Nadal, R., A et al .  
(Residencia Rey Ardid de Zaragoza.).

**OBJETIVO**

Mejorar las acciones de enfermería a través de los procesos asistenciales enfermeros que determinan la atención recibida por los pacientes y que constituyen la Historia de Enfermería: entrevista, exploración, registro, diagnóstico, control y seguimiento, intervenciones enfermeras, resultados en Rehabilitación Psiquiátrica, etc. Dentro de éste, cobra especial relevancia el siguiente objetivo rehabilitador: conseguir que el paciente entienda cómo cuidar mejor de sí mismo, e incorpore estrategias para saber qué y cómo hacer para sentirse mejor en su enfermedad.

Adaptar al ámbito de la rehabilitación psiquiátrica procedimientos para la realización del diagnóstico (NANDA), las intervenciones y los resultados en enfermería.

**METODOLOGÍA**

Para la realización del trabajo se sigue la metodología del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad (Ciclo PDCA de DEMING): fase de control con análisis, diseño y adaptación a salud mental de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.

Fase de ejecución, de control y de ajuste.

**RESULTADOS**

Trasladar el sistema de Gestión por procesos implantado en la RPRA al departamento de enfermería, diseñando, implantando y monitorizando los procesos de INGRESO (acogida y valoración de cuidados de enfermería), REHABILITACION (planificación, ejecución y evaluación de cuidados en un marco multidisciplinar) y ALTA (continuidad de cuidados comunitaria).

Revisión bibliográfica de metodología diagnóstica de enfermería.

Definición y selección de diagnósticos de enfermería (NANDA) de aplicación en rehabilitación psiquiátrica (hemos concluido las dos primeras fases del ciclo PDCA).

Selección de intervenciones de enfermería en rehabilitación psiquiátrica.

Diseño o modificación de la documentación.

Diseño e implantación de una base de datos en acces, para recoger datos que una vez informatizados, permitirán el análisis de los indicadores y su comparación con los objetivos planteados ...

**CONCLUSIONES**

Al implantar en el trabajo diario de enfermería la gestión por procesos, con el soporte de la documentación generada (diagramas de flujo, iniciadores, etc.) hemos conseguido redefinir y mejorar la actividad asistencial de enfermería en el ingreso rehabilitación y alta.

La aplicación directa al trabajo diario de enfermería del ciclo Deming y grupos de mejora ha permitido mejorar la organización del departamento de enfermería y la actividad asistencial en la resolución de problemas. Esto nos ha dado la posibilidad de detectar y mejorar.

Hemos hecho una selección inicial, tras la revisión y análisis de la bibliografía, de 14 diagnósticos NANDA de enfermería aplicables a la rehabilitación psiquiátrica.

La implicación de los distintos profesionales en la realización del proyecto ha permitido mejorar el trabajo en equipo.

## **MESA 9: GESTIÓN DE CALIDAD Y GRUPOS DE MEJORA**

Jueves 17, 15, 30 horas, aula 115

**MODERADOR:** Mabel Cano del Pozo. Coordinadora de Calidad del 061 - Aragón.

---

1. Plan de gestión de calidad versus plan estratégico / Plan de empresa en hospital de referencia.

García-Mata JR

Hospital Universitario "Miguel Servet"

2. Implantación del programa "Hospital sin humo" mediante la constitución de un grupo de expertos multidisciplinario.

Vela ML

Hospital Universitario "Miguel Servet"

3. La cultura de calidad como estrategia de mejora continua.

Altarribas E

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

4. El hospital orientado al cliente. La opinión de los agentes sociales como elemento de valor añadido a la planificación estratégica del hospital.

Blecua MJ

Hospital Universitario "Miguel Servet"

5. Grupo de mejora para la utilización de medicamentos. Abad R

Hospital San Jorge de Zaragoza

6. Detección de oportunidades de mejora en relación con la formación continuada a partir de una encuesta de satisfacción en el hospital clínico universitario.

Aznar, V

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

7. Experiencia de constitución y mantenimiento de un grupo de mejora en el área de gestión

Marco M

Hospital Universitario "Miguel Servet"

8. Desarrollo, validación y aplicación de un sistema para evaluar la gestión clínica de los servicios del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza.

Barrasa JI

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"



**PLAN DE GESTION DE CALIDAD VERSUS PLAN ESTRATEGICO / PLAN DE EMPRESA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA**

**García-Mata JR**, Vela ML, Jiménez-Bea L, Torrijos M, Blecua MJ, Noeno LM. Unidad de (Calidad Asistencial. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.).

