II CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

PROGRAMA
Y
LIBRO DE COMUNICACIONES

Auditorio y Centro de Congresos de la Región de Murcia
Murcia, 11 y 12 de Marzo de 1999

Declarado de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad y Política Social (Orden de 23 de Julio de 1998)

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Martín Quiñonero Sánchez

Vicepresidente
Andrés Martínez Cachá

Secretario
Rafael Gomis Cebrián

Vocales
José Eduardo Calle Urra
Domingo Coronado Alarcón
Mariano Guerrero Fernández
Diego Gutiérrez Gambín
José Manuel Lucas Moreno
Adelia Mas Castillo
Manuel A. Moreno Valero
Jesús Ortín Montero
Pedro Parra Hidalgo
María Paz Rodríguez Martínez
María Luisa Usera Clavero

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Pedro J. Saturno Hernández

Secretario
Pedro Parra Hidalgo

Vocales
Rosa Clavel Cerón
Francisco Felices Abad
Rafael Gomis Cebrián
Pedro González Martínez
Francisco López Soriano
Julio López-Picazo Ferrer
Mariano Martínez Fresneda
Satur Martínez Pérez
Javier Navarro Moya
Joaquín Palomar Rodríguez
Juan Miguel Sánchez Nieto
José Saura LLamas

SEDE

- Auditorio y Centro de Congresos de la Región de Murcia.
  Avda. Primero de Mayo, s/n.
  30006 Murcia.

SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONGRESO

CEDES, S.L.
C/. Trapería, 19 - 3.º Izq.
30001 Murcia
Tfno: 968 21 06 84 / 21 82 14
Fax: 968 21 18 99
E-mail: cedes@nexo.es

PROGRAMA

JUEVES 11

16.30.- Recepción y entrega de documentación.

17.00.- Inauguración del Congreso. *Sala "B".*

17.30.- Conferencia Inaugural. *Sala "B".*
El establecimiento de prioridades para la elaboración de Protocolos/Guías de Práctica Clínica.

Marilyn J. Field. Deputy Director, División of Health Care Services. Institute of Medicine. Washington DC, Estados Unidos.

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

19.00.- Mesas de Comunicaciones Orales.

••••• **Mesa de Comunicaciones A.** *Sala "2".*
Protocolos Clínicos y Revisión de la Utilización.

Moderador
Javier Navarro Moya. C. S. San Andrés. Murcia.

Orden de Exposición:

1.- *Características de los protocolos clínicos de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia asociadas a una adecuada calidad estructural.*
Saura-Llamas J.; Saturno Hernández, P.; Gascón Cánovas, J.J.

2.- *Protocolos de atención primaria: ¿cumplimos las normas de calidad formal?.*
Bravo Martínez, G.; Gomariz García, J.J.; Salas Marín, E.; Hernández Vera, R.; Pelegrín Pelegrín, F.; Gris Peñas, A.

3.- *Análisis de la utilización de medicamentos en el Hospital Virgen de la Arrixaca.*
Segura, B.; Vázquez, A.; García Muñoz, M.; López Vidal, J.; Cárceles, M.D.

4.- *Temporalización de la educación en los protocolos de fisioterapia para las algias vertebrales.*
Medina i Mirapeix, F.; Meseguer Henarejos A.B.; García Pozzy, I.M.; Torres Ramos, M.T.; Valera Garrido, J.F.; Escolar Reina, P.

5.- *Neumonía adquirida en la comunidad: evaluación de los motivos de ingreso hospitalario.*
Castaños, M.ª Loreto; Soriano, M.ª Jesús; García Puche, M.ª José; Avilés, M.ª Jesús; Costell, Juan E.; Medranda, M.ª Angeles.

6.- *Calidad estructural de los registros de enfermería.*
López Montesinos, M.J.; Lidón Cerezuela, B.; Almansa Martínez,P.; Rojas Alcántara, P; Flores Bienert, M.D.

7.- *Mejora de la gestión de camas hospitalarias, tras la realización y difusión de un estudio de AEP. Avance de resultados.*
Del Vas Ceñal A, Guerrero Fernández M, Ferrandiz Gómis R, Jiménez Molina JL, Acosta Villegas F, Negro Alvarez JM.

8.- *Protocolos de actuación en radiodiagnóstico y su repercusión en la salud radiológica de la población.*
Hernandez, D.; García, A.; Navarro, C.; Tobarra, B.; Madrid, G.

9.- *Método fácil de evaluación y monitorizacion de la adecuación de ingreso y estancia.*
Andreo J.A.; Barrio M.; Ramos R.M.; Torralba M.; Herrero F.

Mesa de Comunicaciones B. *Sala "B".*
Evaluación y Mejora de Procedimientos.

Moderador
Francisco Felices Abad. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Murcia.

Orden de Exposición:

1.- *Introducción de la laparoscopia en el Hospital Nacional de Sololá (Guatemala), una oportunidad de mejora.*
Cross, W.A.; González, P.; Villatoro, J.; Sánchez, C.; Juracan, J.; Paricio, P.

2.- *Asistencia sanitaria al infarto agudo de miocardio (IAM) en la Región de Murcia: retraso diagnostico y terapéutico. Un estudio de base poblacional.*
Investigadores Grupo IBERICA.

3.- *Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios.*
Lara Peñaranda, R; López Santiago, A; Villamor de Santiago, T; De Miguel Gómez, A y Pérez López, P.

4.- *Administración inadecuada de oxigeno intrahospitalario.*
Caballero Rodríguez,J.; Baeza Alcaraz,A.; Hernandez Roca, L; Alemany Fránces, L.; Franco Campos , M.A.; y Sánchez Nieto, J.M.

5.- *Validez, aceptación y utilidad de un test rápido de detección de streptococcus pyogenes para un mejor manejo de la faringitis aguda del niño.*
Contessotto, C.; Cámara, M.; Avilés, M.J.; Ojeda, J.M.; Cascales, I.; Rodríguez, F.

6.- *Evaluación de calidad del informe de alta de urgencias pediatricas en un hospital comarcal.*
Ortega Liarte, J.V.; Costell López, J.E.; Gutiérrez Sánchez, J.D.; Contessotto Spadetto, C.

7.- *Control de calidad en administracion de fármacos en la nutrición enteral (n.e).*
Sánchez Alvarez, C.; Gómez Ramos, M.J.; Nicolás Hernández, M; Alonso Herreros, J.M.; Renedo, A.; González, M.

8.- *Estudio de la ausencia de historias clínicas en consultas.*
Granados Ulecia, C.; Cañizares Gallardo, N.; Blázquez Pedreño, M.; Tornel Osorio, P.L..; Martínez Acosta, S.

Mesa de Comunicaciones C. *Sala "3".*
Variabilidad, Validez y Satisfacción.

Moderador
Jesús Cañavate Gea. Gerencia Atención Primaria. Insalud. Murcia.

Orden de Exposición:

1.- *Estudio de fiabilidad y validez de indicadores para el programa de diabetes.*
Gomariz García, J.J.; Santiago García, M.C.; Diaz Espiñera, J.J.; Gomez Jara, P.; Luquín Martinez, R.;Gris Peñas, A.

2.- *Garantía de calidad en el diagnostico de enfermedad coronaria en las estadísticas regionales de mortalidad.*
Ll Cirera; MJ Tormo; J García; C Martínez; MP Crespo; C Navarro.

3.- *Evaluación del grado de coincidencia entre diagnósticos de ingreso y de alta en los ingresos urgentes.*
Egea Romero, Mª.D.; González Martínez, P.; Almarza Mesa, J.L.; Terrer Morales E.; Soria Aledo, V.

4.- *Variabilidad en las tasas de indicación de ingreso e intervención quirúrgica en las urgencias de cirugía general .*
González Martínez, P.; Egea Romero, MªD.; Almarza Mesa, J.L.; Esteban Sánchez-Parra, B.; Fernandez Alconero F.J.;
5.- *Análisis coste - eficacia de las pruebas microbiológicas de diagnostico microscópico rápido.*
F. Rodríguez García.
6.- *Ventajas del empleo de técnicas de evaluación rápida en el análisis de la cartera de servicios.*
López-Picazo Ferrer, J.J.; Santo González, A.; y Comisión de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
7.- *Construcción de items para un cuestionario de satisfacción del programa de prevención del cáncer de mama en la Región de Murcia.*
Pérez Riquelme F, Valcárcel Saavedra MJ, Luna Meseguer P, Aragón Liza JA.
8.- *El usuario como fuente de información para estimar cobertura de cartera de servicios.*
Saturno Hernández P., Sánchez Sánchez J.A. y Grupo de Trabajo de Prosper-S
9.- *Informe del usuario. Análisis de coste-efectividad de diferentes estrategias de obtener la contestación.*
Sanchez Sánchez J.A.; Saturno Hernández P.;Calvo Jiménez M.; Albaladejo Monreal E.; Parra Hidalgo A.

20.30.- Asamblea de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.

VIERNES 12

9.00.- Mesa de Ponencias. Experiencias Regionales de la Calidad Asistencial. *"Sala B".*

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

Ponentes
- *El Informe del Usuario como herramienta para mejorar la calidad de prescripción de medicamentos.*
  Julio José Lopez-Picazo Ferrer. Gerencia de Atención Primaria. Murcia.
- *Control de los tiempos hasta el tratamiento en mujeres del programa de prevención del cáncer de mama de la Región de Murcia.*
  Francisco Pérez Riquelme. Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social.
- *¿Podemos mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en Atención Primaria?*
  Mª Dolores Lorenzo Zapata. Centro de Salud de Molina de Segura.
- *Variabilidad en la solicitud de exploraciones analíticas entre Zonas Básicas de Salud*
  Juan Ortolá Devesa. Servicio de Laboratorio. Hospital General Universitario Morales Meseguer.
- *Evaluación de los contenidos de los protocolos de Fisioterapia dirigidos a los pacientes con Cervicalgia.*
  Francesc Medina i Mirapeix. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Murcia.

11.00.- Pausa-café y visita de Posters.

11.30.- Mesa de Ponencias. Variabilidad en la Práctica Clínica y Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Perspectiva clínica, gestora y poblacional. *"Sala B".*

Moderador
Manuel Angel Moreno Valero. Gerencia Atención Primaria. Insalud. Cartagena

Ponentes
- *La variabilidad en la práctica clínica y medicina basada en la evidencia: perspectivas clínica, gestora y poblacional.*
  Salvador Peiró Moreno. Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública. Vicepresidente de la Asociación de Economía de la Salud. Valencia.
- *Variabilidad de la práctica clínica y medicina basada en la evidencia. Perspectiva gestora.*
  Luis Andrés López Fernández. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- *Medicina basada en la evidencia.*
  Agustín Gómez de la Cámara. Unidad de Investigación del Hospital 12 de Octubre y de Atención Primaria del Area de Salud 11. Madrid.

14.00.- Almuerzo de trabajo. *Restaurante Karting.*

16.30.- Defensa de Posters.

17.00.- Mesa de Ponencias. Los Protocolos como herramientas de gestión y de mejora de la Calidad Asistencial. *Sala "B".*

Moderador
José Manuel Lucas Moreno. Gerencia. Hospital Santa M.ª del Rosell.

Ponentes
- *Guías de Práctica Clínica en Canadá.*
  Peter Vaughan. Director. Professional Affairs. Canadian Medical Association. Ottawa, Canadá.
- *Protocolos Clínicos en el Programa EMCA: Bases conceptuales, desarrollo y aplicación de una herramienta para mejorar su diseño y aplicabilidad.*
  Pedro J. Saturno Hernández. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.
- *Protocolización de Cuidados Enfermeros.*
  Pilar Perez Company. Unidad Calidad Hospital Valle Hebrón. Barcelona.

19.00.- Conferencia Clausura. *Sala "B".*
Los protocolos/Guías de Práctica Clínica. ¿Una herramienta de futuro o un trámite en el contrato de gestión?.

Leticia Moral Iglesias. Subdirectora General de Atención Especializada. Insalud. Madrid.

Moderador
Jose Luis Gil Nicolás. Secretaría General. Consejería de Sanidad y Política Social.

20.00.- Entrega de Premios y Clausura del Congreso. *Sala "B".*

PONENCIAS

Experiencias Regionales de la Calidad Asistencial

EL INFORME DE USUARIO COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Julio José López-Picazo Ferrer; Pedro J. Saturno Hernández; Juan José Gascón Cánovas.

INTRODUCCIÓN

Queda más allá de toda duda la enorme importancia que tiene el asegurar una adecuada prescripción de medicamentos a la hora de proveer una asistencia sanitaria de calidad. Por una parte, cuantitativamente supone el recurso más utilizado para hacer frente a los problemas salud y, por ello, una de las actividades más a menudo realizadas por el médico de atención primaria. Por otra, la prescripción de fármacos supone un complejo proceso de toma de decisiones que reúne las tres características que la Joint Commission propone para seleccionar aspectos de la atención de salud sobre los que realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad: alta frecuencia, alto riesgo y tendencia a presentar problemas.

A la hora de abordar el estudio de la prescripción de medicamentos desde la perspectiva de la calidad es necesario distinguir, principalmente, tres grupos de problemas: (i) el farmacológico y clínico, referido fundamentalmente a aspectos relacionados con la eficacia y la efectividad de la prescripción, (ii) el económico, que aborda aspectos tanto de eficiencia a la hora de prescribir, como de consideración de las preferencias y condicionamientos del paciente, y (iii) *el estructural, que incluye problemas relacionados con la accesibilidad y distribución de medicamentos y con la calidad formal de los documentos en donde éstos se prescriben.*

La evaluación y mejora de los problemas mencionados se traduce, inevitablemente, en la construcción de indicadores que nos ayuden a medir la calidad de la prescripción. Estos indicadores deberían tener, preferiblemente, un enfoque específico y demostrar una validez y fiabilidad suficientes. A la hora de implementarlos, sin embargo, su principal determinante es la disponibilidad de los datos necesarios y la mayor o menor facilidad que suponga su obtención. Los datos a propósito de la prescripción de medicamentos se han centrado, tradicionalmente, en (i) la lectura de los datos de facturación de medicamentos prescritos, financiados y retirados de la oficinas de farmacia, que ofrece indicadores fundamentalmente genéricos y/o enfocados a aspectos relacionados con la eficiencia de la prescripción (nos permite conocer quién prescribe qué, pero no a quién), y (ii) la historia clínica, que es capaz de identificar al paciente objeto de la prescripción y, a priori, suministrar mejor información sobre el aspecto farmacológico y clínico del hecho de prescribir fármacos.

La evaluación de la calidad de prescripción a través del análisis de los datos contenidos en la historia clínica presenta, no obstante, una serie de dificultades dignas de ser tenidas en cuenta. De entrada, el uso de la historia clínica no es aún general en nuestro país, sobre todo fuera del ámbito hospitalario. Además, en el caso de que sí se utilicen historias, es frecuente que su uso no sea continuado para toda la actividad realizada, que el registro tenga problemas de legibilidad o, incluso, que el propio documento no se localice. Desde otro punto de vista, existen también aspectos relacionados con la calidad de prescripción de medicamentos que no son reflejados, o lo son deficientemente, en la historia clínica y sobre los cuales, en múltiples ocasiones, es

sólo el usuario quien posee la información necesaria (por ejemplo, aspectos relacionados con la relación médico-paciente, etc.).

El informe de usuario (patient´s reports) es una metodología de obtención de datos basada en las respuestas que el usuario transcribe en un cuestionario que le pregunta sobre la realización o no determinadas actividades. Mantiene, pues, un enfoque objetivo que lo diferencia de las encuestas de satisfacción (en donde se obtienen valoraciones subjetivas a propósito de la atención recibida, y que suele traducirse en una escala graduada en diferentes niveles de satisfacción), frente a las cuales cuenta, como principal ventaja y hecho diferencial, con una gran operatividad: sus resultados son directamente aplicables en el diseño de intervenciones para mejorar el proceso que se evalúa.

El informe de usuario ha demostrado ser un método válido y fiable, según se desprende de la bibliografía existente. En nuestro país, y siguiendo el modelo del Proyecto PROSPER (Patient´s Reports On System Perfomance) desarrollado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se adaptó a las características de nuestro sistema de salud y se validó, en 1994, un cuestionario tipo informe de usuario a través del llamado Proyecto PROSPER-S (PROSPER - Spain). Este cuestionario se demostró capaz de suministrar información fiable y válida sobre diversos aspectos de la atención de salud: medicamentos, problemas de salud crónicos, actividades preventivas generales y específicas de la mujer, análisis de sangre, interconsultas con el nivel especializado, petición de radiología, así como información general sobre el sistema y datos individuales del usuario. Proporcionó datos para la construcción de indicadores sobre accesibilidad, continuidad y coordinación de la atención, satisfacción y, también sobre datos clínicos específicos. Su aplicación ha demostrado representar una fuente de datos insustituible para obtener determinada información, sólo conocida por el paciente, y útil para sustituir la revisión.

El trabajo que presentamos a continuación nace del desarrollo del proyecto PROSPER-S, en el apartado referido a medicamentos.

OBJETIVO

Construir una herramienta capaz de valorar la calidad de prescripción de medicamentos a través de informes de usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

Basado en el modelo de informe de usuario diseñado y validado en el proyecto PROSPER-S, se desarrolló un formulario específico referido a la prescripción de fármacos. En él se realizan 13 preguntas que hacen referencia a los ítems contenido en la tabla I. De éstas, las 4 primeras buscan información genérica sobre la prescripción. El resto se centran en el medicamento considerado como más importante por el paciente. El período sobre el que se pregunta se limita a los 3 últimos meses tras la recepción de cuestionario.

TABLA I
UE SE REFIERE EL CUESTIONARIO
• Prescripción de algún fármaco en los últimos 3 meses.
• Retirada del fármaco de la oficina de farmacia. En caso negativo, detalle de las causas.
• Nombre de los medicamentos retirados, indicando para qué fueron prescritos y si continúa tomándolos en la actualidad.
• Existencia de algún problema o error al retirar los fármacos de la farmacia. En caso afirmativo, detalle de éstos.
• Elección del medicamento que más interesa al paciente, de entre las que retiró.
• Tipo de profesional que le indicó ese medicamento.
• Indicación sobre la duración del tratamiento, tal y como lo entendió el paciente.
• Indicación sobre la pauta de tratamiento, tal y como lo entendió el paciente.
• Dosis prescrita.
• Recomendaciones y advertencias que se le indicaron al paciente cuando se le prescribió el fármaco.
• Percepción de que se le ha ofrecido información confusa o contradictoria acerca de los medicamentos que le fueron prescritos, y profesional responsable de dicha información.