**OBJETIVOS**

Constatar la necesidad de establecer puentes entre lo que representa el Plan Estratégico (PE) para guiar a la organización a alcanzar un diseño de futuro, su correspondiente Plan de Empresa y el Plan de Gestión de Calidad que recoge los principios rectores y procedimientos de una organización en constante mejora.

**METODOLOGÍA**

Durante el año 2002 se ha diseñado un PE mediante la participación de mas de 200 profesionales trabajando en 11 grupos: Continuo asistencial, investigación y docencia, atención al cliente, gestión de materiales, modelo de organización y gestión, política de calidad, recursos humanos, sistema de información, servicios generales, y agentes de la comunidad, coordinados por un Comité de Planificación. El equipo directivo y los Jefes de Servicio se integraron como parte del proceso. Una Consultoría actúo de catalizador. Dentro de los grupos, el de política de calidad estableció un análisis con 5 líneas: estructura y organización, calidad científico técnica (variabilidad, prevención del riesgo, documentación...), formación en calidad, satisfacción del cliente, y satisfacción del personal.

**RESULTADOS**

El grupo de política de calidad emitió 72 propuestas de mejora. A partir de las recomendaciones de todos los grupos se ha diseñado un PE con 25 aspectos clave en seis líneas estratégicas: clientes, profesionales, rentabilidad social, adecuación de infraestructuras, hospital universitario y de referencia, gerencia de sector. Se ha diseñado un Plan de Empresa con 110 objetivos, un cronograma para 2003-2004, responsables e indicadores de evaluación. Se ha puesto especial énfasis en la información e implicación del personal.

En este contexto, el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma ha añadido la evaluación EFQM entre los objetivos del contrato de gestión 2003.

**CONCLUSIONES**

Proceso planificador de valor añadido por coincidir con la transferencia autonómica. Amplia implicación de profesionales que facilita su implantación. El Plan Estratégico/Plan de empresa se nutre de gran parte de contenidos analizados en el grupo de política de calidad. Las áreas de mejora del EFQM y el Plan de Calidad pueden integrarse conjuntamente con los planes financieros, de recursos humanos de marketing etc. en la etapa de elaboración del Plan de Empresa, su procedimiento debe, no obstante, especificarse con claridad para diseñar un plan de futuro unificado.

**IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA "HOSPITAL SIN HUMO" MEDIANTE LA CONSTITUCION DE UN GRUPO DE EXPERTOS MULTIDISCIPLINARIO.**

**Vela ML**, García JR, Jiménez-Bea L, Carroquino M, Noeno LM.  
Hospital Universitario "Miguel Servet".

**OBJETIVO**

Aplicar la normativa existente sobre prohibición de fumar, mediante la participación e implicación de profesionales y agentes sociales, en un entorno hospitalario impulsor de hábitos de salud.  
Desarrollar el Plan de Acción para conseguir su cumplimiento

**METODOLOGÍA**

Desde 1995 en el hospital se desarrollan diferentes acciones dentro del programa "Hospital Sin Humo". Basándose en las mismas se pone en marcha un grupo de trabajo constituido por profesionales de hospital (dirección, neumólogos, medicina preventiva, servicio de prevención, enfermería, atención al paciente, relaciones institucionales, unidad de calidad, servicio de apoyo y orden interno) y agentes sociales (Asociación Española contra el Cáncer, Asociación de Consumidores y representantes sindicales)  
Se constituyen tres subgrupos para realizar propuestas en las tres vertientes del plan de acción: Trabajadores, Visitas y Enfermos. Aprobación del plan de acción y se fija el 31 de mayo "Día Mundial Sin Tabaco" para su puesta en marcha.

**RESULTADOS**

Plan de acción aprobado y difundido. Como principales acciones figuran la existencia de consulta de deshabituación tabáquica para trabajadores del hospital, normativa aprobada por la Comisión de Dirección, carta a todos los trabajadores (5.800), implicación de mandos intermedios del hospital, apoyo e información a trabajadores fumadores desde el servicio de prevención.  
Actividades en la semana del 31 de mayo con la colaboración de colegios de la zona. Creación de "informadores" para los visitantes que fuman en el hospital y plan de comunicación para la difusión: inclusión en todos los documentos del hospital, colocación de carteles y póster, entrega de folleto informativo a visitas e ingresos, logotipo en Intranet, difusión en revista del hospital y medios de comunicación: nota y rueda de prensa (7 impactos en prensa, y participación en dos programas de radio) Encuesta de diagnóstico a trabajadores (500 contestadas), pendientes de evaluar.