El cuestionario fue entregado de forma aleatoria a 2.189 usuarios adscritos a médicos de equipo de atención primaria pertenecientes a 4 centros de salud de la Región de Murcia. La entrega fue efectuada por el propio facultativo a los pacientes que acudían a consulta, según una mecánica preestablecida, durante el mes de Junio de 1998.

La encuesta era devuelta, una vez cumplimentada por el paciente en su domicilio, mediante el correo. Se habilitaron mecanismos para aumentar la tasa de respuesta, tales como adjuntar un bolígrafo para cumplimentar el cuestionario y efectuar un recordatorio telefónico.

EL análisis de los datos obtenidos sirvió para la elaboración y obtención de indicadores de calidad de prescripción usando la información contenida en las bases de datos que, referidas a medicamentos y con carácter bimensual, edita el Colegio Oficial de Farmacéuticos en formato CD-Rom, bajo el título de «BOT». Los indicadores obtenidos fueron presentados de forma gráfica y reunidos en un modelo de informe para su envío a los facultativos.

RESULTADOS

Se recibieron, en un principio, 702 encuestas. Tras la realización de 941 recordatorios obraron en nuestro poder 261 cuestionarios más (eficacia del recordatorio, 27.7%). Así, el total de encuestas recibidas fue de 963, lo que supone una tasa de respuesta del 44.0%. El análisis por edad y sexo de las encuestas recibidas y no recibidas se resume en la tabla II.

TABLA II			
ANÁLISIS DE ENCUESTAS RECIBIDAS Y NO RECIBIDAS POR EDAD Y SEXO			
SEXO	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	Diferencias NO significativas
ENCUESTAS RECIBIDAS	41.1	58.9	
ENCUESTAS NO RECIBIDAS	38.4	61.6	
EDAD (años)	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	P<0,001
ENCUESTAS RECIBIDAS	52.8	18.1	
ENCUESTAS NO RECIBIDAS	49.2	18.4	

Los principales indicadores de calidad de prescripción de medicamentos elaborados, y sus resultados globales fueron:

1. Porcentaje de pacientes a los que se les ha prescrito algún fármaco en los ultimos 3 meses: 89.6%.
2. Porcentaje de pacientes que NO retiran la medicación prescrita de la oficina de farmacia: 5.9%. De entre éstos, las causas más frecuentes fueron el tratarse de un medicamento no financiado (17 casos, 33.3%); el tener ya la medicación en su domicilio (11 casos, 21.6%), y el no confiar en la utilidad del fármaco prescrito (10 casos, 19.6%).
3. Porcentaje de interacciones detectadas entre los fármacos que está tomando el paciente: 7.3% (este indicador se refiere sólo a aquéllos pacientes que toman más de un fármaco simultáneamente: 602 casos, 62.5% de las encuestas recibidas). Las interacciones detectadas se han catalogado en función de su significación clínica en las categorías que se recogen en la tabla III

TABLA III	
TIPOS DE INTERACCIONES ENTRE MEDICAMENTOS	
I.	Interacción importante y ampliamente estudiada en clínica.
II.	Interacción importante, aunque sólo descrita en casos aislados.
III.	Interacción importante, pero sólo bajo circunstancias especiales. Ampliamente descrita en clínica.
IV.	Interacción importante, pero sólo bajo circunstancias especiales. Descrita tan solo en casos aislados.
V.	Interacción potencialmente importante, aunque no se han descrito efectos adversos. Ampliamente estudiada en clínica.
VI.	Interacción potencialmente importante, aunque no se han descrito efectos adversos. Descrita sólo en casos aislados.
VII.	Interacción poco importante, aunque ampliamente estudiada en clínica.
VIII.	Interacción poco importante y descrita sólo en casos aislados.
IX.	Interacción de carácter teórico, deducida por consideraciones farmacológicas y/o fisiológicas.

Del total de interacciones detectadas (44 casos), en 16 ocasiones (36.4%) se trataba de interacciones tipo I (importantes y ampliamente estudiadas en clínica). La interacción más frecuentemente encontrada fue la debida a la asociación de ácido acetilsalicílico con betabloqueantes (7 casos, 15.9%), seguida de la formada por sulfonilureas con salicilatos (3 casos, que suponen el 6.8%).

4. *Porcentaje de prescripciones que no han sido indicadas por médico del centro de salud:* 46.1%. De éstas, el origen más frecuente de la prescripción fue el médico especialista (75.1% de los casos), seguida del médico privado (11.3%).
5. *Porcentaje de prescripciones en que no se especificó la duración del tratamiento:* 72.0%. En la mayor parte de estos casos, el paciente entendió que la medicación debía ser tomada durante toda la vida (53.4%, ó el 38.4% de las encuestas). Los grupos terapéuticos más implicados en este problema fueron los inhibidores de la angiotensina-convertasa (38 casos, 8.3%), las sulfonilureas (31 casos, 6.8%) y los antagonistas del calcio (23 casos, 5.0%).
6. *Porcentaje de prescripciones en que se indicó una pauta equivocada:* 8.0%. Se entiende, en este indicador, como pauta equivocada la indicación de más tomas al día de las recomendadas para el medicamento de que se trate. Los grupos terapéuticos responsables en este caso fueron, principalmente, las sulfonilureas (13 casos, 26.5%), los antiinflamatorios no esteroideos (7 casos, 14.3%) y los antivaricosos-vasoproctectores por vía sistémica (5 casos, 10.2%).
7. *Porcentaje de errores en la formulación de recomendaciones y advertencias al tomar la medicación:* 75.6%. Estos errores pueden dividirse según se produzcan por no dar advertencias cuando éstas son necesarias (117 casos, 24.4%), o por formular advertencias incorrectas o incompletas (363 casos, 75.6%). Las advertencias que se han tenido en consideración a la hora de construir este indicador se muestran en la tabla IV.

TABLA IV
RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS VALORADAS
• Tomar la medicación con las comidas o con algún alimento.
• Mejor tomar el medicamento con el estómago vacío.
• Acompañar de un vaso grande de agua.
• No tomar bebidas alcohólicas.
• No tomar la medicación conjuntamente con leche o antiácidos.
• Precaución al conducir o manejar maquinaria peligrosa.
• Puede producir somnolencia.
• Puede ocasionar mareos o vértigos.
• Puede alterar temporalmente la visión.
• Puede producir nerviosismo o insomnio.
• Mejor tomar el medicamento después de las comidas.
• Evitar bebidas que contengan cafeína

Los fármacos implicados en este indicador no son los mismos según se haya omitido la advertencia necesaria o ésta haya sido incorrectamente formulada. En el primer caso destacan los antihistamínicos por vías sistémica (13 casos, 11.1%), los inhibidores de la angiotensina-convertasa (9 casos, 7.7%) y los hipolipemiantes (8 casos, 6.8%); por contra, en el segundo caso se encuentran en primer lugar los inhibidores de la angiotensina-convertasa (28 casos, 7.9%), las sulfonilureas (23 casos, 6.5%) y los antagonistas del calcio (21 casos, 6.0%)

Con los indicadores construidos se diseñó un informe gráfico destinado a los profesionales responsables de la prescripción, en donde se recoge el análisis desagregado hasta el nivel de grupo terapéutico. Al final del mismo, se acompañan anexos que facilitan información sobre

las interacciones detectadas, detallando su tipología, naturaleza, efecto previsible, importancia clínica, mecanismo, evidencias clínicas y referencias bibliográficas. También se ofrece la relación de recomendaciones de cada grupo terapéutico que no fueron ofrecidas, o lo fueron incorrectamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través del análisis estructurado de la información proporcionada por el paciente ha sido posible construir una serie de indicadores capaces de medir problemas de calidad en la prescripción de fármacos que difícilmente hubieran podido ser obtenidos por otras fuentes (la historia clínica o la cinta de facturación obtenida a través del Colegio de Farmacéuticos). Además, los valores que arrojan son, en la mayoría de los casos, francamente susceptibles de mejora. Nos encontramos, por ejemplo, con que casi el 6% de la prescripción no es efectivamente retirada, o con la prescripción de asociaciones de fármacos cuya interacción es importante y ampliamente reconocida en 44 de un total de 602 ocasiones. Sorprende también que casi la mitad de la prescripción no haya sido indicada por el médico de atención primaria, siendo el homólogo de atención especializada el responsable de ella, en la mayor parte de las ocasiones.

Considerando otros aspectos, llama poderosamente la atención la gran cantidad de ocasiones en que el médico no acompaña su prescripción de las recomendaciones y advertencias necesarias, tanto como aquéllas en que no concreta la duración del tratamiento (aproximadamente, las _ partes, en ambas ocasiones). La prescripción de fármacos en que el paciente asume que debe tomarlos «de por vida» (casi un 40% de las encuestas) es otra cifra sobre la que debe meditarse, así como sobre la adopción de pautas de tratamiento excesivas (8%).

Además de porque recoge información sobre la calidad de prescripción de medicamentos no disponible con anterioridad (o al menos no con esta facilidad de obtención y bajo coste), el informe elaborado ofrece, a nuestro juicio, una serie de características que lo hacen capaz de convertirse en una herramienta útil. Podemos destacar, entre ellas, (i) su formato eminente gráfico, que consideramos atractivo y fácil de leer y entender por los profesionales a los que se dirige, (ii) el análisis sobre los medicamentos implicados en el valor de los indicadores, fundamentalmente a través de gráficos de Pareto (ver figura 2), y (iii) la oferta de información en forma de anexos, cotejando la evidencia científica disponible, sobre las consecuencias y efectos potenciales de las interacciones detectadas, así como sobre las recomendaciones y advertencias que no se dieron correctamente a la hora de prescribir.

En conclusión, creemos que el informe de usuario es una herramienta útil para valorar aspectos de la prescripción de fármacos que difícilmente pueden obtenerse a través de otras fuentes. El informe destinado a los profesionales que resulta del mismo se revela como una herramienta válida para completar el conocimiento de la calidad de prescripción y, por ello, puede constituir una herramienta útil para mejorar en este sentido.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Julio José López-Picazo Ferrer*
Gerencia Atención Primaria. Murcia
Coordinador Unidad de Calidad
C/. Escultor José Sánchez Lozano s/n - Tlf. 968 39 48 01
30005 MURCIA

BIBLIOGRAFÍA

1. BORREL, F et al: Análisis de la calidad de la historia clínica en Atención Primaria. Aten. Primaria 1985;2:21-5
2. BORREL, F: Auditoría de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. Gac. Sanit. 1992;6:144-147
3. BROWN, JB; ADMS, ME: Patients are reliable reporters of medical care process. Medical Care 1992;30:400-411.
4. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFIXCIALES DE FARMACÉUTICOS: BOT. Bases de datos del medicamento. Edición en CD-ROM - Junio de 1998.
5. LEE HARGRAVES, MA et al. Using patient report to measure health care system perfomance. Clinical perfomance and Quality Health Care 1993;I;208-213.
6. SATURNO HERNÁNDEZ, PJ: Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de prescripción. Problemas, métodos e indicadores. Aten. Primaria 1996; 18:331-338.
7. SATURNO HERNÁNDEZ, PJ; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JA et al: El informe de usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. Rev. Calidad Asistencial 1995;5:271-279
8. SATURNO HERNÁNDEZ, PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios hospitalarios
9. SATURNO HERNÁNDEZ, PJ; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JA: Evaluación de la Calidad desde la perspectiva del paciente. Validación de un cuestionario tipo informe de usuario. XV° Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev. Calidad Asistencial (en prensa).
10. SATURNO HERNÁNDEZ, PJ; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JA: El informe de usuario, en «Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria». 1ª Edición, Madrid: Dupont Pharma, 1997. p 343-361.

CONTROL DE LOS TIEMPOS HASTA EL TRATAMIENTO EN MUJERES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Pérez Riquelme F, Guillen Pérez JJ, González Costea R, López Sánchez A, Cérón Ortuño G, Luna Meseguer P, Valcarcel Saavedra MJ.

OBJETIVO: Detectado a través de las actividades del programa de prevención del cáncer de mama de la Región de Murcia un excesivo tiempo desde la realización de la mamografía hasta el tratamiento quirúrgico en el Hospital Virgen del Rosell de Cartagena entre las mujeres con cáncer de mama , se diseña una intervención y se comprueba el efecto de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se calculan los días transcurridos entre la fecha de mamografía y la de tratamiento quirúrgico para cada una de las mujeres con diagnóstico de cáncer operadas en el H.V del Rosell.La primera se obtiene de los registros de la unidad de cribado en Cartagena y la segunda de la historia clínica de dichas mujeres en el hospital. Cuando existe, se recoge también la fecha de primera consulta hospitalaria lo que permite calcular el tiempo extrahospitalario (días transcurridos desde la mamografía hasta la 1ª consulta) y el tiempo intrahospitalario (desde la primera consulta hasta el tratamiento). Se calcula la media, desviación típica, moda , mediana, percentil 75 de los tiempos (total, extra e intrahospitalario) para el periodo completo (11/1994 hasta 10/1998) y para los dos subperiodos en que se subdivide con la intervención (abril de 1998), construyéndose así mismo un gráfico de control en el que se ligan ambos periodos para los tres tiempos mencionados. Para la construcción del gráfico de control se ha utilizado la mediana como medida de distribución central, se calcula la desviación típica (DT) dividiendo el rango móvil medio por 1,128, estableciendo el limite de control superior (LCS) en la mediana + (3xDT) y el inferior (LCI) en la mediana - (3xDT).

RESULTADOS: Para el tiempo total, la media del periodo son 46 días (52 en el primer subperiodo y 29 en el segundo) con una desviación típica de 26 días (27 y 9 respectivamente), la media global para el tiempo extrahospitalario son 25 días (31 y 11 respectivamente) y para el intrahospitalario 23 días (26 y 18). Para los gráficos de control se han obtenido los siguientes parámetros : tiempo total primer subperiodo: mediana 42,5 ; DT 22 y LCS 108,4 días; segundo periodo : mediana 31,5 ; DT 9,6 y LCS 60,3 días. Primer subperiodo del tiempo intrahospitalario: mediana 18 ; DT 17,1 y LCS 69,2 días; segundo subperiodo : mediana 9,5 ; DT 7,9 y LCS 33,2 días. Para el tiempo intrahospitalario, primer subperiodo : mediana18, DT 17,1 y LCS 69,2 días ; segundo subperiodo : mediana 16, DT 7,8 y LCS 39,5 días. En todos los casos el LCI son cero días

CONCLUSIONES: La medida ha surtido el efecto deseado y el gráfico de control del segundo periodo puede ser utilizado para la monitorizar el proceso

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: *Francisco Pérez Riquelme*
Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud
Jefe de Unidad Técnica de Prevención Sanitaria
Ronda de Levante 11 - Tlf.: 968 362000 ext.: 1514 - 30008 MURCIA

¿PODEMOS MEJORAR EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA RINITIS ALÉRGICA EN ATENCION PRIMARIA?

Mº Dolores Lorenzo Zapata, Juan Francisco Menárguez Puche, Maria Isabel Sánchez López, María Teresa Martínez Ros, Susana Raigal Jurado, José Robles Mondéjar

OBJETIVO:
Evaluar la mejora del manejo terapéutico de rinitis alérgica tras una actividad de formación continuada.

MATERIAL Y METODO:
Diseño Estudio de intervención.

Ambito 9 cupos de Medicina General.

Metodología 1ª Evaluación: Se seleccionaron 73 pacientes (confianza 5%, precisión 10%) entre los 305 atendidos por rinitis alérgica durante el 2º trimestre de 1995 Se analizaron cuatro criterios explícitos y normativos (peer-review) basados en el último Consenso del tratamiento de rinitis y un indicador de calidad de manejo global (cumplimiento de todos los criterios):

-Criterio 1(C1): Tratamiento correctamente escalonado.

-Criterio 2(C2): Tratamiento inicial electivo con corticoides inhalados.

-Criterio 3(C3): Utilización de corticoides orales o inmunoterapia sólo en casos graves o rebeldes al tratamiento.

-Criterio 4(C4): Terapia coadyuvante según síntomas predominantes.

Se propuso al equipo el uso rutinario del protocolo del Consenso como medida para mejorar el manejo terapeútico. Se realizó una 2ª evaluación (un año después, mismo periodo). El tamaño muestral fué de 51 pacientes (confianza 5%, precisión 10%) de un total de 210 pacientes. Estadística: índice cumplimiento criterios y c^2 para comparar resultados entre las dos evaluaciones.

RESULTADOS:
En la 1ª evaluación el C1 se cumplió en el 59% (IC±11), C2 en el 41% (IC±11), C3 en el 90%(IC±6) y C4 en el 83%(IC±8). El indicador de calidad global obtuvo mejores resultados en los pacientes atendidos por alergólogos.

En la 2ª evaluación mejoraron todos los criterios: C1=68,6%(IC±13), C2=57%(IC±13), C3=94%(IC±6) y C4=98%(IC±3), con diferencias significativas para el C4 (p=0,0096).

Aunque no hubo diferencias entre las dos evaluaciones en cuanto al número de pacientes diagnosticados y seguidos por el médico de familia respecto a los atendidos por alergólogos, sí mejoro el manejo terapeútico en nuestro ámbito (indicador de cumplimiento total), pasando del 35,6% al 57% (p=0,019), igualándose a los atendidos en alergia.

CONCLUSIONES
La introducción de protocolos permite mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en atención primaria.

VARIABILIDAD EN LA SOLICITUD DE EXPLORACIONES ANALÍTICAS ENTRE ZONAS BÁSICAS DE SALUD.

JB Ortolá Devesa, J Huguet Ballester, AE Gómez Gómez, JM Egea Caparrós, JE Benedito Rodríguez, F. Arcas García. Laboratorio Clínico, Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia. *General Lab SA, Barcelona.*

INTRODUCCIÓN.

Numerosos estudios han mostrado la existencia de amplias variaciones en la práctica sanitaria y médica en particular, cualquiera que sea el ámbito de estudio. Las más habituales se refieren a indicadores de la atención sanitaria especializada en procesos hospitalarios ya sean médicos o quirúrgicos (por ejemplo.- tasas de ingresos hospitalarios, de determinadas intervenciones quirúrgicas o de procedimientos terapéuticos, etc.). Otros estudios, los menos, han mostrado igualmente una amplia variabilidad en las estrategias diagnósticas seguidas en pacientes similares, especialmente en las exploraciones de radiodiagnóstico.