**CONCLUSIONES**

La creación de un grupo estable, con representación de profesionales y agentes sociales, responsable de la ejecución y evaluación del Plan de Acción, ha supuesto un impulso importante hacia la implantación efectiva del programa "Hospital Sin Humo".

## CULTURA DE CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA.

**Altarribas E**, Antoñanzas T, Escribano M.T, Gumiel M.V, Rubio C.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

### **OBJETIVO**

Elaborar un diagnóstico de situación con respecto a las actividades de calidad del equipo de enfermería que permita, definir los objetivos, el consenso de indicadores, y la definición de líneas de actuación para impulsar una cultura de mejora continua del HCU.

### **METODOLOGÍA**

El análisis de la situación se ha elaborado combinando una metodología cuantitativa y cualitativa:

1. *Líneas Estratégicas de la Dirección de Enfermería (DAFO)*
2. *Opinión de los profesionales. Técnica de Grupo Nominal.*  
Se realizaron dos grupos nominales, uno identificó y priorizó necesidades con respecto a la planificación de cuidados de calidad y en el otro se identificaron y priorizaron las estrategias de mejora, con 12 informadores clave que son enfermeras con diferencias en su currículum profesional (titulados con antelación a 1979 ATS/Curso Nivelación, titulados entre 1979-1988 ATS/DUE y, titulados con posterioridad a 1989 DE) que tenían al menos dos años de experiencia dentro de la atención hospitalaria y realizan actualmente funciones asistenciales en el HCU.
3. *Opinión de los líderes (supervisión) de las unidades asistenciales y centrales. Entrevistas.*  
Se planificaron tres tipos de entrevistas: 1) Entrevistas dirección de enfermería / supervisión, 2) Entrevistas coordinación de calidad / supervisión y, 3) Reuniones periódicas (mensuales) dirección enfermería / supervisión.
4. *Análisis organizativo y funcional*  
Se realizaron a través de la revisión de documentación, histórico de calidad y de los objetivos de calidad planificados en años anteriores.

### **RESULTADOS**

- Se definieron como estrategias de puesta en marcha la realización de reuniones como medio de difusión y participación con el total del equipo enfermero del 100% de las unidades/servicios
- Definición de los objetivos de mejora de la calidad a propuesta de la Dirección de Enfermería
- Elaboración y pacto de manera individualizada de los indicadores de calidad en cada servicio/unidad
- Difusión al 100% de las unidades/servicios de la metodología de mejora continua, de los objetivos e indicadores de calidad
- Alta participación del equipo enfermero en las reuniones de calidad de las unidades/servicios

### **CONCLUSIONES**

Hasta el momento, la difusión de los objetivos de calidad y el pacto de indicadores en las unidades ha permitido su inclusión en el cuadro de mando de cada servicio, una mayor implicación del equipo de enfermería y, a su vez, esta facilitando el poder plantear estrategias de mejora y por tanto, progresar en el camino hacia la excelencia de los cuidados.

**" EL HOSPITAL ORIENTADO AL CLIENTE " LA OPINIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES COMO ELEMENTO DE VALOR AÑADIDO**

**Blecua Lis MJ**, García Mata JR, Aparicio MA, Gómez Frago MC, Torrijos M, Noeno LM  
(Hospital Universitario "Miguel Servet")

**OBJETIVO**

Identificar y analizar requerimientos de los grupos de interés - *stakeholders* - más relevantes para el Hospital, al objeto de incorporar sus valores y expectativas a la planificación estratégica del Centro desde una perspectiva innovadora que responde a la idea de HOSPITAL ORIENTADO AL CLIENTE.

**METODOLOGÍA**

El proceso comenzó con la identificación de agentes para la formación del Grupo de Agentes Sociales, el cual quedó constituido por varios Subgrupos integrados por representantes del Ayuntamiento, Asociaciones de Consumidores, Asociaciones de Pacientes, Donantes de Sangre, Consejo A. de Personas Mayores, Voluntariado, Comunidades Religiosas y de Inmigración. Se mantuvieron reuniones independientes con cada uno de los subgrupos, utilizando metodología cualitativa para grupos focales de discusión sobre un guión estructurado, intentando recoger aspectos relativos a la infraestructura, organización y resultados de la gestión. La información obtenida fue analizada y clasificada. Posteriormente se trasladaron al Plan Estratégico las propuestas expresadas que pudieran ser llevadas al Plan Director.