En el ámbito de los laboratorios de diagnóstico clínico son escasos los estudios publicados, quizás por la gran heterogeneidad de recursos diagnósticos disponibles que dificulta su sistematización y estudio, y generalmente están circunscritos a magnitudes biológicas empleadas en la detección precoz. No obstante, es una impresión subjetiva y unánime de los profesionales del laboratorio clínico que se da una gran variabilidad en la práctica médica en la utilización de los recursos diagnósticos que el laboratorio ofrece. Este hecho se ha comprobado en el único trabajo publicado en el ámbito de la atención primaria en España en el que se observa tanto sobreutilización como subutilización de recursos sanitarios diagnósticos (1).

El objetivo del presente trabajo es presentar los datos preliminares del estudio que pretende caracterizar el patrón de prescripción de las exploraciones analíticas realizadas por los facultativos de medicina general de las diferentes Zonas de Salud del Área VI de la región de Murcia, medir la variabilidad existente entre estas zonas y valorar la posibilidad de aplicar mecanismos de corrección. Asumiendo la llamada "capacitación clínica" atribuida por la American Association of Clinical Chemistry a los profesionales facultativos del laboratorio clínico que consiste en "servir como consultores y educadores de la comunidad médica, especialmente como consejeros en la selección de pruebas, lógica de estas y su interpretación, actuar como recurso para los profesionales sanitarios sobre el uso apropiado de las pruebas de laboratorio, centrándose en la mejora de los resultados de los pacientes" (2).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se estudia el patrón de prescripción de 22 magnitudes o exploraciones analíticas representativas, solicitadas por todos los facultativos de Medicina General de las 11 Zonas de Salud del Área VI de la Región de Murcia (216.602 habitantes) y realizadas en los Laboratorios del área de Análisis Clínicos del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer durante el año 1997. Las Zonas de Salud consideradas son: Abanilla, Abarán, Alguazas-Ceutí-Lorquí, Archena, Cieza, Fortuna, Molina de Segura, Murcia Centro, Santa María de Gracia, Torres de Cotillas, Vista Alegre.

Las 22 magnitudes y exploraciones estudiadas se han seleccionado previamente y pretenden ser representativas de los siguientes criterios:

Grupo I.- Magnitudes o exploraciones biológicas indicadoras de las más frecuentemente solicitadas a pacientes de Medicina General y frecuentemente incluidas en las exploraciones biológicas del estado de salud:

Srm—GLUCOSA;c , HEMOGRAMA SANGUÍNEO, ANÁLISIS BÁSICO DE ORINA.

Grupo II.- Magnitudes o exploraciones biológicas muy frecuentemente solicitadas a pacientes de Medicina General, para las que existen indicaciones diagnósticas definidas y en las que probablemente exista un uso inapropiado elevado:

San—ERITROSEDIMENTACIÓN;l , UROCULTIVO, Srm—HIERRO (II + III);c.

Grupo III.- Magnitudes o exploraciones biológicas que son solicitadas a los pacientes de Medicina General con unas finalidades semiológicas concretas:

- En el estudio preoperatorio de la coagulación o el tratamiento anticoagulante: Pla—TIEMPO DE PROTROMBINA;rni, Pla—TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL;tr.

- En el seguimiento del paciente diabético: San—GLICOHEMOGLOBINA;x y dUri—ALBÚMINA;g.

- En la evaluación de la función tiroidea: Srm—TIROTROPINA;c arb.

- En la detección precoz de pacientes con riesgo de carcinoma prostático: Srm—ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO;g.

- En el diagnóstico y seguimiento de las llamadas "enfermedades reumáticas": Srm—PROTEÍNA C REACTIVA;g , Srm—FACTOR REUMATOIDE;c arb , Srm—ANTICUERPOS CONTRA LA ESTREPTOLISINA O;c arb

Grupo IV.- Otras magnitudes que son representativas de otras áreas del laboratorio clínico.

- En el diagnóstico y exclusión de enfermedades víricas como la Hepatitis B o la Inmunodeficiencia Humana: Srm—ANTÍGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B;c arb y Srm—ANTICUEPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 y 2;c arb

- Enzimas habituales en el diagnóstico de enfermedades musculares, pancreáticas, hepáticas o de procesos neoplásicos: Srm—CREATINA QUINASA;b, Srm—LACTATO DESHIDROGENASA;b , Srm—a-AMILASA;b

- En el diagnóstico o exclusión de procesos alérgicos: Srm—INMUNOGLOBULINA E;c arb

- En síndromes y enfermedades autoinmunes: Srm—ANTICUERPOS ANTINUCLEARES;c arb.

El análisis de la variabilidad aplicado ha sido el análisis entre áreas pequeñas. Los estadísticos de variabilidad y dispersión calculados han sido la razón de variación (EQ), el coeficiente de variación ponderado y sin ponderar (Cvp, CV) y el componente sistemático de la variación (SCV).

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos se expresan en la tabla 1. En ella se corrobora la distribución establecida previamente de las magnitudes estudiadas en cuatro grupos según su frecuencia previsible de solicitud. Se observan las mayores tasas de solicitud para el "HEMOGRAMA" (368/1000 habitantes) y la cocentración en suero de GLUCOSA (346/1000 habitantes) y las menores para la cantidad de ALBÚMINA excretada en la orina durante 24 horas (0,2/1000 habitantes) y la concentración en suero de la INMUNOGLOBULINA E (0,1/1000 habitantes). La variabilidad entre las Zonas Básicas de Salud, expresada como la razón de variación (EQ)

tiene una correspondencia inversa con la tasa de solicitud. Así, EQ oscila entre 1,8, para las magnitudes o exploraciones "HEMOGRAMA" y Srm—GLUCOSA;c que tiene una mayor tasa de solicitud, y 86,9 para la Srm—a-AMILASA con una tasa de solicitud de las más bajas. El resto de indicadores de variabilidad y dispersión, coeficiente de variación ponderado (CVp) y sin ponderar (CV) al igual que el componente sistemático de la variación (SCV) se comportan de modo homogéneo a EQ. La caracterización preliminar realizada debe proseguir con un análisis de la revisión de la utilización que puede determinar la adopción de medidas correctoras. El análisis de utilización a priori tiene a priori dos lineas, valorar la frecuencia de realización de las exploraciones utilizadas en el seguimiento y la utilidad y eficiencia de las magnitudes utilizadas en determinadas situaciones clínicas.

Tabla 1. Estadísticos de la variabilidad de solicitud de 22 magnitudes o exploraciones biológicas

Magnitud	Solic./1000hbs *min	máx	*med	EQ	CV	CVp	SCV
HEMOGRAMA	237.8	S421.6	368.1	1.8	0.16	0.16	0.02
Srm-GLUCOSA	222.4	396.4	345.9	1.8	0.16	0.15	0.02
Pla-T. de PROTOMBINA	9.3	21.6	12.2	2.3	0.29	0.30	0.07
Srm-HIERRO (II+III)	44.3	105.3	60.0	2.4	0.30	0.32	0.08
ANALISIS BASICO ORINA	145.5	380.3	295.7	2.6	0.30	0.31	0.11
Pla-T. de TROMBOPLASTINA	3.8	10.8	5.5	3.8	0.36	0.37	0.10
San-ERITROSEDIMENTACION	41.4	119.2	80.2	2.9	0.32	0.28	0.09
Srm-TIROTROPINA	3.6	14.9	11.2	4.1	0.35	0.33	0.10
Srm-PROTEINA C REACTIVA	11.7	53.2	20.7	4.5	0.52	0.48	0.23
Srm-FACTOR REUMATOIDE	10.7	50.9	21.4	4.8	0.50	0.48	0.23
UROCULTIVO	18.6	91.3	55.7	4.9	0.41	0.40	0.15
Srm-ANTICUERPOS CONTRA VIH 1 y 2	1.6	10.4	2.5	6.4	0.76	0.66	0.88
Srm-ANTIGENO SUPERFICIE DEL VHB	1.8	15.6	3.8	8.7	0.75	0.81	0.91
San-GLICOHEMOGLOBINA Srm-ANTIGENO	2.6	27.8	12.4	10.8	0.58	0.53	0.38
PROSTATICO ESPECIFICO	5.3	68.1	18.0	12.8	0.81	0.74	0.60
Srm-LACTATO DESHIDROG.	0.4	7.0	1.5	18.6	0.98	0.83	0.99
Srm-INMUNOGLOBULINA E	0.03	0.72	0.1	22.0	1.16	1.19	1.26
Srm-CREATINA QUINASA	0.17	4.51	1.8	26.9	0.70	0.62	0.35
Srm-ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	0.05	1.64	0.4	33.4	0.87	0.84	0.59
dUri-ALBUMINA Srm-ANTICUERPOS CONTRA	0.06	2.14	0.2	37.4	1.64	1.32	1.59
ESTREPTOLISINA O	0.07	4.22	0.7	58.8	1.00	0.95	0.88
Srm-}-AMILASA	0.17	14.57	2.3	86.9	1.20	1.12	0.97

*tasas no estandarizadas max máximas, mín mínimas y med mediana. Solic/1000 hbs es solicitudes por 1000 habitantes.
EQ es razón de variación. CV es coeficiente de variazión. CVp es coeficiente de variación ponderado. SCV es componente sistemático de la variación. T es tiempo San— es sangre. Srm— es suero. dUri— es orina de 24 horas. VIH es virus de la inmunodeficiencia humana. VHB es virus de la hepatitis B.

1.- Castellví JA. Estudio de la adecuación de las solicitudes de laboratorio en la atención primaria: análisis de sobreutilización y subutilización. Tesina, Master de Economía de Salud y Gestión Sanitaria. Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. 1996.

2.- AACC task force on the changing practice environment: The changing environment for the practice of clinical chemistry. Clin Chem 1996; 42: 91-5.

EVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LOS PROTOCOLOS DE FISIOTERAPIA DIRIGIDOS A LOS PACIENTES CON CERVICALGIA.

Francesc Medina i Mirapeix y Grupo de Evaluación de los Protocolos de Fisioterapia

INTRODUCCIÓN

En relación a la evaluación de los protocolos, cuatro son las dimensiones que se ha señalado que se deben evaluar:

- la calidad formal, entendida como los requisitos estructurales exigibles a un protocolo
- su utilización
- la calidad de los contenidos específicos del aspecto protocolizado
- su efectividad, es decir, el impacto que haya podido tener sobre la salud de los pacientes.

Las primeras experiencias sobre evaluación de los protocolos diseñados por los profesionales de las distintas categorías y niveles asistenciales de la región de Murcia se han dirigido a evaluar aspectos formales, habitualmente con criterios bastante elementales (1,2). Inicialmente, la mayoría de los autores han priorizado mejorar primero la calidad formal de sus protocolos antes que otros aspectos porque si bien una correcta estructura no garantiza completamente la calidad del protocolo, una estructura incorrecta se podía asociar siempre con un protocolo deficiente (3).

Las experiencias sobre la evaluación del resto de las dimensiones han sido bastante menos habituales, sobre todo la efectividad.

El Grupo de Investigación sobre Evaluación de los Protocolos de Fisioterapia, inició su actividad evaluando la calidad formal de los protocolos del nivel de Atención Primaria de la Región de Murcia y los del resto del Estado. Esta experiencia puso de manifiesto la baja calidad generalizada entre los protocolos recopilados de toda España (4). A partir de esta realidad se completó un ciclo de mejora dentro de la Comunidad de Murcia con el fin de mejorar su calidad, habiéndose logrado mejoría absolutas y relativas sorprendentes. Los resultados de esta última experiencia se presentan en este congreso.

La evaluación de la utilización de los protocolos de Murcia en un tipo de usuarios concreto está siendo actualmente investigada gracias a la financinación del Programa EMCA.

La evaluación de los contenidos de los protocolos sí que ya se ha realizado. Para ello, inicialmente se ha evaluado la variabilidad de las recomendaciones ante un problema concreto (la cervicalgia) y, posteriormente, se ha evaluado la adecuación de esos contenidos a la evidencia científica.

Teóricamente, toda recomendación válida contenida en un protocolo debería realizarse en base a la evidencia científica existente. Sin embargo, ello no siempre se hace, bien sea por la inexistencia de tales evidencias o por que no se consideren. Esta situación, unida a una posible ausencia de consenso conduce inevitablemente a una variabilidad poco justificada.

El objetivo de la presente ponencia es en primer lugar, analizar la variabilidad existente en las pautas de valoración y tratamiento fisioterápico contenidas en los protocolos de Fisioterapia dirigidos a pacientes con cervicalgia y, en segundo lugar, determinar si estas últimas se adecúan a la evidencia existente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de las recomendaciones sobre valoración y tratamiento incluidas en los protocolos de Fisioterapia dirigidos a pacientes con cervicalgia mecánica con o sin irradiación elaborados en España entre los años 1990 y 1998 en el ámbito de la Atención Primaria.

Las variables que se han considerado han sido:

n En relación a la valoración: todas las recomendaciones de la anamnesis relacionadas bien con los antecedentes, los síntomas o consecuencias del problema, y todas las recomendaciones de la exploración física relacionadas bien con la inspección, la palpación o valoración articular, muscular o neurológica.

- En relación al tratamiento: las técnicas de Fisioterapia que se recomiendan y las combinaciones de técnicas que se proponen.

Para establecer los criterios de calidad basados en la evidencia se ha revisado la literatura científica quedando definidos, a partir de los ensayos randomizados y controlados que presentan un mayor nivel de evidencia, del siguiente modo:

1. Como tratamiento básico para todos los pacientes con cervicalgia mecánica se utilizará la Onda Corta pulsada

Aclaración: con frecuencia de 27 MHz.

2. Para todo pacientes con cervicalgia mecánica que presente dolor irradiado a miembro superior o espondilosis radiológica se utilizará la tracción cervical mecánica. Aclaración: intermitente, en decúbito supino, con cuello en flexión de 25-30°, con peso entre 10 y 13 Kg.
3. Si el paciente presenta disfunción de la movilidad pasiva analítica articular en la columna cervical se utilizará tratamiento manipulativo articular.

Aclaración: Manipulación cervical con movimiento de alta velocidad y baja amplitud (thrust)

Aunque existe evidencia de algunos aspectos de la valoración del paciente con cervicalgia, sin embargo con el fin de realizar una primera aproximación al problema de la adecuación de las recomendaciones de los protocolos, nos centraremos sólo en los criterios terapéuticos descritos.

Se ha realizado un análisis estadístico univariante, estableciendo las proporciones absolutas y relativas y un análisis bivariante para la prueba de la Ji cuadrado mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

La población de estudio es de 43 protocolos de Cervicalgia, el 54,5% elaborados posteriormente a 1994 y el 59% por fisioterapeutas exclusivamente, en el resto participaron otros miembros de los equipos, habitualmente médicos de AP. La cervicalgia es uno de los problemas preferentemente protocolizados en la Fisioterapia de AP; del conjunto de los protocolos recopilados de toda España los protocolos de cervicalgia suponen el 10,5%.

En relación a las recomendaciones sobre la valoración, en el conjunto de los protocolos se mencionan 23 recomendaciones, 7 relacionadas con aspectos de la anamnesis y 16 con la exploración física. El rango en el número total de recomendaciones sobre valoración incluidas en los protocolos está entre 20 (sólo en 1), y 0 (en 18), siendo la media de 5,2.

En la anamnesis, el estudio del dolor es la recomendación más frecuente (53,48%); entre los protocolos que se recomienda existe una notable variabilidad respecto a la especificación de los parámetros del dolor que se recomienda valorar (intensidad, localización o tipo de dolor).

Para la exploración física la inspección general (39,53%) es la más recomendada y la palpación de la piel y de los relieves óseos (6,97%) la que menos. En relación a la musculatura, en el 30.23% se recomienda valorar la fuerza muscular, en 6.97% el tono y en el 13.95% no se especifica el parámetro a valorar. La valoración articular pasiva y activa se recomiendan en el 39,53%, y la resistida en el 34,88%. La notable variabilidad existente entre la inclusión o no de estas variables contrasta con la enorme homogeneidad existente entre los protocolos que las deciden incluirlas en relación al bajo nivel de concreción con el que suelen especificar las recomendaciones. Por ejemplo, sólo en 2 protocolos se especifica qué músculos valorar, en ninguno cuáles son los puntos gatillo a explorar, etc.

En relación a las recomendaciones terapéuticas los protocolos en su conjunto mencionan 38 modalidades o técnicas terapéuticas diferentes. Excepto un protocolo que recomienda una sola técnica (ejercicios), todos presentan una combinación de varias, con un rango entre 30 y 2, siendo la media de técnicas recomendadas por protocolo 7.2.

En el conjunto de los protocolos se han encontrado 310 recomendaciones de alguna de las 38 modalidades. El 56% (174) de todas estas recomendaciones corresponde a las 8 técnicas más recomendadas. Estas técnicas son: la educación sanitaria, que se recomienda en 33 protocolos (76.7%), los ejercicios, la termoterapia, los infrarrojos, la electroterapia analgésica, los ultrasonidos, las microondas y el masaje.

La técnica más utilizada, la educación sanitaria, tiende a recomendarse de forma conjunta con ejercicios y con infrarrojos o con termoterapia mediante microondas ($p<0'001$). Cuando se combina con esta última, hay tendencia añadir a la combinación la electroterapia antálgica ($p<0'01$).

Toda la variabilidad existente a la hora de incluir en los protocolos de Fisioterapia las recomendaciones sobre valoración o tratamiento, contrasta con que existe una evidencia que no la justifica. Además, como ya se ha dicho, aunque existe evidencia tanto de la valoración como del tratamiento fisioterápico, sólo hemos evaluado de momento los criterios terapéuticos.

Paradójicamente las 3 técnicas referidas por la evidencia científica, no están entre las 8 más recomendadas en los protocolos:

- Sólo en 3 protocolos (6.97%), se recomienda la onda corta, pero además en ninguno de ellos se especifica si es continua o intermitente, o la frecuencia.
- La tracción cervical aparece en 14 protocolos (32.56%), sin embargo, en 4 solamente se cita la técnica y no se ofrece ninguna especificación sobre la misma, el carácter continuo o intermitente solo se especifica en 1 protocolo (incumpliendo el criterio 2 extraído de la evidencia), la posición del cuerpo en 5 (en 2 se incumple), y la del cuello en 4 (en 2 se incumple) y el peso en 8 (en 3 se incumple). Ningún protocolo cumple todos los apartados del criterio.
- La manipulación aparece sólo en 7 protocolos habiéndose detectado diferentes términos para refererirse a ella: manipulación, terapia articulatoria forzada, manipulación osteopática, terapia manual articulatoria.