**RESULTADOS**

Todos los grupos aportaron propuestas de mejora en las infraestructuras: construcción de un aparcamiento, confort, mobiliario y creación de nuevos servicios. Se aportaron opiniones sobre aspectos de la organización que deberían ser mejorados como la falta de eficiencia en los circuitos, la deficiente información, la masificación, el excesivo cambio de médico en consultas. Algunos grupos realizaron propuestas específicas: los representantes religiosos solicitaron una capilla para uso múltiple, los voluntarios solicitaron disponer de espacio para guardar sus pertenencias y promocionar sus actividades, las comunidades de inmigrantes solicitaron la presencia de intérpretes o mediadores, señalización en varios idiomas, respeto hacia las prohibiciones alimenticias por motivos religiosos, información a los profesionales sobre las enfermedades tropicales, mejorar la información sobre el acceso al sistema sanitario.

**CONCLUSIONES**

Las opiniones y propuestas de los Agentes de la Comunidad se han trasladado al Plan de Empresa en el que se concretan los objetivos en varias líneas estratégicas. Aunque algunas propuestas suponen decisiones a medio y largo plazo, otras ya se han puesto en marcha. Los resultados obtenidos han sido trasladados al conjunto de la organización como elemento de relevancia para la creación de la cultura de cliente en toda la institución.

## GRUPO DE MEJORA PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

**Abad R**, Núñez E, Alcober P, Mesa MP, Midón J, Penón ML.  
(Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza)

### **OBJETIVO**

- Describir la metodología seguida por un grupo de trabajo interdisciplinar para mejorar el proceso de utilización de medicamentos
- Presentar los primeros resultados obtenidos como consecuencia de la creación y trabajo de este grupo de mejora

### **METODOLOGÍA**

Este trabajo se ha realizado en el Hospital Geriátrico San Jorge, centro monográfico que dispone de 70 camas y tiene establecido un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias en todas sus camas y ha constado de cuatro fases:

1. Creación de un grupo de mejora interdisciplinar, con reuniones mensuales y constancia escrita de la reunión
2. Realización de una tormenta de ideas para la detección de problemas
3. Priorización de áreas de mejora mediante la técnica de Hanlon
4. Establecimiento de acciones de mejora

### **RESULTADOS**

El grupo de mejora constituido por todos los profesionales implicados en el proceso de utilización de medicamentos (geriatras, enfermeras (una de cada planta), residente de geriatría, supervisora de farmacia, auxiliar del servicio y farmacéutica) se ha reunido mensualmente y ha detectado 28 problemas, que se han priorizado en función de la magnitud y severidad del problema, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

Los diez problemas que han obtenido mayor puntuación son los siguientes: Ausencia de un programa de notificación de errores, stock de planta no actualizado, administración de medicamentos sin historia, identificación incompleta del paciente en la orden médica (OM), modelo de OM de mala calidad, prescripciones que pueden inducir a error, escasa formación del personal de enfermería en farmacoterapia, medicación no adaptada al estado del paciente, administración de medicamentos según instrucciones orales y reenvasado y reetiquetado inadecuado.

Priorizando los problemas que han obtenido mayor puntuación, se han iniciado acciones de mejora en catorce de ellos, de los que se han resuelto tres. La actividad del grupo ha favorecido la adquisición de una envasadora de sólidos, el cambio de la empresa que realizaba el modelo de orden médica y la puesta en marcha de un programa de notificación de errores. También se ha elaborado un listado actualizado y consensado con todo el personal del stock de medicación en planta, se han modificado algunas presentaciones de medicamentos para adaptarlos al estado del paciente y se han impartido distintas sesiones sobre comunicación de errores detectados en la revisión de las órdenes médicas y normas para evitarlos y para realizar una prescripción correcta.

### **CONCLUSIONES**

El grupo de mejora interdisciplinar ha favorecido la implicación y motivación del personal involucrado en el proceso de utilización de medicamentos creando una cultura de calidad.  
El grupo de mejora ha identificado problemas, los ha priorizado y ha establecido acciones de mejora.

**DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN CONTINUADA A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO**

**Aznar, V.**, Barrasa JI y Comisión Formación Continuada HCU (Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza).

**OBJETIVO**

Conocer el grado de satisfacción del personal del hospital con las oportunidades de formación y aprendizaje que le ofrece el centro.  
Identificar los principales problemas e inconvenientes relacionados con la formación continuada que percibe el personal y marcar los objetivos de trabajo de la Comisión de Formación Continuada a partir de dichos resultados

**METODOLOGÍA**

Se envió por correo interno un cuestionario para autocumplimentar a una muestra de 1.250 personas seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple de entre todo el personal del HCU. El tamaño muestral necesario se calculó para una población finita de 3000 trabajadores, teniendo en cuenta la situación más desfavorable ( $p=q=0,5$ ), con un margen de error del 4% y suponiendo una tasa de contestación del 40 %. El cuestionario fue diseñado específicamente para este estudio y su grado de comprensión se validó previamente entre varias personas de diferentes categorías profesionales. A los 15 días de remitir la encuesta se hizo un refuerzo de recuerdo, animando a contestar, mediante carteles en todas plantas y en lugares estratégicos de paso del personal. La Comisión de Formación realizó varias reuniones para analizar los datos recibidos, extraer conclusiones e identificar sus objetivos y estrategia de actuación futura. Tanto los resultados, como las conclusiones, como las líneas de actuación propuestas fueron presentadas en una sesión hospitalaria abierta a todo el personal, presidida por la Dirección del centro.

**RESULTADOS**

Respondieron el 30 % de los encuestados (374 personas), siendo la respuesta mayor entre médicos y personal de servicios generales, personal fijo y menores de 50 años ( $p < 0,05$ ). El 54,3 % de los encuestados manifestaron estar insatisfechos o muy insatisfechos con las oportunidades de formación y aprendizaje que les ofrecía el hospital, alcanzando dicho porcentaje el 68,2 % entre los médicos, el 79,3 % entre el personal con 6-10 años de antigüedad, el 65 % entre los menores de 30 años y el 63 % entre el personal contratado. Los principales problemas identificados fueron: 1º.- La existencia de desajustes entre la oferta y demanda de cursos (el 53,8 % no había sido seleccionado en algún curso que había solicitado); 2º.- Defectos de información, tanto sobre convocatorias de cursos (el 40 % se quejaba de este hecho), como del sistema de selección (se quejaban de discriminación en el sistema de selección); 3º.- Problemas para acceder a los cursos, tanto por su horario inapropiado (20 %), como por dificultades para acudir por necesidades de servicio (63 %) y 4º.- Mala identificación de las necesidades reales de formación (el 22,4 % manifestaba que no se programaban cursos de su interés)

**CONCLUSIONES**

La encuesta ha servido para que la Comisión de Formación se plantee como objetivos cuantitativos propios aumentar la satisfacción del personal con la formación continuada hasta el 45 % (ahora en el 15 %) y con la información sobre los cursos que se programan hasta el 60 % (ahora en el 28 %). Para ello ha identificado una serie de oportunidades de mejora en cada uno de los problemas detectados: 1. Incluir los cursos de alta demanda como criterio a considerar en la elaboración de los programas de formación, 2. Difundir el calendario anual de cursos en el primer trimestre del año, 3. Potenciar el uso del enlace de formación en la intranet; 4. Difundir los criterios de selección de cada curso, 4. Estudiar horarios de programación en función de alumnado, 5. Potenciar el uso del procedimiento existente para la detección y comunicación de necesidades de formación y 6. Difundir los criterios utilizados para priorizar las necesidades de formación detectadas.

**EXPERIENCIA DE CONSTITUCION Y MANTENIMIENTO DE UN GRUPO DE MEJORA EN EL AREA DE GESTIÓN**

**Marco, M.**, García, V.; Jimenez, A.; Pérez, C.; Revuelto, A.; Valtueña M.A.  
Hospital Universitario "Miguel Servet".

**OBJETIVO**

Puesta en marcha de un grupo de mejora en un servicio del área de Gestión, con responsable de calidad y reglamento de funcionamiento.  
Diseño del plan de calidad del Servicio.

**METODOLOGÍA**

El Servicio de Apoyo y Orden Interno da soporte a la actividad asistencial  
El Servicio trabaja por objetivos desde 1999. Junto con la Unidad de Calidad Asistencial se planifica la constitución del Grupo de Mejora, basándose en el grupo de trabajo existente, formando parte del mismo los líderes del servicio, y consensuando la propuesta de responsable de calidad. Así mismo se procede a la elaboración de las normas de funcionamiento del mismo y la sistemática a seguir para la definición y priorización de las líneas de mejora, con responsabilidad en cada actividad, plazos y sistema de evaluación

**RESULTADOS**

Se ha completado el ciclo de mejora en el objetivo de "Liberar de obstáculos las salidas de las escalera de emergencia de los tres hospitales", con un porcentaje de éxito que se acerca al 95,35%.