CONCLUSIONES

- Existe una gran variabilidad en las recomendaciones que se protocolizan para la valoración inicial y el tratamiento fisioterápico de los paciente con cervicalgia. Esta variabilidad se traduce en unas diferencias muy considerables en los procesos y los recursos necesarios para su cumplimentación entre centros, si éstos siguen sus propios protocolos.
- El porcentaje de recomendaciones que se incluyen sin respaldo científico es muy alto, y sin embargo muy bajo el de las recomendaciones basadas en la evidencia científica. La tracción cervical, la onda corta y la manipulación no se recomiendan de forma sistemática en los protocolos de Fisioterapia para la cervicalgia, pero además cuando se recomienda si que sistemáticamente se omiten las especificaciones con las que deben ser aplicadas.
- Es necesaria una revisión científica y sistemática del contenido de los protocolos de Fisioterapia, para conseguir disminuir el porcentaje de pautas que incluyen recomendaciones sin respaldo científico, y de forma subsidiaria disminuir la variabilidad de las recomendaciones.

Esta ponencia ha sido posible gracias al Proyecto 1149/97 subvencionado por el FIS y al nº 980503/98 de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia

BIBLIOGRAFIA

1. Saura LLamas J, Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. Aten Primaria 1994; 13: 355-361.
2. Gaona Ramón JM, Saura LLamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR. Evaluación del diseño de los protocolos clínicos de Pediatría en la Comunidad Autónoma de Murcia. Pediátrika 1995; 15: 390-5.
3. Saura LLamas J, Saturno Hernández PJ, y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Protocolos Clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Aten Primaria 1996; 18: 91-6.
4. Medina i Mirapeix F. y cols. Evaluación de la calidad formal de los protocolos clínicos de Fisioterapia elaborados en Atención Primaria. (En prensa)

PONENCIAS

Variabilidad en la Práctica Clínica y Atención Sanitaria Basada en la Evidencia

LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: PERSPECTIVAS CLÍNICA, GESTORA Y POBLACIONAL.

Salvador Peiró

LA VARIABILIDAD DE LA PRACTICA MÉDICA

La constatación y el análisis de la variabilidad en la práctica médica (VPM) ha supuesto, sobre todo, una quiebra en la creencia tradicional de que los médicos realizan de manera uniforme actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas inequívocamente adecuadas –científicas- ante cada problema de salud. En ausencia de explicaciones plausibles por el lado de la demanda (morbilidad, accesibilidad o preferencias de los pacientes), la constatación de esta variabilidad plantea importantes dudas sobre la indicación de determinadas intervenciones y sobre los resultados para los pacientes en función del uso de una u otra práctica posible, llevando directamente a preguntarse por la evidencia que apoya los estilos de práctica, así como a cuestionar la legitimidad, en situaciones de incertidumbre, de la aplicación de las valoraciones subjetivas de los profesionales a despecho de la evidencia disponible o las preferencias de los pacientes[1]. La presencia de variaciones en la práctica médica (VPM) no puede ser contemplada con indiferencia dado el impacto y las implicaciones que dicha variabilidad tiene en la calidad, accesibilidad, adecuación y coste de la atención, así como con valores -tan importantes en atención sanitaria- como la equidad. El impacto poblacional de las VPM, especialmente en las intervenciones de alta frecuencia, se traduce en que miles de personas serán intervenidas o no en función de su lugar de residencia, y esta situación convierte a las VPM en una fuente de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad[2] y lleva a preguntarse por cual es la tasa adecuada de una intervención[3].

Las variaciones en la practica médica (VPM) se han definido como las variaciones sistemáticas -no aleatorias- en las tasas estandarizadas de un procedimiento clínico (terapéutico o diagnóstico, médico o quirúrgico) a un determinado nivel de agregación de la población[4]. Aunque existen notables precedentes, fue a partir de los años setenta que un amplio número de estudios evidenciaron la existencia de importantes variaciones en las tasas de ingresos hospitalarios (globales y para numerosos grupos diagnósticos) y de procedimientos quirúrgicos en comparaciones a nivel local, regional e internacional. En general, las investigaciones sobre VPM relacionan el número de residentes en áreas geográficas concretas que han recibido un determinado servicio sanitario en un periodo de tiempo definido, con la población total de tales áreas en dicho periodo. Su objetivo es comparar las tasas obtenidas y valorar si la variabilidad entre áreas implica una diferente utilización de los servicios estudiados. Los resultados obtenidos, en ausencia de diferencias relevantes en los indicadores de salud específicos, suelen interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables en la atención sanitaria, con su correlato de costes innecesarios y utilización ineficiente de recursos. Singular importancia tienen, en este sentido, los trabajos en pequeñas áreas vecinas que asumen condiciones de entorno similares y hacen más improbable que la variabilidad se deba a diferencias en la morbilidad de la población.

Las VPM se han relacionado con diversos factores, entre los que los artefactos causados por problemas con los datos o su análisis pueden tener una importancia primordial. Obviamente,

la prevalencia de las enfermedades en cada comunidad puede explicar en parte estos fenómenos, pero en los estudios de base poblacional las evidencias sobre la importancia de la morbilidad como factor explicativo de VPM son contradictorias[5]. Igualmente, existen evidencias contradictorias sobre la importancia de los aspectos económicos, sociales y culturales de la población, incluyendo las propias preferencias del paciente, en las variaciones en utilización de servicios sanitarios. Mas claro es el papel de los factores relativos a la estructura y organización del sistema sanitario o la relación entre el volumen de la oferta de servicios y la población[2,6-10].

Las VPM han sido el punto de origen de los programas de investigación sobre efectividad de los tratamientos, difusión de resultados e incorporación de las preferencias de los pacientes que han dominado el panorama de la investigación en servicios de salud durante la última década. En nuestro país, diversos investigadores han empezado a documentar VPM utilizando la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria[11,12] o los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria[13-16], con resultados muy ilustrativos. En las paginas siguientes se describe la variabilidad en la tasa de intervenciones de cataratas en las áreas de salud de la provincia de Alicante, para desde ahí discutir las implicaciones de estas variaciones para la práctica clínica y la política sanitaria, así como las posibles aproximaciones para abordar esta problemática.

Las intervenciones de cataratas como ejemplo

Una aproximación a la relevancia que el problema de las VPM presenta en nuestro país puede mostrarse a partir de un estudio transversal, descriptivo de las tasas (por 1000 habitantes y estandarizadas por edad y sexo) de intervenciones de cataratas en las 8 áreas de salud de la provincia de Alicante, durante el periodo 1994-95, seguido de un análisis ecológico de la relación entre tales tasas y el volumen poblacional de recursos (camas oftalmológicas, oftalmólogos y horas de quirófano de oftalmología por 100.000 habitantes).

En la tabla 1 se muestran las tasas de intervenciones (incluyendo centros públicos, cirugía sin ingreso y centros concertados, y ajustadas por edad y sexo) en las 8 áreas, que van desde 6,5 a 48,4 intervenciones por 10.000 habitantes (todas las edades), superando en 7,4 veces el área con mas intervenciones a la que menos.

Tabla 1. Intervenciones de cataratas. Tasas por 10.000 habitantes.

Area de salud	Población	Casos observados	Casos ajustados	Tasa cruda	Tasa estandarizada	IC95%	tasa estandarizada
Area 2	133144	94,5	87,26	7,098	**6,554**	6,141	6,967
Area 1	110125	102,5	83,56	9,308	7,588	7,122	8,053
Area 8	177888	245,6	241,14	13,806	13,556	13,044	14,067
Area 3	106632	250,5	235,56	23,492	22,091	21,276	22,905
Area 6	187424	467,9	477,08	24,965	25,454	24,788	26,120
Area 4	144668	473,8	424,44	32,751	29,339	28,568	30,109
Area 7	225713	546,8	687,97	24,225	30,480	29,784	31,176
Area 5	204564	869,0	990,10	42,481	**48,400**	47,592	49,209
Alicante	1290158	3050,6	3227,1	23,65	25,01		

Estandarización directa. IC95%: Intervalo de confianza del 95% de la tasa estandarizada. Razón de Variación: **7,38**; Coeficiente de Variación: **0,56**; Coeficiente de Variación ponderado: **0,53**; Componente Sistemático de la Variación: **221,45**; χ^2: 677,31; p(χ^2): **<0,001**

En la tabla 2 se muestran las tasas de intervenciones para la población mayor de 50 años. Para este grupo, la tasa de intervenciones varió desde las 21,3 intervenciones por 10^4 en las áreas 1 y 2, hasta las 162,3 por 10^4 del área 5.

Tabla 2. Intervenciones de cataratas. Tasas por 10.000 habitantes de 50 o más años.

Area de salud	Población	Casos observados	Casos ajustados	Tasa cruda	Tasa estandarizada	IC95%	tasa estandarizada
Area 1	39114	88,0	83,15	22,498	**21,259**	19,877	22,641
Area 2	41017	88,5	87,41	21,576	**21,310**	19,926	22,695
Area 8	52601	237,8	241,40	45,208	45,893	44,135	47,650
Area 3	31433	242,5	234,98	77,148	74,756	71,961	77,550
Area 6	51844	434,2	429,04	83,751	82,756	80,524	84,988
Area 4	44238	454,8	434,52	102,808	98,223	95,602	100,843
Area 7	54053	515,0	550,72	95,277	101,884	99,506	104,263
Area 5	54179	825,7	879,43	152,402	**162,319**	159,568	165,070

Estandarización directa. IC95%: Intervalo de confianza del 95% de la tasa estandarizada.

Estas diferencias en tasas de intervenciones se traducen (véase gráfico 1) en grandes diferencias en a probabilidad de ser intervenido para cada grupo edad. Así, a los 85 años, en el área 5 el 15% de los ojos habrán sido intervenidos, mientras que en las áreas 1 y 2 lo habrán sido menos del 3% de los ojos. Nótese también las grandes diferencias entre hombres y mujeres, que no tienen justificación epidemiológica.

En la tabla 3 se presentan los resultados de las regresiones lineales simples (independientes) entre las diferentes variables de la oferta (siempre en tasas por 10^n habitantes) y la tasa de intervenciones de las diferentes áreas. El número de oftalmólogos por 10^5 habitantes no mostró asociación con la tasa de intervenciones, pero si lo hicieron el número de camas, la presencia de docencia MIR para la especialidad y, sobre todo, el número de horas de quirófano disponibles por 10^4 habitantes que alcanzó a explicar el 78% de la variabilidad en la tasa de intervenciones en cada área.

Tabla 3. Intervención de cataratas. Relación entre tasa de intervenciones y oferta de servicios. Regresión lineal independiente para cada variable.

Variable	R	R^2	p	constante	B	IC95% B	
Cirujanos /10^5 hab.	0,165	0,027	ns	—	—	—	—
Camas /10^5 hab.	0,700	0,490	0,05	6,212	26,488	-0,507	53,483
Horas quirófano/ 10^4 hab.	0,882	0,777	<0,005	-4,951	0,590	0,275	0,905
Docencia Mir (si/no)	0,735	0,540	<0,05	17,430	22,010	1,723	42,297

R: coeficiente de correlación; R2: coeficiente de determinación; B: coeficiente beta; IC95%B Intervalo de confianza del 95% del coeficiente B.

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis multivariante en el que tanto el número de oftalmólogos como la presencia de docencia MIR resultaron significativas, alcanzando a explicar el 85% de la varianza en la tasa de intervenciones entre áreas de salud.

Tabla 4. Intervención de cataratas. Relación entre tasa de intervenciones y oferta de servicios. Regresión multivariante.

Variable	B	EE(B)	B st	t	p	IC95% B	
Cirujanos /10^5 hab.	0,459	0,142	0,687	3,227	0,023	0,093	0,826
Docencia MIR (si/no)	9,994	6,374	0,334	1,568	0,168	-6,391	26,379
Constante	-1,284	6,351		-0,202	0,848	-17,608	15,041

R^2: **0,851**; B: coeficiente beta; EE(B): error estándar de B; B st: Coeficiente B estandarizado; IC95% B: Intervalo de confianza del 95% de B.

En la tabla 5 y gráfico 2 se muestran los resultados de los análisis de regresión independientes entre las variables de la oferta y la propia tasa de intervenciones sobre la lista de espera de cataratas (también en lista de espera por 10^n). Salvo la docencia MIR, ninguna de las variables resultó significativa, indicando que el mayor volumen de oferta e incluso la mayor tasa de intervenciones no producen un efecto significativo sobre la reducción de las listas de espera y, lo que es más paradójico todavía, la tendencia de las asociaciones, aun las no significativas, van en sentido contrario al esperable, esto es, la lista de espera poblacional tiende a incrementarse al incrementar la oferta o al incrementar la tasa de intervenciones. multivariante en el que tanto el número de oftalmólogos como la presencia de docencia MIR resultaron significativas, alcanzando a explicar el 85% de la varianza en la tasa de intervenciones entre áreas de salud.

Tabla X. Intervención de cataratas. Relación entre lista de espera poblacional con tasa de intervenciones y oferta de servicios. Regresión lineal independiente para cada variable.

Variable	R	R^2	p	constante	B	IC95%	B
Tasa directa 0,529	0,280	ns	—	—	—	—	
Cirujanos /10^5 hab.	0,061	0,004	ns	—	—	—	—
Camas /10^5 hab.0,237	0,056	ns	—	—	—	—	
Horas quirófano/ 10^4 hab.	0,368	0,135	ns	—	—	—	—
Docencia MIR (si/no)	0,833	0,695	<0,01	10,080	16,102	5,437	26,738

R: coeficiente de correlación; R2: coeficiente de determinación; B: coeficiente beta; IC95%B Intervalo de confianza del 95% del coeficiente B.

Finalmente, en el gráfico 3 (figura A), se muestra la probabilidad acumulada de ser intervenido en cada área, ya presentada en la gráfica 1, y los mismos resultados (gráfica B) tras excluir los casos intervenidos en centros concertados, gráfica que muestra una importante reducción de la variabilidad en las tasas de intervenciones respecto a la anterior, sugiriendo que buena parte de las diferencias entre áreas se deben al uso diferencial del recurso a centros concertados.

Los resultados del estudio en Alicante son consistentes con la literatura sobre el tema, poniendo en evidencia una alta variabilidad en la tasa de intervenciones de cataratas, típica de los procedimientos de cirugía electiva para condiciones benignas, donde existe una importante incertidumbre sobre el beneficio –en términos sanitarios- que aportan a diversos tipos de pacientes. El resultado de estas variaciones es que los habitantes de poblaciones vecinas pueden estar sometidos a una tasa de intervenciones muy variable sin que se conozca con certeza que beneficios o perjuicios para la salud de la población se obtienen de estas diferencias.

Pero además, los resultados obtenidos orientan hacia dos conclusiones de interés. La primera es que la tasa de intervenciones esta directamente relacionada con el volumen de la oferta y la segunda, es que la tasa de intervenciones no se relaciona con las necesidades de la población,

medida como personas en lista de espera de esta intervención. Bien al contrario, parece que en las áreas donde mas se interviene existe mayor lista de espera poblacional, sugiriendo que en estas áreas se indican mas intervenciones que en las áreas vecinas, aspecto que, a su vez, sugiere que estas indicaciones se producen en casos menos graves.

La variabilidad en la atención sanitaria de la cataratas ha sido evidenciada en diversos trabajos en nuestro país. En Barcelona, una encuesta a oftalmólogos ha mostrado la existencia de apreciables diferencias en el manejo quirúrgico de las cataratas, tanto en lo que respecta a pruebas oftalmológicas como a la propia intervención y al seguimiento post-intervención[17]. En este trabajo se aprecia una presencia importante de pruebas diagnósticas innecesarias (conforme a la evidencia científica disponible), la frecuente no realización de algunas pruebas recomendadas en las guías de práctica de la Academia Americana de Oftalmología, y el bajo uso de algunas técnicas (anestesia local, cirugía ambulatoria) en relación a otros países. Los resultados, en su conjunto, muestran una amplia variabilidad en el manejo de la catarata, más explicable por las diferentes características de los oftalmólogos (edad, formación, experiencia, tipo de práctica, etc.) que desde la idea convencional de que las actuaciones clínicas se basan en la aplicación de conocimientos científicos a situaciones definidas por las características de la enfermedad y el paciente.

Desde un punto de vista mas global, Compañ et al[12] describieron las fuertes diferencias entre Comunidades Autónomas en las tasas de ingresos hospitalarios por catarata en personas mayores de 65 años (tabla 3), que iban desde poco mas de 40 intervenciones por cada 10^4 personas mayores de 65 años en Galicia, a cifras entre 80 y 100 en Madrid, Cataluña, Extremadura y País Vasco. La Comunidad de Murcia, en este trabajo, se situaba en posiciones intermedias y, para el conjunto, las cifras son muy inferiores a las relatadas para Estados Unidos. Nótese también el diferencial en muchas CC.AA. a favor de los hombres, situación que sin embargo no se da en otras Comunidades.

TABLA 3. TASA DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR CATARATAS POR 10.000 HOMBRES O MUJERES DE 65 O MAS AÑOS, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (PROMEDIO ANUAL 1985-1989)

	Hombres	Mujeres
Galicia	43	45
Rioja	50	60
Navarra	52	42
Baleares	56	54
Castilla-León	60	56
Comunidad Valenciana	62	54
Canarias	63	48
Aragón	66	43
Asturias	68	51
Castilla La Mancha	74	54
Murcia	77	59
Cantabria	86	60
Madrid	88	82
Andalucía	90	61
Cataluña	94	77
Extremadura	95	75
País Vasco	98	96

Fuente: Compañ L et al, 1995.

Importancia clínica, en gestión y poblacional de las variaciones en la practica medica.

La observación de variaciones en la utilización de los servicios de salud plantea importantes preguntas sobre la calidad de la atención, entendida ésta en un sentido amplio que incluiría aspectos de accesibilidad, adecuación, coste-efectividad y equidad: ¿la accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o un tratamiento adecuado (con beneficios que superan a los riesgos) es distinta según el lugar donde viva? ¿la probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda? ¿Qué coste de oportunidad tiene para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? ¿cuál es el valor marginal –y el coste de oportunidad- de los recursos extra destinados a doblar una tasa de intervenciones respecto al área vecina?. Estas y otras preguntas, han conducido a la aceptación general de que la variabilidad traduce problemas de efectividad clínica y eficiencia social en las actuaciones médicas y, por tanto, a representar una fuente de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general.

Desde la perspectiva gestora, financiadores y compradores están interesados en las VPM bajo la suposición de que constituyen una oportunidad de reducir el gasto sanitario. Sin embargo, estas posibilidades no son obvias, y dependen de que factores estén implicados en la génesis de la variabilidad. Por el lado de la oferta, se ha señalado la importancia de los factores de estructura, organización y capacidad instalada, como el tipo de sistema sanitario, recursos *per capita*, existencia de alguna modalidad de co-pago, sistema de pago e incentivos a médicos u hospitales, la especialización, docencia, tamaño y tipo de centro, la forma de incorporar nuevas tecnologías, etc. Sin embargo, y desde el lado de la oferta, el interés de los investigadores se ha centrado en las diferentes opiniones de los médicos sobre los méritos relativos de las diversas opciones de tratamiento o diagnóstico para una misma condición. Estas diferencias se han atribuido a la presencia de **incertidumbre**, cuando no existe evidencia científica sobre los resultados de las alternativas de tratamiento o diagnostico en una situación concreta[18,19] o de **ignorancia**, cuando existe evidencia científica sobre el valor de las pruebas o tratamientos, pero el médico la desconoce o, aun conociéndola, emplea otras pautas[20].Precisamente, la reducción de la incertidumbre vía investigación, o de la ignorancia, vía difusión de resultados, centran la perspectiva clínica de las VPM y constituyen su enlace con el movimiento Medicina Basada en la Evidencia que intentaría modificar estos factores.

No obstante, es interesante señalar como el juicio clínico se ve afectado por el volumen de la oferta. Los trabajos que han estudiado a nivel individual la utilización inapropiada en áreas de alto y bajo uso no han hallado diferencias entre ellas[21-23] y se ha sugerido la posibilidad de un problema de subprovisión de cuidados. Sin embargo, y dado que, en términos poblacionales, la mortalidad específica también es similar en ambos tipos de áreas[9,10], esta conclusión no es obvia. Mas probable parece que, cuando la capacidad instalada es alta, se incremente el número de ingresos en todos los niveles de gravedad de los pacientes, de modo que los pacientes mas graves serían mas ingresados (y reingresados), y los mas leves también, sin que ello se tradujera en mejores resultados para la población[3]. Si la gravedad media de los pacientes no se asocia con la variabilidad en la tasa de ingresos o intervenciones, y no están claras las ventajas comparativas de cada alternativa en relación a otras, el resultado es que paciente a paciente no

se detectan diferencias en inadecuación y, por contra, área a área, se obtienen resultados iguales con costes muy distintos. Los clínicos que trabajaban simultáneamente en hospitales de New Haven y Boston, con tasas de ingresos de 156 y 213 por 1000 habitantes/año, respectivamente, variaban su estilo de práctica para adaptarse a la disponibilidad de camas en cada hospital, sin que fueran conscientes de este cambio, ni reconocieran la existencia de restricciones[9,10].

También tiene interés valorar la importancia de estas variaciones en el gasto sanitario global, especialmente cuando no son inusuales las propuestas de contención del gasto sanitario sin otro criterio que su relación con el PIB o basadas en la relación coste-efectividad de los procedimientos médicos. A este respecto, Wennberg señaló que si en Boston se adoptasen las tasas de utilización de recursos de New Haven, podrían quedar disponibles para otros usos 143 millones de dólares anuales en la primera ciudad[10], y Fisher et al calcularon que si todas las áreas de Oregón tuvieran la tasa de utilización de servicios de Salem, su capital, podrían liberarse suficientes recursos para pagar los gastos de todo el programa Medicaid (atención de beneficencia) del citado Estado[24], en un momento que dicho programa estaba experimentado un severo y controvertido plan de racionamiento –conocido como el experimento Oregón- basado en el análisis coste-efectividad y que limitaba el acceso de las personas sin recursos a la atención médica para aquellos procedimientos útiles que quedaban fuera de un determinado umbral en su relación entre costes y efectividad.

Desde la **perspectiva clínica**, las variaciones no constituyen un problema per se, sino que son el reflejo de otros problemas (incertidumbre, ignorancia, problemas organizativos o incentivos perversos, etc.), cuyo abordaje redundaría en una mejora de la calidad de la atención, aunque no necesariamente en una disminución de los gastos. Desde esta óptica solo deberían calificarse como situaciones problemáticas las variaciones no intencionadas que se producen en procesos para cuyo diagnóstico y tratamiento existe una evidencia científica suficientemente consolidada. Las estrategias clínicas correspondientes tendrían como objetivo mejorar la atención a pacientes individuales y variarían en función de las situaciones a estudio[1]. Así, ante una situación en que se conoce la afectividad e indicaciones de un procedimiento en un tipo concreto de pacientes (y excluyendo las diferencias poblacionales) la variabilidad sólo puede ser atribuida a ignorancia, y su reducción pasaría por actuaciones que hicieran llegar la información necesaria a los clínicos de forma comprensible y rápida, como las guías clínicas y los protocolos, la formación continuada, sesiones de discusión, etc., así como por la retroinformación sobre la propia práctica y sus resultados[25], el empleo de técnicas de revisión de la utilización inadecuada[26] y mecanismos de incentivación que contribuyan a estimular el uso apropiado o, como mínimo, que no estimulen la utilización innecesaria. Si se esta ante un uso diferencial por la existencia de un problema de incertidumbre, las estrategias de acción serían distintas y enfocadas a obtener resultados a más largo plazo: investigación que ponga en evidencia las variaciones en el uso de un procedimiento o la existencia de vacíos de conocimiento sobre sus resultados, profundizar en la eficacia, efectividad y coste-efectividad de distintos procedimientos alternativos para un mismo problema de salud, mecanismos que permitan mejorar la participación de los pacientes en las decisiones clínicas y, desarrollar y difundir consensos basados en la opinión de expertos sobre la mejor práctica en estos casos. A medida que la investigación fuera eliminando vacíos de conocimiento sobre resultados bene

ficiosos y adversos de un procedimiento, las iniciativas a tomar se desplazarían desde las citadas en este apartado, a las del apartado anterior.

Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tiene inferencias ambiguas y las **implicaciones para la clínica y la política sanitaria** de unos mismos conocimientos sobre efectividad, pueden ser diferentes. Una persona mas o menos enferma, la existencia de recursos disponibles (una cama, un quirófano, un oftalmólogo) y la creencia social de que más es mejor, tienen un resultado inequívoco: el incremento de intervenciones medicas[3]. Y aunque para una condición médica concreta -como la catarata- se investiguen beneficios y riesgos, y se mejore la adecuación de la práctica mediante la investigación de procesos y resultados, centenares de condiciones quedarán sin investigar y serán susceptibles a la influencia del volumen de oferta en la práctica clínica. Si la política sanitaria ha de ser la expresión legítima de las preferencias sociales, debe contribuir a que el producto de los servicios sanitarios sea un insumo eficiente del bienestar social y, para ello, debe guiar el establecimiento de prioridades sociales y controlar el crecimiento de la oferta de servicios sanitarios.

Política sanitaria y práctica clínica tienen perspectivas distintas (comunitaria e individual respectivamente) y enfrentamientos, pero también complementariedades. Mantener la oferta en el menor nivel cuando existen áreas geográficas con niveles de salud homogéneos y volumen de oferta dispar es una estrategia razonable, pero mejorar el conocimiento sobre la adecuación de los estilos de práctica de un procedimiento concreto sobre un grupo de pacientes específico (estrategias micro), es el terreno donde –aunque, tal vez, no siempre- pueden coincidir las estrategias de política sanitaria y las estrategias clínicas para maximizar simultáneamente los beneficios sanitarios individuales y el bienestar social. Por ello, una estrategia crítica de la política sanitaria pasa por apoyar las estrategias clínicas de reducción de la variabilidad y mejora de la efectividad, adecuación y eficiencia de los procesos médicos, máxime cuando estas estrategias micro tienen la ventaja de estar mas cercanas al pensamiento médico (de hecho, se articulan en torno a las partes más científicas del saber médico) y de su mayor legitimidad social, ya que se basan en la reducción de cuidados innecesarios.

Desde la óptica de la política sanitaria, las estrategias macro (control de la oferta) que busquen maximizar el bienestar de la sociedad, deben ser combinadas –y, hasta cierto punto, guiadas- por las estrategias micro (gestión clínica, medicina basada en la evidencia, investigación de resultados). Y aunque no todas las situaciones puedan ser objeto de investigación, es posible priorizar aquellas que optimizan la perspectiva social. Existen algunas reglas[27] que permiten a acercarse a esta perspectiva y que, en resumen, sugieren que los procedimientos que consumen un elevado volumen de recursos, sujetos a incertidumbre, con alta variabilidad en su utilización y grandes posibilidades de utilización inapropiada, que son el objetivo central de las estrategias micro, son también un objetivo crítico para la política sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA.

[1]MARIÓN BUEN J, PEIRÓ S, MARQUEZ CALDERÓN S, MENEU DE GUILLERNA R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. Med Clin (Barc) 1998; 110(10): 382-390.

[2]BUNKER JP. Variations in hospital admissions and the appropriateness of care: American preoccupation's?. Br Med J 1990; 301: 531-532.

[3]WENNBERG JE. On the appropriateness of small-area analysis for cost-containment. Health Affairs 1996; 15: 164-167.

[4]MCPHERSON K. Cómo debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. Var Prac Med 1995; 7: 9-17.

[5]WENNBERG JE. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. A comment on Mark Blumberg's thesis that morbidity adjusters are needed to interpret Small Area Variations. Med Care 1987; 25: 354-359.

[6]BUNKER JP. Surgical Manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. N Eng J Med 1970; 282: 135-144.

[7]*BROOK RH, WARE JE, ROGERS WH. Does free care improve adults' health?: Results from a randomized controlled trial. N Eng J Med 1983; 309: 1426-1434.*

[8]WENNBERG JE, BARNES BA, ZUBKOFF M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. Soc Sci Med 1982; 16: 811-24.

[9]WENNBERG JE, FREEMAN JL, CULP WJ. Are hospital services rationed in New Haven or over utilised in Boston?. Lancet 1987; i: 1185-1188.

[10]WENNBERG JE, FREEMAN JL, SHELTON RM, BUBOLZ TA. Hospital Use and Mortality among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven. N Eng J Med 1989; 321: 1168-1170

[11]SARRIA SANTAMERA A, SENDRA GUTIÉRREZ JM. Diferencias regionales en la utilización hospitalaria. Gac Sanit 1993;7: 63-69.

[12]COMPAÑ L, PEIRO S, MENEU R. Variaciones geográficas en hospitalizaciones quirúrgicas en ancianos. Rev Gerontol 1995; 5:166-170.

[13]JANÉ E, BARBA G, SALVADOR X, SALAS T, SÁNCHEZ E, BUSTINS M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. Gac Sanit 1996; 10: 211-219.

[14]MARQUÉS JA, PEIRÓ S, MEDRANO J, LIBRERO J, PEREZ VAZQUEZ MT, ORDIÑANA R. Variaciones en las tasas estandarizadas de quince procedimientos quirúrgicos en la provincia de Alicante. Mapfre medicina 1998; 9: 247-256.

[15]MARQUÉS JA, PEIRÓ S, MEDRANO J, LIBRERO J, PEREZ-VAZQUEZ MT, ARANAZ J ET AL. Variabilidad en las tasas de intervenciones de cirugía general por áreas de salud. Cir Esp 1998; 63: .445-453.

[16]PEIRÓ S, MENEU R, MARQUÉS ESPÍ JA, LIBRERO J, ORDIÑANA CALABUIG R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. Pap Economía Española 1998; 76: 165-175.

[17]ESPALLARGUES CARRERAS M, CASTELLS OLIVERES X, CASTILLA CESPEDES M, ALONSO CABALLERO J, INVESTIGADORES DEL I-PORT DE BARCELONA. Evaluación de la práctica clínica en cirugía de cataratas: resultados de una encuesta a oftalmólogos de la provincia de Barcelona. Gac Sanit 1998; 12:76-84.

[18]WENNBERG JE, GITTELSON AM. Variations in medical care among small areas. Sci Am 1982; 264: 100-111.

[19]MCPHERSON K. Why do variations occur?. En: Mooney G, Anderson TF, eds. The challenges of medical practice variations. London. McMillan, 1990: 16-34.

[20]MCPHERSON K. The best and the enemy of the good: randomised controlled trials, uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical decisión making. J Epidemiol Community Health 1994; 48:6-15.

[21]CHASSIN MR, KOSSECOFF J, PARK RE, J, FINK A, SOLOMON DH. Variations in the use medical and surgical services by the medicare population. N Engl J Med 1986; 314: 285-290.

[22]KAHN KL, KOSECOFF J, CHASSIN MR, SOLOMON DH, BROOK RH. The use and misuse of upper gastrointestinal endoscopy. Annals Int Med 1988; 109: 664-670.

[23]RESTUCCIA J, SHWARTZ M, ASH A, PAYNE S. High hospital admission rates and inappropriate care. Health Affairs 1996; 15: 156-163.

[24]FISHER ES, WELCH HG, WENNBERG JE. Prioritizing Oregon's hospital resources. An example based on variations in discretionary medical utilization. J Am Med Assoc 1992; 267:1925-1931

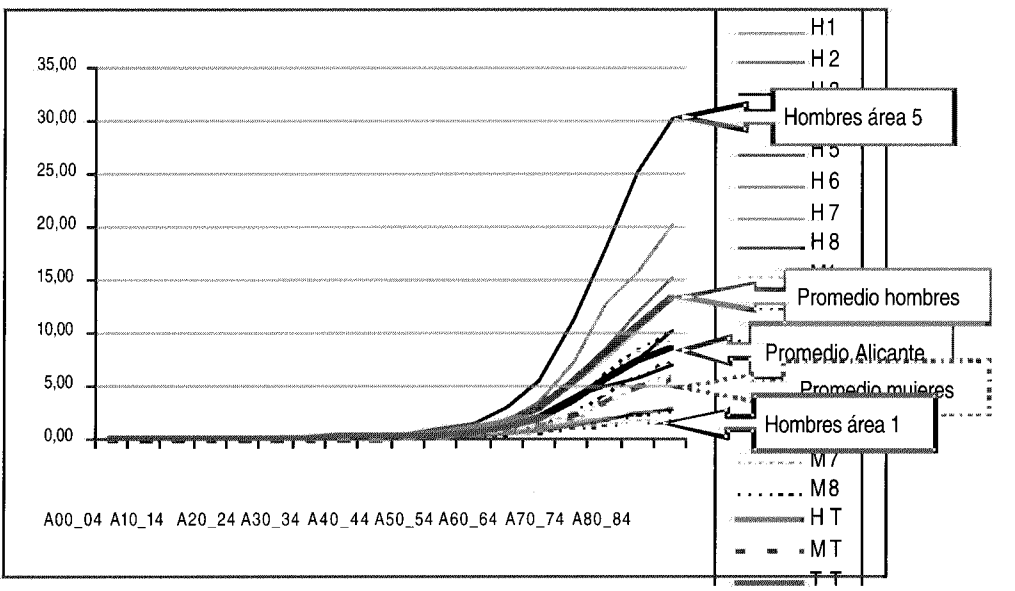
[26]PEIRÓ S, MENEU R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 122-136.

[25]MOYA RUIZ C, PEIRÓ S. Efectividad de la retroinformación a los clínicos para reducir la utilización inadecuada de la hospitalización. *En revisión (disponible mediante solicitud a los autores).*

[27]PHELPS CE, PARENTE ST. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. Med Care 1990; 28: 703-723.

*Dirección para correspondencia: Salvador Peiró. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Juan de Garay 21, 46017 VALENCIA. Tel 96 3869369; Fax 96 3869370; email: vpeiro@san.gva.es. La ponencia esta ampliamente basada en trabajos previos, cuyo equipo de investigación incluía a Ricardo Meneu, Juan Antonio Marqués, Julián Librero y Rosa Ordiñana Calabuig.

Gráfico 1. Probabilidad acumulada de ser intervenido de cataratas en las áreas de salud de Alicante en función de la edad y sexo.



Cada área y sexo son representados por una línea (hombres tazo contínuo, mujeres trazo discontinuo.El denominador son habitantes, pero el numerador son ojos intervenidos.

Gráfico 2. Asociación entre volumen de oferta, tasas de intervenciones y lista de espera poblacional

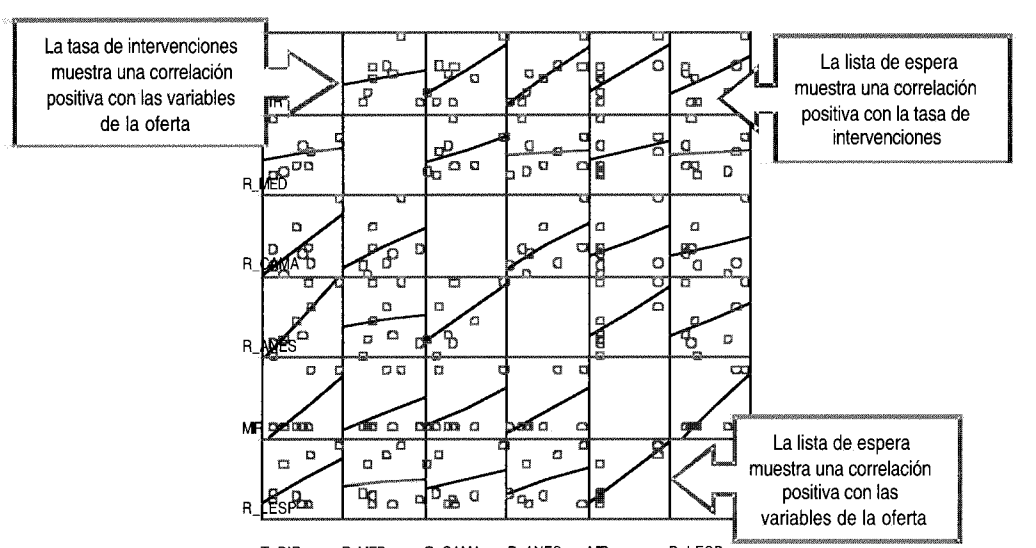
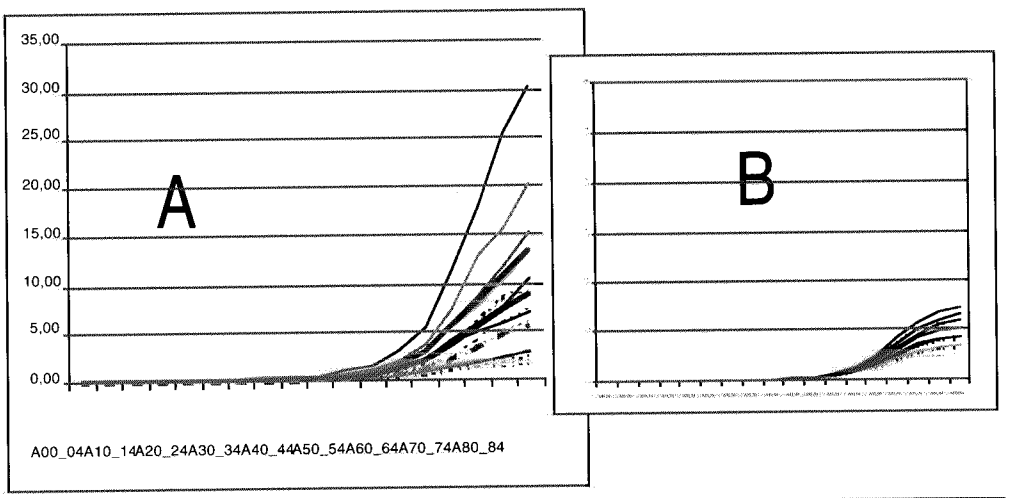


Gráfico 3. Probabilidad acumulada de ser intervenido de cataratas en las áreas de salud de Alicante, incluyendo (A) o excluyendo (B) las intervenciones en centros concertados.



VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. PERSPECTIVA GESTORA.

Luis Andrés López Fernández
Juan Manuel Jiménez Martín

La presente ponencia tiene el propósito de aportar información y reflexiones sobre algunas de las implicaciones que tiene el concepto de Variaciones en la Práctica Médica desde el punto de vista de la gestión sanitaria. No se trata de estudiar o de explicar el concepto en sí, sino mas bien intentar encontrar algunos puntos para el debate a partir de las enseñanzas que estamos aprendiendo todos de la existencia de las Variaciones en la Práctica Clínica.

El esquema que se va a seguir será en primer lugar hacer algunos comentarios genéricos sobre la interelación de la citadas variaciones con el mundo de la gestión sanitaria, a continuación algunos resultados de un estudio de opinión entre profesionales de la gestión sanitaria y su comparación con un proyecto de Investigación más amplio entre médicos asistenciales de la Atención Primaria y por último algunas reflexiones y preguntas para el debate sobre este tema en cuestión.

Un primer aspecto importante es que la existencia de Variaciones en la Práctica Médica además de representar elementos "negativos" (como existencia de desconocimiento, incertidumbre o falta de formación adecuada), también implica elementos "positivos" como por ejemplo el respeto por la existencia de elecciones diferentes por parte de los pacientes o adecuación a sistemas de valores culturales por parte de los clínicos (1). Naturalmente que las Variaciones no agotan sus potencialidades en los aspectos enumerados, pero interesa señalar con claridad que existen muy importantes aspectos positivos en las Variaciones, además de los , más evidentes, aspectos preocupantes.

Desde el punto de vista de la gestión (y también de la Investigación de Servicios de Salud) existe una perspectiva muy positiva de la existencia de Variaciones en el ejercicio médico (y, dicho sea de paso, en cualquier otra profesión sanitaria o no sanitaria): el hecho de que exista variabilidad ante situaciones clínicas similares nos permite "correlacionar" esta variabilidad con determinados factores con la que se asocia (2). Nos permite identificar "potenciales causas" de las variaciones, posibles factores que parecen influir sobre el hecho de que los médicos y los Servicios Sanitarios actúen de forma diferente ante problemas de salud o situaciones clínicas más o menos similares. Normalmente estos estudios son de naturaleza ecológica o de carácter transversal, por lo que no solemos poder hacer inferencias causales sólidas, pero sí podemos establecer sospechas de variables que influyen en que los clínicos actúen de una forma u otra en sus procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Muchos de los factores que se correlacionan con prácticas diferentes "desaparecen" con diseños multivariables, por estar, los factores, ampliamente correlacionados entre sí. Otros afectan a factores "no modificables" de los profesionales, sistemas de servicios o características de los pacientes, por lo que nos aportan información relevante del funcionamiento del trabajo profesional sanitario, de esa especie de "sanctasantorum" en el que se convierten los encuentros entre médicos y pacientes; pero no podemos cambiarlos, no podemos utilizarlos directa

mente para mejorar la calidad de los servicios de salud. Pero otras variables que "parecen" influir en las variaciones, sí podemos cambiarlas. Estas variables "modificables" son potencialmente un instrumento de influencia para facilitar algunos cambios en las prácticas sanitarias de los profesionales .

Algunas de las creencias habituales entre los gestores sobre las Variaciones en la Práctica Médica son, por ejemplo, que estas variaciones son expresión de mala calidad asistencial, aspecto que ya hemos comentado que no tiene porqué ser cierto. Otra opinión muy extendida es que la práctica correcta de entre las variaciones que se producen sería aquella más "barata", normalmente la que implica menor número de intervenciones. Esto tampoco es cierto. Ni siquiera la práctica con menor coste tiene porqué ser la más eficiente, ya que el concepto de eficiencia implica no solo al coste sino que también tiene que ver con la efectividad desde el punto de vista clínico. Es evidente que no todos los gestores comparten las creencias o presunciones negativas, pero las restricciones presupuestarias y el rol otorgado a los responsables de gestión hace conveniente explicitarlas y debatir, si fuera preciso, sobre estas cuestiones (3).

En el marco de un estudio más amplio se realizó una encuesta de opinión entre gestores de atención primaria del área gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se consideraron como gestores a los Gerentes de Area, Directores Médicos y de Enfermería en el primer caso y a los Directores de Distrito, Coordinadores de Epidemiología y Programas y Coordinadores de Enfermería en el SAS. Se les envió un cuestionario breve para responder por correo obteniendo la contestación de 241 gestores, sobre un total de 302 gestores que suponían el universo de los citados puestos. La tasa de respuesta fue de 79,8 % y el análisis de no respuestas nos mostró que, respecto a los temas que vamos a comentar, no teníamos que preocuparnos de la cuestión.

A nuestros encuestados les preguntamos fundamentalmente sobre dos cuestiones: Uno sobre la Importancia o "peso" que pensaban que tenían nueve estrategias para influir sobre la práctica profesional de sus compañeros asistenciales, estos "mecanismos de influencia" debían ponerlos en orden de capacidad para generar cambios en el ejercicio profesional de sus compañeros. Los resultados se expresan en la tabla 1. El instrumento que consideran más potente es la "instauración de un protocolo elaborado por los propios profesionales del centro", seguido de la "discusión con otros colegas de profesión" sobre la forma de diagnosticar o tratar a sus pacientes. Llama la atención que a los "incentivos económicos" les asignan, comparativamente con los otros instrumentos propuestos un papel situado el la cola de la potencia de las estrategias de influencia.

La segunda cuestión sobre la que les solicitamos su opinión fue la "Legitimidad" de determinados colectivos, instituciones o mecanismos para influir sobre la práctica de sus compañeros asistenciales. Las respuestas aparecen sumarizadas en el gráfico 1. En este caso la pregunta tenía un diseño diferente y se les solicitaba su posicionamiento sobre la legitimidad de cada elemento sobre una Escala de Likert de siete posiciones desde "nada legítimo" a "muy Legítimo". Las respuestas en las posiciones 1,2 y 3 deben valorarse como no legitimadas, en su opinión y las 5,6 y 7 como legítimas. El cuatro expresaría indiferencia o no posicionamiento sobre el tema. El colectivo al que otorgan los gestores mayor legitimidad son los "Usuarios" del sistema, seguido de las "auditorías internas, los "compañeros de profesión", las "organiza

ciones científicas" y los propios "gerentes" entrevistados. A los "incentivos económicos" se les otorga legitimidad positiva, pero a gran distancia de los anteriores.

Los gestores opinan que es ilegitimo que influyan sobre la práctica de sus colegas asistenciales la "industria farmacéutica", los "colegios de médicos", aspecto este de gran curiosidad y probablemente bastante peculiar de España. También son ilegítimas, en opinión de los encuestados los "sindicatos" y las "sentencias judiciales".

En el marco de un Estudio financiado por el FIS (4) entrevistamos a una muestra representativa de médicos de Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid y de Andalucía. Se recogieron 519 cuestionarios y la tasa de respuesta fue de 71,7%. El estudio se realizó sobre un amplio cuestionario autoadministrado y entre muchas otras cuestiones se les preguntó, utilizando el mismo tipo de pregunta, pero referido a la Importancia y Legitimidad que, en su opinión, tenían los diferentes elementos más arriba comentados, pero en este caso preguntando sobre su propia práctica. Nos interesa señalar en esta aportación, más que una discusión sobre los resultadas de esta encuesta el señalar las semejanzas y diferencias entre ambos colectivos ante las mismas preguntas.

En cuanto a la importancia o "peso" del conjunto de nueve estrategias para influir en el ejercicio profesional los gestores y los médicos asistenciales las colocaron en un orden semejante, aunque con alguna diferencia llamativa sobre el papel que otorgan los médicos asistenciales a la asistencia a cursos de formación, lectura de artículos e informes, que lo colocan con mucha diferencia en el primer lugar y los gestores en el cuarto. Caben aquí reflexiones sobre el papel que puede jugar la Medicina Basada en la Evidencia y el diferente rol que parecen darle ambos colectivos. Aunque colocados en un orden similar, como se ha dicho, se encuentran diferencias significativas en varias otras estrategias, en parte porque la muestra de gestores es más pequeña (en este sentido sería más un artificio estadístico que otra cosa), pero en parte también porque los gestores tienen mayores diferencias entre ellos, sus opiniones son menos homogéneas. No obstante los gestores otorgan mayor potencia que sus colegas a los "incentivos económicos" de forma especialmente llamativa, lo que puede ser objeto de alguna reflexión sobre el grado de interiorización de la cultura empresarial que tienen ambos colectivos (5).

De gran interés nos parece comparar las opiniones de gestores y asistenciales en torno a la cuestión de la "legitimidad de la influencia". Los médicos asistenciales son mucho más restrictivos que los gestores a la hora de opinar sobre estrategias, colectivos o instituciones con legitimidad (Ver gráfico 2). Están claramente más orientados a considerar legítimos sobre todo elementos vinculados con sus colegas u otros elementos de su "Sistema Profesional" . Son los "compañeros de profesión " y las "organizaciones científicas" los más legitimados, siendo mucho más amplio el plantel de elementos ilegítimos. Los "gerentes" tienen baja legitimidad para influir sobre el trabajo asistencial, discrepando claramente en este punto de la opinión de los gerentes sobre el tema. Los "usuarios del sistema" los más legitimados para los gerentes, ocupan un lugar bastante más bajo en la opinión de los médicos asistenciales, aunque en la zona de "legitimidad positiva".

Sin la intención de agotar las posibles reflexiones que estos resultados pueden generar se van a señalar algunas que parecen de interés. En primer lugar recordemos que estos estudios no representan "ni la verdad ni la mentira" sino que son las opiniones manifestadas por los gesto

res, en el primer estudio y por los médicos asistenciales de los Equipos de Atención Primaria en el caso de la segunda investigación. El saber hasta que punto son "importantes" los diferentes mecanismos de influencia para cambiar las prácticas médicas exigiría diseños claramente diferentes al utilizado. En nuestra opinión las respuestas obtenidas son más bien expresión de los sistemas de valores y creencias de ambos colectivos estudiados. Es la "cultura" respecto al cambio del ejercicio profesional lo que se representa y sobre lo que se puede debatir, así como sobre las semejanzas y diferencias en los sistemas de valores, no sobre lo reales o ficticias que nos puedan parecer sus opiniones.

Por hacer algunos comentarios finales los resultados presentados sugieren que los gestores otorgan una gran importancia a los mecanismos que influyen en la práctica médica desde el "Sistema Profesional" y con los códigos de funcionamiento que éste impone. Parece que el paradigma de la cultura empresarial, que serían los "incentivos económicos", resulta bastante relativizado si lo comparamos con el discurso oficial que les otorga un papel central.

La legitimidad positiva para influir sobre la práctica profesional de sus compañeros asistenciales resulta bastante amplia e incluye fuentes y mecanismos de influencia del sistema social, profesional y de la empresa; según la opinión de los gestores ellos mismos tendrían una alta legitimidad para influir en sus colegas asistenciales.

De la comparación de los sistemas de valores de los gestores con los médicos asistenciales de primaria, existen semejanzas en no compartir muchos de los elementos "gerencialistas" incorporados en estos últimos 15 años. Pero la posición de los asistenciales parece ser más radical en este aspecto. Por otro lado los médicos asistenciales otorgan un importante valor a la formación y lectura de artículos, opinión que no es compartida por los gestores con la misma intensidad.

Los médicos asistenciales otorgan legitimidad para influir en su práctica a instituciones y estrategias del "Sistema Profesional", en especial a sus propios colegas. En un segundo plano, pero con alta legitimidad también admiten la de los "usuarios" y "asociaciones de pacientes". Rechazan la que la empresa, sus directivos y otros actores del sistema social tengan legitimidad para influir en su práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1) McPherson K. «Why do Variations Occur?» In: Mooney G, Anderson TF, eds. *The Challenges of Medical Practice Variations*. London: McMillan, 1990:16-34.

2) Roos NP, Roos LL. «Variaciones entre zonas pequeñas, estilo de práctica y calidad asistencial». Cap. 9. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid, Díaz de Santos, 1996; 253-275.

3) McPherson K. *International Differences in Medical Care Practices, in Health Care Systems in Transition. The Search of Efficiency*. DECA, Paris, 1990.

4) Jimenez, J.M.; López-Fernández, L.A.; Solas, O.; Luna, J.D.; Martínez, J.I.; Pérez,M.J.; Manuel-Keenoy,E. «¿Qué opinan los médicos sobre la gestión de sus prácticas profesionales?». X Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. 1995.

5) Mintzberg, H. El poder en la organización. Barcelona: Ariel, 1992.

TABLA 1. IMPORTANCIA DE LAS DISTINTAS FUENTES DE INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL MÉDICA. OPINIONES DE LOS GESTORES

Exprese la importancia que otorga a cada una de las estrategias siguientes, para provocar, en los profesionales asistenciales, un cambio en su manera de manejar un determinado problema de salud.

	Rango Medio
Instauración de un **protocolo elaborado por los propios profesionales** del centro.	4.11
Discusión con otros colegas sobre la forma de manejar a los pacientes con ese problema de salud.	4.40
Recibir **retroalimentación** de los pacientes a los que ha tratado sobre un determinado problema.	4.47
Asistencia a **cursos** de formación, lectura de **artículos e informes**.	4.49
Estrategias de **evaluación y control de calidad**	4.52
Instauración de un **protocolo** procedente de **niveles superiores**.	5.34
Existencia de **incentivos económicos**.	5.66
Demandas de los **pacientes**.	5.66
Información aportada por **visitadores** de **compañías farmacéuticas**.	6.34

N=241
P>0.001

GRÁFICO 1. LEGITIMIDAD DE DISTINTAS FUENTES DE INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. OPINIONES DE LOS GESTORES (N=241).

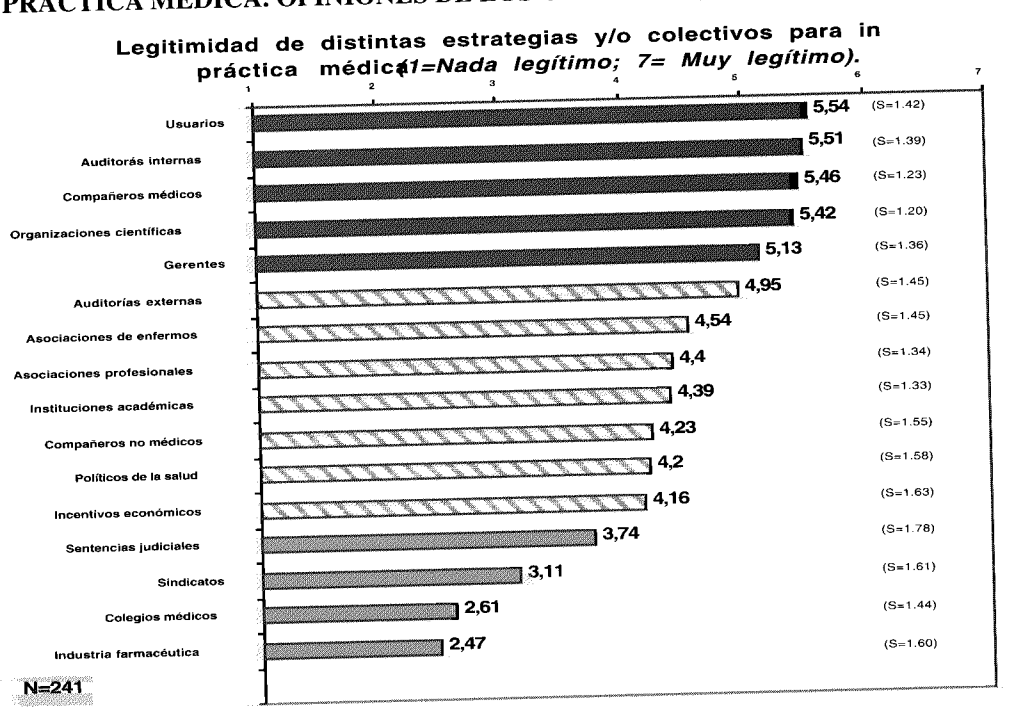
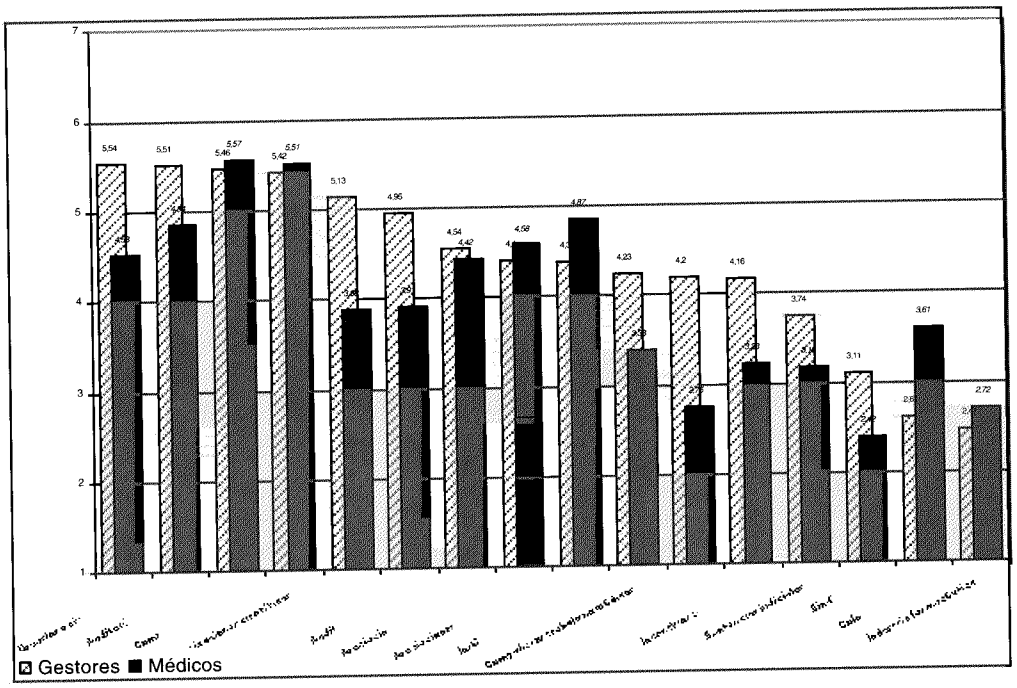


GRÁFICO 2. LEGITIMIDAD DE DISTINTAS FUENTES DE INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. COMPARACIÓN ENTRE LA OPINION DE MÉDICOS ASISTENCIALES Y GESTORES.



MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Agustín Gómez de la Cámara

PRACTICA CLÍNICA

La práctica clínica es el proceso de la actuación médica en relación con la atención a la salud del paciente. Sus componentes son los datos y la información clínica, las percepciones, razonamientos, juicios y decisiones de los médicos, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican (1).

Al intentar analizarla se observa que la práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible. Los mecanismos que rigen la toma de decisiones son difíciles de entender. Sin duda hay decisiones correctas, pero sin duda las hay también incorrectas y el mecanismo para saber cual es la correcta es difícil y elusivo. La resultante es que muchas decisiones médicas parecen arbitrarias, altamente variables y sin explicación obvia. Existe una gran variabilidad intra e intermédicos respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con un gran grado de incertidumbre (2,3).

Hay una variabilidad dependiente del entorno y condiciones de trabajo y hay otra variabilidad difícilmente explicable que si fuera consecuencia directa de la arbitrariedad tendería a deteriorar la calidad de los cuidados médicos, producir un efecto lesivo sobre el crédito profesional y en definitiva, a cuestionar la eficiencia del sistema (4)

Pérdida de actualización científica

Además la información médica se produce y renueva permanentemente de manera inabarcable influyendo de manera errática o no validada en la práctica. Es difícil el acceso y seguimiento a toda esta información. El grado de actualización decae con el tiempo y la formación médica continuada clásica no funciona(5).

Todas estas cuestiones permanecen abiertas y lo más probable es que el médico tenga necesariamente que seguir tomando decisiones sin que se contesten de manera explícita y contrastada. Sin embargo, la medicina no es una práctica aleatoria o fraudulenta. La variabilidad descrita ocurre por que los médicos nos vemos obligados a tomar decisiones sobre situaciones muy complejas, bajo circunstancias muy difíciles y con muy poco apoyo. . Además, la medicina no es ingeniería biomédica. El médico debe enfrentarse en su trabajo cotidiano con variables muy alejadas de la propia biología y que introducen componente clave en las decisiones. Tomar decisiones sin conocer a priori los resultados de las distintas opciones y tener que hacerlo de manera obligada debe tener su margen de confianza

Por otro lado no podemos negar que el conjunto de la práctica medica es eficaz. No en vano todos conocemos a personas que podrían estar peor o no estar si no hubieran sido atendidas médicamente. La cuestión por supuesto seguiría siendo dilucidar cuál hubiera sido la mejor de las atenciones médicas .(4)

Sin embargo es posible una reducción de la incertidumbre y un mayor control de los mecanis

mos de toma de decisiones por parte del médico. En concreto la utilización óptima de información científica contrastada y fiable, aquella procedente de la mejor investigación médica sería la clave de un aumento en la eficacia de práctica clínica y de la atención sanitaria en general, reduciendo la incertidumbre y aumentado en estima y aval ético.(6)

Del modelo clínico tradicional al modelo de ejercicio basado en la información procedente de la evidencia científica.

El modelo clásico sitúa en un lugar destacado la autoridad científica tradicional y la adhesión a los procedimientos estandarizados. Las respuestas a los problemas generalmente se obtienen del contacto directo con expertos locales o bien referidos a los escritos de expertos internacionales.

Sin embargo las asunciones del nuevo modelo de medicina basada en la evidencia son distintas (8):

1.- La experiencia clínica y el desarrollo del instinto clínico son cruciales y necesarios para ser un médico competente pero no suficientes. En ausencia de información recogida con orden, rigor y comprobación científica uno debe ser muy cauto en la interpretación de la información derivada de la sola experiencia clínica y la intuición dado que muchas veces pueden estar equivocadas.

2.- El estudio y el entendimiento de los mecanismos básicos de la enfermedad son necesarios pero no suficientes para guiar la práctica clínica. El razonamiento para el diagnóstico y el tratamiento derivados de mecanismos fisiopatológicos a menudo son incorrectos, dando lugar a predicciones inexactas sobre funcionamiento de los test diagnósticos y en la eficacia de los tratamientos.

3.- El entendimiento de ciertos principios, métodos y reglas de comprobación científica y/o evidencia es necesario para interpretar correctamente la información y la literatura sobre causalidad, pronostico, tests diagnósticos y estrategias de tratamiento.

Se deduce por lo tanto que los médicos deben documentarse para la toma de decisiones y por tanto regularmente consultar la literatura biomédica original y por lo tanto leer y ser capaces de valorar críticamente no solo la introducción y discusión, sino además la sección de métodos y resultados de los artículos a la hora de resolver los problemas clínicos e intentar proveer el mejor cuidado posible a sus pacientes.

El mensaje fundamental es que el médico debe ganar en destrezas y habilidades para realizar valoraciones independientes de la información científica circundante y por lo tanto poder evaluar la credibilidad de los contenidos. Un claro entendimiento del conocimiento científico subyacente a los problemas que trata, proporcionará un cuidado mejor a de los pacientes.

Por lo tanto la medicina basada en la evidencia es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes. La practica de la medicina basada en la evidencia significa integrar en la maestría clínica individual la mejor evidencia científica disponible procedente de investigación válida y fiable (5)

Por la mejor evidencia clínica disponible se entiende aquella investigación adecuada clínicamente, procedente de la investigación clínica centrada en los pacientes y que se realiza sobre la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas, el poder de los marcadores pronósticos y la eficacia y la seguridad de los regímenes terapéuticos rehabilitadores y preventivos.

La práctica de la medicina basada en la evidencia es un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el cuidado de los propios pacientes crean la necesidad de información clínicamente importante sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia sanitaria y sobre el cual se requiere las siguientes asunciones (9):

1.- Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible

2.- El tipo de problema clínico es el que determina el tipo de evidencia que debe buscarse

3.- Identificar la mejor evidencia necesita de una base metodológica epidemiológica y bioestadística

4.- Las conclusiones obtenidas de la evidencia sólo son útiles si tienen aplicación para la atención sanitaria de individuos o poblaciones

5.- La capacitación profesional debe ser evaluada permanentemente

El proceso de la práctica clínica basada en la evidencia consiste en (6):

1.- Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta.

2.- Localizar con la máxima eficiencia las mejores evidencias científicas con las que responder (sean sobre exploración clínica, diagnóstico de laboratorio, o de otras fuentes bibliográficas).

3.- Valorar críticamente la validez, fiabilidad y utilidad de las evidencias encontradas.

4.- Aplicar los resultados de esa valoración a la práctica clínica y

5.- Evaluar su rendimiento.

BASES PARA LA PRÁCTICA

Sin duda los orígenes de este nuevo paradigma empezaron hace ya casi 20 años a raíz de la aparición de una serie de artículos proponiendo a los clínicos metodología renovada para acceder, evaluar e interpretar la literatura médica (10). Gracias a esta iniciativa se señalaron unas bases en torno a la validez, precisión y pertinencia de la evidencia científica que subyacía a los cuidados sanitarios que ha sido continuada y ampliada por la escuela de Mcmaster. La valoración crítica de la literatura es por lo tanto el principal precedente del intento de incorporar la información científica más válida y fiable en la practica clínica.

Fuentes de la evidencia. La evolución de la búsqueda de métodos más exactos y fiables para tener información científicamente comprobada y aplicable a la practica clínica produjo otra serie de acciones de recopilación y síntesis de la información cuyo principal representante son las revisiones sistemáticas con el denominado procedimiento de meta-análisis como herra

mienta primordial. La creación de revisiones críticas sobre temas específicos de diagnóstico, pronóstico o tratamiento dio lugar a revistas y publicaciones biomédicas específicas como el ACP Journal Club o el Journal of Evidence Based Medicine o a instituciones que promueven y relizan bancos de revisiones sistemáticas como es la colaboración *Cochrane*.

Valoración de la calidad de la evidencia científica. La MBE no podría haberse desarrollado ni formulado sin la existencia previa y paralela de la epidemiología clínica que constituye su columna vertebral.. La epidemiología clínica surge como un campo teórico y metodológico dentro de la biometría desarrollando y conjugando planos metodológicos epidemiológicos y estadísticos así como otros procedentes de las ciencias sociales. Ofrece una base clinimétrica útil y necesaria para verificar la validez y fiabilidad del conocimiento que el médico clínico construye o utiliza y valorar la eficacia o alcance de sus intervenciones. Se trata de una herramienta que no procede del estudio de la semiología clínica pero que incumbe a los clínicos. Así hablamos de factor de riesgo, odds ratio, nodo de decisiones, cociente de verosimilitud, reducción relativa del riesgo o número de sujetos necesarios a tratar para evitar un nuevo caso de enfermedad como elementos arguementales de la práctica clínica.

Como David Sackett advierte la Medicina basada en la evidencia no es un libro de recetas de medicina. Requiere un enfoque ascendente que integre las mejores evidencias científicas con la maestría clínica individual y las preferencias de los pacientes y por lo tanto no puede resultar en un enfoque esclavizante.

La evidencia científica puede conformar pero nunca sustituir a la maestría clínica, porque es esta maestría clínica la que puede decidir si la información, aun cuando sea de extraordinario interés científico, es realmente aplicable a nuestro paciente individual.

BIBLIOGRAFIA

1) Pozo F, Ricoy JR, Lázaro P. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud: I. La epidemiología clínica. Med Clin (Barc) 1994; 102:664-669.

2) Bellas B, Gómez de la Cámara A. Variabilidad, incertidumbre y toma de decisiones en la práctica clínica de la atención primaria. Libro de Ponencias XIV Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid 1994

3) Wenberg J. Dealing with medical practice variation: aproposal for action. Health Aff. 1984;3:6-31.

4) Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. Health Aff. 1984;3:74-89.

5) Eddy DM.The Challenge. JAMA 1990;263:287-290.

6) Sackett D, Roseberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB Richardson WS Evidence based medicine: What it is and what it isn´t. [Editorial] BMJ 1996;312:71-72.

7) Sackett d Richardson WS Rosenberg W Haynes RB. Evidence-based medicine.

H ow to practice and teach EBM. Churchill Livingstone. London 1997

8) Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. A New Approach to

Teaching the Practice of Medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.

9) Sackett d. Applying overviews and meta-analyses at the bedside. J Clin Epidemiol 1995;48:61-66.

10) Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Asmith R. Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. BMJ 1995;310:1085-1086.

12)Haynes RB, Mckibbon KA, Fitzgerald D et al.How to keep up with the medical literature: I. why try to keep up and how to get started. Ann. Intern. Med. 1986;105:149-153.

13) Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. BMJ 1995;310:1122-6.

PONENCIAS

Los Protocolos como Herramientas de Gestión y de Mejora de la Calidad Asistencial

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN CANADÁ.

Clinical Practice Guidelines in Canada

Peter Vaughan, MA, MD, MPH
Director, Professional Affairs
Canadian Medical Association

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE
CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

Canadian Health Care

- **Financed through general taxation**
- **Federal role limited to spending; ensure uniform terms and conditions**
- **Canada Health Act (1985)**
  - **portability**
  - **accessibility**
  - **universality**
  - **public administration**
  - **comprehensive**

National Strategy for Quality and Effectiveness in Health Care (1992)

- Develop guidelines to meet the goal of improved quality
- Create a network for stimulation of and support of guideline development
- Maintain a database, continuously updated, of guidelines, readily available to practitioners

National Strategy for Quality and Effectiveness in Health Care (1992)

- Promote research on strategies for dissemination and implementation of practice guidelines
- Provide technical information

Evidence-based medicine

- CPGs can play a major role in improving quality, effectiveness and efficiency of health services and the health care system.
- While the potential is great, barriers exist.
- CPG are part of evidence-based medicine "movement."

Guidelines in Canada

- Clinical Practice Guidelines (CPG) activities are at a crossroads in Canada.
- Guidelines have proliferated--literally thousands US/CDA--and their nature, quality, and impact are not systematically understood.
- They are expensive and time-consuming to develop.
- Debate about whether the final products and their effects are worth the effort.

North American Context

- Canadian health care context is different from the United States.
- The greater use of CPGs in the U.S. may be due to managed care and legal factors.
- More professional freedom and autonomy in Canada.

Diffusion of Guidelines

- The prospects for developing and implementing national CPGs without local support is unlikely.
- Experience shows local leadership is a key ingredient to successful implementation.

Why is uptake not better?

- Suspicion among physicians that CPGs are intended simply to save money
- Cookbook medicine diminishes the art of medicine
- Concern for hidden motives behind the use of CPGs (control)

Outside Forces

- Relationship of CPGs to medico-legal effects is unclear.
- The Canadian Medical Protective Association will not endorse CPGs because it may have to defend physicians who haven't followed them.
- But, CPGs can act as a shield to defend physicians if they can demonstrate they have followed CPGs.

Role of Specialty Societies

- National specialty societies have developed some guidelines with adherents thoroughout the country.
- They have been hampered by a lack of funding for systematic evidence reviews or to promote implementation.

Issues

- Wide variations across the country in setting priorities for CPG development, the processes involved in production, and dissemination and implementation strategies.
- No explicit method for setting priorities, or even to identify existing guidelines to avoid duplication.

Issues

- Conflicting CPGs on the same topic: prenatal ultrasound, and osteoporosis are well known examples.
- What if they co-exist in same jurisdiction?

Lessons Learned

- Oncology has been successful in implementing explicit CPGs and protocols.
- Good outcomes research and evidence.
- Cancer care system is parallel and well-defined: easier to identify the target audience (provider and consumer) for CPGs.

Implementation: Successes and Barriers

- Measure CPG uptake, impact and health outcomes.
- Incentives influence reception and uptake of CPGs. For example, if it takes more time (unremunerated) time to explain to patients why they don't need a test than to order it, there is a barrier to ordering fewer tests.

Receptor Capacity

- CPG developed after a market analysis (needs assessment and receptor capacity) are better than those produced without evidence of need or receptivity.

Behavior Change

- Multi-faceted CPG communication strategies more effective e.g., combining education, academic detailing and policy / financial incentives.
- However, academic detailing had less impact in Canada than the United States. Those who most need to alter their practice behaviour are often hardest to reach.

A Focus on "Quality"

- Need to recognize that system quality improvement is distinct from licensing and disciplinary process.
- CPGs are designed to improve quality, outcomes and efficiency.
- May not be useful to change behavior of outliers--those resistant or unable to change.

Implementation is Expensive

- Funding is a major barrier to implementation
- Most funds allocated to production
- Very little on communication and evaluation

CMA's Historical Role

- The CMA has demonstrated leadership in the area of CPGs since 1991.
- Hosted three national workshops, each focused on an aspect of the CPG process.
- Published Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines, a six-part series of articles in the Canadian Medical Association Journal, and Implementing Clinical Practice Guidelines: A Handbook for Practitioners.

CMA's Continuing Role

- In 1994 published the sold-out Directory of Canadian Clinical Practice Guidelines
- In 1996 CMA created an Internet CPG database (CPG Infobase)
- In 1999 a new "improved" search engine is being added to the CPG Infobase

Canadian Guidelines on the Internet

CPG Infobase
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

- The Canadian Medical Association (CMA) *CPG Infobase* remains the most comprehensive access point for users to determine what Canadian guidelines have been developed in a specific topic area.

www.cma.ca/cpgs

CPG Infobase

- 2000+ Canadian, national/provincial, broad in scope. Quick and advanced search interface. Search by key words or fields: MeSH, Category, Year, Developer, Focus, Population etc.
- Access to structured abstracts, physician summaries, patient companion documents, development methodology, related articles if available.
- Not formally rated or evaluated. Most are not based on systematic review of evidence.

CMA Market Research

- 1998 Physician Resource Questionnaire (PRQ), 80% of Canadian physicians use CPGs (48% daily or weekly), and 49% (compared with 32% in 1994) had, in the last year, changed the way they practise because of a CPG.
- However, according to the PRQ, only 9% of Canadian physicians use the CPG Infobase at least monthly.

Challenges and Opportunities

- wide variation in priority setting;
- duplication of effort in development;
- the expense and time needed for development;
- lack of quality control in the development process and in reporting on the process;
- conflicting recommendations;

Challenges and Opportunities

- lack of processes for regular review and revision of existing CPGs;
- inadequate uptake and implementation by physicians;
- little evaluation of impact on health outcome.

Implementation Strategy

1. Marketing and promotion

- Increased knowledge of physician and patient needs through market research
- Increased awareness, use and funding of the CPG Infobase

Implementation Strategy

2. Development of tools

- Developers' kit: to help ensure high quality of guidelines
- Practitioners' kit: to help physicians evaluate CPGs, for bedside implementation

Implementation Strategy

3. Partnerships

- Defined roles for partners, including funding sources (e.g., Federal Ministry of Health, Provincial Departments of Health, local Health Authorities).

Implementation Strategy

4. Education

- Incorporation into undergraduate, postgraduate and continuing medical education
- Patient education

Implementation Strategy

5. Technology

- Internet: keep pace as technology evolves
- Capability to integrate CPGs into electronic desktop, palmtop and other media

Closing the Loop

- Positive role of patients.
- Knowledgeable consumer can be a powerful force in guideline development and implementation.

PROTOCOLOS CLÍNICOS EN EL PROGRAMA EMCA: BASES CONCEPTUALES, DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR SU DISEÑO Y APLICABILIDAD.

Pedro J. Saturno Hernández, Por el Grupo EMCA de investigaciòn sobre Protocolos Clínicos

En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) acuñó el termino de Guías de Práctica clínica (GPC) asimilando en él una serie de términos previamente existentes y relacionados con el mismo concepto, entre los cuales se menciona el de Protocolo Clínico, que es por otra parte el más utilizado en nuestro país. Dos años más tarde, propuso un instrumento para poder evaluar en las GPC la presencia de una serie de atributos que caracterizan la calidad de las mismas. Dada la gran utilidad potencial de este tipo de instrumentos para diseñar, evaluar y mejorara los protocolos o GPC de nuestro sistema de salud, acordamos con el IOM la adaptación de su instrumento a nuestro idioma y contexto, añadiendo esta proyecto a la vía de investigación previamente existente en el Programa EMCA sobre Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos en Atención Primaria. Tras el proceso de adaptación y validación en nuestro medio, disponemos de una herramienta que valora a través de 26 criterios la presencia o ausencia de los atributos de las GPC según el IOM (aplicabilidad clínica, flexibilidad, fiabilidad, validez, revisión planificada, claridad de lenguaje, proceso multidisciplinario, documentación), además de otros atributos adicionales surgidos en la propia dinámica de nuestro proyecto global de evaluación y mejora de los protocolos clínicos en nuestra Región (manejabilidad, claridad estructural, acreditación).