Se están incorporando en el ciclo de mejora, las siguientes áreas:

- Seguimiento de limpieza y mantenimiento de 70 puntos con baños públicos de los tres hospitales, en los que se realizaron 1.145 revisiones.
- Planillas de Ingresos y Altas:  
Unificar y poner en la red informática del hospital el modelo correspondiente, confeccionar y dar a conocer el protocolo de cumplimentación a los auxiliares administrativos de los servicios de hospitalización de Hospital General y Hospital Materno-Infantil. Las secretarías que utilizan ya este sistema está en el 93,33%.
- Partes de Quirófano:  
Unificar y poner en la red informática el modelo de parte de quirófano, confeccionar y dar a conocer a los auxiliares administrativos de los servicios quirúrgicos de los tres hospitales, el protocolo para su cumplimentación. El número de secretarías que envía por buzón el parte alcanza el 100 %.

**CONCLUSIONES**

La existencia de un Grupo de Mejora impulsa a trabajar por objetivos de calidad en el Servicio.  
La puesta en marcha del Grupo de Mejora ha armonizado y coexionado el funcionamiento del servicio.

**DESARROLLO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DE UN SISTEMA PARA EVALUAR LA GESTIÓN CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA.**

**Barrasa Villar JI**; Arnal JA; Moliner J; Prados A; Callén Luis; RamírezT; García JI.  
(Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa").

**OBJETIVO**

Elaborar y validar un sistema de evaluación de la gestión clínica de los servicios para facilitar el traslado de los objetivos institucionales y la asignación de incentivos a los equipos asistenciales

**METODOLOGÍA**

Mediante un protocolo de selección de indicadores, en el que se definieron de forma explícita las características de la herramienta de evaluación (representatividad, transparencia, claridad, pertinencia, accesibilidad, veracidad, carácter reproducible, sensibilidad, especificidad, estabilidad, eficiencia y aceptación), se escogieron a partir del sistema de información del centro los indicadores más apropiados para medir el funcionamiento de cada servicio y desarrollar con ellos los modelos de evaluación específicos de cada servicio.

Para validar el método se midió su precisión (coherencia intra e interobservador, coeficiente de variación y bondad de ajuste a la normal) y su validez de contenido, de construcción y de criterio con respecto a una encuesta de opinión previa entre el equipo directivo (correlación de Pearson e índice *kappa*).

**RESULTADOS**

La herramienta desarrollada constaba de 15 modelos de evaluación elaborados a partir de 49 indicadores (31 de actividad, 4 de costes y 14 de calidad asistencial). Todos los indicadores se incluyeron en un catálogo en el que se detallaba la forma de calcularlos, su importancia, el aspecto y rango de variación a valorar y el objetivo que lo vincula con una meta institucional. Posteriormente se desarrolló un herramienta informática para realizar todos los cálculos de forma automática y unos formatos de presentación para difundir los resultados de cada servicio de forma clara y comprensible .

Se evaluaron 56 unidades asistenciales, cuya calificación media fue de  $73,5 \pm 18,1$  puntos, con un mínimo de 29 y un máximo de 100. En Actividad la puntuación media fue de  $52,1 \pm 14,7$  sobre 70, en Costes de  $13,7 \pm 7,4$  sobre 20 y en Calidad de  $7,6 \pm 2,1$  sobre 10. El modelo se ajustaba a una distribución normal, con un CV de 0,25, un error intraobservador de 0,25% e interobservador del 0,48 %. La correlación con la opinión del equipo directivo era positiva ( $r = 0,43$   $p = 0,004$ ), pero los índices de concordancia *kappa* eran bajos (0,21).

**CONCLUSIONES**

El método de evaluación probado es preciso, está bien construido y tiene una aparente validez de criterio. Es un canal de diálogo útil entre las Jefaturas de Servicio, la Comisión Mixta y el Equipo Directivo y puede convertirse en vehículo de consenso con el que trasladar los objetivos institucionales hasta los equipos de trabajo, fomentar la participación y asentar la cultura de la gestión por objetivos en el centro. Queda todavía por demostrar si sirve para mejorar los resultados y la calidad de la asistencia prestada.