Para el pilotaje y posterior aplicación práctica del instrumento, invitamos a colaborar de forma voluntaria a todos los Servicios de cinco de los hospitales públicos de nuestra Región. Aceptaron participar 23 Servicios, que nos entregaron un total de 333 documentos, asumidos como protocolos clínicos en los Servicios correspondientes, para ser sometidos a evaluación.

Los resultados de las evaluaciones son para ser utilizados de forma constructiva e individualizada para cada protocolo en particular, puesto que no todos los criterios son igualmente relevantes para todo tipo de protocolo, y no es el objetivo de las evaluaciones clasificar a los documentos como buenos o malos protocolos sino evidenciar en qué pueden ser mejorados. Sin embargo, llama la atención que en ninguno de los evaluados pudo concluirse la presencia de todos los atributos; es especialmente notoria la ausencia frecuente de los criterios en relación con los atributos que podríamos considerar más esenciales como la fiabilidad, validez, aplicabilidad clínica (básicamente una clara definición de los casos en que es aplicable el protocolo), flexibilidad y documentación.

Dado que los protocolos evaluados son aquellos que los Servicios entregaron de forma voluntaria, no constituyen muy probablemente una muestra estadísticamente representativa de los protocolos existentes en nuestra Región; era de esperar precisamente por eso una calidad formal por encima de la media. Sin embargo, la tónica general es de documentos muy mejorables, y nos hace concluir que el énfasis actual en la construcción y uso de protocolos clínicos o GPC debería ir acompañada de un énfasis paralelo en enseñar cómo hacerlos correctamente, y del establecimiento de mecanismos de evaluación y/o acreditación que permitan asegurarse una cierta calidad de los documentos antes de proponer su utilización

MESA DE COMUNICACIONES A

EMCA

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA C.A. DE MURCIA ASOCIADAS A UNA ADECUADA CALIDAD ESTRUCTURAL.

Saura-Llamas, José; Saturno Hernández, Pedro; Gascón Cánovas, Juan José; y Grupo de Investigación Protocolos Calidad Asistencial. Protocolos. Atención Primaria

OBJETIVOS:

Identificar qué características son las que pueden predecir la calidad estructural de los Protocolos Clínicos elaborados en la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Emplazamiento: Centros de Salud (C.S.) de la Región de Murcia con actividades protocolizadas (31). Participantes: Los Profesionales de esos C.S. Objeto de estudio: Los ducumentos eleborados de Enero de 1985 a Enero de 1994; se han obtenido un total de 470. Se evalúa la calidad del diseño de los Protocolos, utilizando 9 criterios normativos y explícitos previamente validados. Se realizan 2 análisis multivariantes (regresión múltiple y regresión logística) para definir aquellas características que se asocian a la calidad de protocolos. Variables dependientes: La media de incumplimientos por protocolo y la «ratio de cumplimiento: (que relaciona el número de cumplimientos por el número total de criterios). variables independientes: Area de Salud, fecha de paertura del C.S., acreditado para la docencia, fecha de elaboración del protocolo, tipo de protocolo según los profesionales que lo hayan elaborado, grupo de población a la que afecte, grupo de actividad, problema de salud agudo o crónico, si se relaciona con la «Cartera de Servicios, si pertenece a un Programa de Salud, y si el protocolo está acreditado.

RESULTADOS:

La mejor calidad del protocolo se asocia en ambos análisis positivamente y de manera muy significativa con el hecho de que el protocolo haya sido elaborado en una determinada área de salud, haya sido elaborado de manera interdisciplinar (al menos por médicos y enfermeras conjuntamente), que se refiera a un rpoblema de salud crónico, incluido en la cartera de servicios, y que se haya elaborado específicamente como protocolo en vez de como anexo den un programa de slud. Otras características como C.S. docente, documento referido a asistencia o al grupo de la mujer se asocian positivamente en alguno de los dos análisis.

Conclusiones:

Además de la variabilidad geográfica, la elaboración interdisciplinar de los protocolos y en un C.S. docente mejoran su calidad.

Otras características identifican áreas de actuación y mejora prioritartias.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *José Saura Llamas*
Centro de Salud del Barrio del Carmen
C/ Madre Elisea Oliver, 12 - Tlf. 968 26 40 98
30002 MURCIA

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CUMPLIMOS LAS NORMAS DE CALIDAD FORMAL?

Bravo Martínez, G.; Gomariz García, J.J.; Salas Marín, E.; Hernández Vera, R.; Pelegrín Pelegrín, F.; Gris Peñas, A.

OBJETIVOS:
Conocer la calidad formal de los protocolos existentes en Gerencia de Atención Primaria del Área de Lorca.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Este estudio surgió a raíz de un seminario del programa EMCA (Programa de calidad de la Región de Murcia) de protocolos, donde los asistentes decidieron de forma consensuada evaluar los protocolos existentes en Gerencia de Atención Primaria de Lorca. En total se evaluaron 14 protocolos que eran representativos de los 8 centros de salud de esta área. La valoración de la calidad formal de los protocolos se realizó por un total de 6 sanitarios que evaluaron según la guía del programa EMCA sobre "normas para la cumplimentación del cuestionario de evaluación de protocolos clínicos" elaborado por el grupo de evaluación y mejora de los protocolos clínicos. Para la evaluación formal de los protocolos se usan 23 criterios normativos y explícitos que hacen referencia a las características de buena calidad descritas por este grupo.

RESULTADOS:
Los 14 protocolos evaluados con un total de 23 ítems cada uno presentaron un mayor porcentaje de cumplimiento referente al criterio 8 (secuencia lógica del protocolo) presentando un valor del 92,9 %, le siguen los criterios 1, 4 y 7 ("caso", legibilidad y institución a la que pertenece) y los porcentajes son de 78,6 % para los tres criterios y en tercer lugar de cumplimiento figura el criterio 3 que hace referencia a páginas numeradas.

Del total de mayor incumplimiento el mayor porcentaje corresponde a los criterios 11 (revisión por expertos independientes), 12 (pretest o pilotaje), 14 (consenso con los profesionales de otras unidades) y 18 (procedimiento para evaluar y revisar los fundamentos científicos) presentando valores todos ellos de 0 %.-

CONCLUSIONES:
Podemos afirmar que los protocolos clínicos de atención primaria de esta área tienen una baja calidad formal (35,7 % de cumplimiento de los criterios).

Es relativamente fácil aumentar la calidad formal con medidas sencillas y de fácil aplicación como por ejemplo anotar la fecha en la que se elaboró o la fecha en la que debe revisarse el protocolo.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Ginés Bravo Martínez*
Gerencia Atención Primaria - Lorca
Coordinador Equipos A.P.
C/. Floridablanca - Tlf.968 46 89 00
30080 LORCA

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.

Segura B., Vázquez A., García Muñoz M., López Vidal J., Cárceles M.D.

OBJETIVO:

Evaluar la prescripción de analgesia en distintos servicios quirúrgicos y médicos de nuestro hospital como paso previo a la elaboración de protocolos orientados a mejorar su prescripción.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio prospectivo con una duración de un mes. Se seleccionaron los pacientes que iniciaban tratamiento analgésico a partir de del Sistema de Dosis Unitarias implantado en 300 camas del Hospital Virgen de la Arrixaca. Se registraron datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (servicio prescritor, fármacos, dosis diaria, asociación de analgésicos, vía de administración y pauta).

RESULTADOS:

Se estudiaron 972 pautas analgésicas, correspondientes a 212 pacientes. Un 30% de los pacientes recibió tratamiento analgésico diariamente, de ellos el 62% pertenecían a servicios quirúrgicos.

Los resultados según el tipo de servicio (quirúrgico o médico) son los siguientes:

	QUIRÚRGICOS	MÉDICOS
Sexo (Varones / Mujeres)	32 / 68	58 / 42
Edad media (V / M)	37 / 40	63 / 50
Fármacos más frecuentes: (%)	Metamizol magnésico: ... 67 Petidina: ..... 7 Ketorolaco: ..... 7 Tramadol: 6	Metamizol magnésico: ..... 39 Paracetamol: ..... 20 Ibuprofeno: ..... 12 Morfina: 9
Dosis diaria del fármaco más utilizado (Metamizol magnésico) (%):	A demanda: ..... 55 6000 mg.: ..... 23 8000 mg: 15	A demanda: ..... 36 6000 mg: ..... 38 8000 mg: ..... 8 Otras: 11
Asociaciones analgésicas más frecuente (%):	Petidina+Metamizol: ..... 28 Tramadol+Metamizol: ..... 19 Petidina+Ketorolaco: ..... 11 Metamizol+Ibuprofeno: ... 11	Petidina+Metamizol: ..... 16 Otras (3 fármacos): 31.5
Vías de administración (%):		
Intravenosa	60	37
Oral	32	50
Subcutanea	0	5
No especificada	5	2
Pautas (%):		
A demanda	43	48
Cada 24 horas	41	24
Cada 12 horas	5	11
Cada 8 horas	7	24
Cada 6 horas	4	13

CONCLUSIONES:

- El metamizol magnésico fue el fármaco más utilizados por ambos tipos de servicios, resaltando la amplia utilización de paracetamol por parte de los servicios médicos.
- La baja prescripción de opiáceos, que tiene especial relevancia en los servicios quirúrgicos.
- En los servicios quirúrgicos la principal vía de administración fue la intravenosa, mientras que en los médicos la oral.
- La analgesia a demanda fue la pauta más utilizada.
- El 45,6% de las asociacios de fármacos prescritas por los servicios quirúrgicos, y el 24,2 % de la de los servicios médicos cumplieron las recomendaciones de la OMS.

TEMPORALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN LOS PROTOCOLÓS DE FISIOTERAPIA PARA LAS ALGIAS VERTEBRALES

Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, García Pozzy IM, Torres Ramos MT, Valera Garrido JF, Escolar Reina P

OBJETIVO:

1. Conocer cuáles son los mensajes educativos que se protocolizan en la atención fisioterápica que se presta a los pacientes con algia vertebral. 2. Determinar como se protocoliza la secuencia temporal de los mensajes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de las recomendaciones educativas existentes en los protocolos de fisioterapia dirigidos a pacientes con cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia mecánica con o sin irradiación elaborados en España entre los años 1990 y 1998.

Se recogen los mensajes educativos y las especificaciones sobre cuando se recomienda que se ofrezca cada uno

La temporalización de los mensajes se clasifica en: a) primera consulta, b) durante el tratamiento

Los mensajes se clasifican: a) enseñanza o información sobre la enfermedad, b) instrucciones para realizar los ejercicios en el centro, c) instrucciones para realizar los ejercicios en casa, d) consejos sobre actividades que puede o no realizar y e)educación sobre aspectos de salud en general.

Se ha realizado un análisis estadístico univariante, utilizando las proporciones absolutas y relativas, y un análisis bivariante de comparación de medias y proporciones, todo ello mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Se han recopilado 53 protocolos de algias vertebrales, 23 de cervicalgia, 12 de dorsalgia y 18 de lumbalgia.

Se han identificado 284 mensajes educativos, siendo la media por protocolo de 5.38. La media de mensajes en cada uno de los tres tipos de problemas (4.87 en cervicalgias, 5.67 en dorsalgias y 5.83 en lumbalgias) no presenta diferencias significativas.

En los 53 protocolos, la media de cada uno de los 5 tipos de mensajes educativos por protocolo es: 0.66 sobre enfermedad, 1 sobre ejercicios en el centro, 0.9 sobre ejercicios para casa, 2.62 sobre consejos y 0.67 sobre educación sanitaria general. Existe una tendencia significativa a incluir más los mensajes relativos a ejercicios para casa y consejos, y menos los relativos a la enfermedad y la educación sanitaria general ($p<0.001$). Considerando la media de mensajes de cada bloque en cada uno de los tipos de problemas, se aprecia que no existen diferencias significativas a favor de uno u otro tipo de problema.

La distribución de los mensajes en el tiempo es la siguiente: un 7.04% de los mensajes se dan en la primera visita, un 12.32% durante el tratamiento y, en el 80.63% restante no especifica cuando se debe suministrar, existiendo una mayor tendencia a incluir en este último gran grupo los mensajes sobre ejercicios en el centro, los consejos y la educación sanitaria general.

No existen diferencias significativas sobre cómo se distribuyen en el tiempo los mensajes en función de cual sea el tipo de problema vertebral que se trate. Si existen diferencias cuando se relaciona el tiempo con el tipo de mensaje, existiendo tendencia significativa ($p<0.001$) a explicar en la primera vista los mensajes relacionados con la enfermedad y durante el tratamiento los relativos a ejercicios a realizar en casa y sobre educación sanitaria general. Esta tendencia se mantiene en cada uno de los tres problemas protocolizados.

CONCLUSIONES: Es escaso el nivel de elementos educativos que hoy en día se protocolizan pero aún es menor la indicación de su temporalización: sobre todo para los consejos, los ejercicios y la educación sanitaria general.

La cantidad de mensajes, en cada uno de los bloques educativos permanece constante en los tres tipos de problemas así como la tendencia a recomendar en la primera visita los mensajes relacionados con la enfermedad y durante el tratamiento los ejercicios a realizar en casa y la educación sanitaria general.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Francesc Medina Mirapeix*
Universidad de Murcia. Facultad de Medicina.
Campus de Espinardo
30100 MURCIA

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EVALUACIÓN DE LOS MOTIVOS DE INGRESO HOSPITALARIO.

Castaños, M.ª Loreto; Soriano, M.ª Jesús; García Puche, M.ª José; Avilés, M.ª Jesús; Costell, Juan E.; Medranda, M.ª Angeles.

OBJETIVOS:

Evaluar los motivos de ingreso hospitalario de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), determinando la frecuencia y las causas de hospitalización inadecuada, según el "Protocolo de Evaluación del Uso Apropiado de la Hospitalización" (Appropriateness Evaluation Protocol, AEP). La finalidad del estudio es identificar los casos de NAC que podrían ser tratados con éxito de forma ambulatoria, permitiendo un importante ahorro económico, además de un evidente beneficio para el paciente en términos de mejora de su calidad de vida.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de cohorte. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron hospitalizados por NAC en nuestro Centro entre el 1/5/1997 y el 31/12/1997. Se aplicaron los criterios del AEP.

RESULTADOS:

En el periodo considerado, se registraron 65 ingresos por NAC, de los cuales 7 se excluyeron del análisis por existir dudas acerca del propio diagnóstico de neumonía. La edad media de los pacientes fue 66.6 años, siendo el 76% varones y el 24% mujeres. Al momento de la admisión, el 35% de los enfermos presentaba fiebre de más de 5 días de duración, el 55% alteraciones severas de los electrolitos y/o de la gasometría, y el 27.5% necesidad de oxigenoterapia. Estos problemas, presentes aisladamente o en varias combinaciones, fueron las causas más frecuentes de hospitalización. El 24.5% de los ingresos por NAC se consideró inadecuado. El motivo más frecuente de inadecuación fue la necesidad de hospitalizar al paciente para administrarle el tratamiento (28.5%), seguido por la admisión con el fin de facilitar la realización de pruebas diagnósticas (21.4%), y el internamiento por falta de plazas en Centros de cuidados crónicos (21.4%).

CONCLUSIONES:

1) Aproximadamente la cuarta parte de las neumonías extranosocomiales ingresa en nuestro hospital de forma inadecuada, según los criterios del AEP. 2) La mitad de estos ingresos podrían evitarse si se dispusiera de un "Hospital de día", donde llevar a cabo las pruebas complementarias y los tratamientos precisos. 3) Dada la situación actual de la estructura sociosanitaria de nuestra zona, la edad del paciente debería incluirse entre los criterios de ingreso adecuado, como contemplado en otros protocolos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª Jesús Avilés Inglés*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlf. 968 57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

CALIDAD ESTRUCTURAL DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA.

López Montesinos, M.J.; Lidón Cerezuela, B.; Almansa Martínez,P.; Rojas Alcántara, P; Flores Bienert, M.D.

El trabajo que presentamos corresponde a la primera fase de un proyecto de investigación becado por la consejería de Sanidad y Política Social en el año 1997 (Programa E.M.C.A. exp.970514). Objetivos: Determinar la calidad estructural de los registros de Enfermería, y su incidencia en el nivel de mejora de salud al utilizarlos con una estructura concreta y fundamentada en un modelo de cuidados de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson) Material y método.- Ambito de estudio: tres centros hospitalarios y dos centros de Atención Primaria, públicos, pertenecientes al INSALUD y a la consejería de Sanidad. Sujetos de estudio: una muestra de 500 casos (registros de Enfermería, escogidos al azar, entre los centros objeto de estudio. Determinaciones: tasa de cumplimiento de los criterios de calidad de diseño, fundamentados en la bibliografía más relevante y en las variables de edad, sexo del usuario, tipo de estancia y ublicación hospitalaria o extrahospitalaria, según patología. Criterios: 1) aparición de valoración de necesidades fisiológicas, psicológicas, y sociales del usuario, para su cumplimentación. 2) Aparición para su cumplimentación, de relación de diagnósticos de Enfermería. 3) Aparición de objetivos y actividades posibles a cumplimentar. 4) Impreso para la cumplientación de las actividades ejecutadas. 5) Alguna hoja de valoración y evaluación tras las actividades del plan de cuidados. 6) Que en su estructura el registro sea legible y comprensible en la forma. Resultados: Variables, edad de 56 a 61 años, sexo 58,6% varones y 41,4% mujeres, estancia media de 6 a 7 días hospitalaria, motivo de ingreso o culsulta 20,9% centros de salud, 76,3% en hospitales (M.I., cirugía) 2,72% en U.C.I. y Urgencias, y 30 casos que no reflejan ubicación. Criterios cumplimentados: Primer criterio se cumple en un 25,5%. Segundo crit. se cumple en un 6%. Tercer crit. se cumple en un 56,6% pero sólo un 1,4% con formulación de objetivos previos. Cuarto crit. se cumple en un 78%. quinto crit. se cumple en un 47,8%, pero sólo un 1,8% con criterios de evaluación previos. Sexto crit. se considera aceptable (más del 50%).

Recogida de datos: historias procedentes de Enero a Mayo de 1997 (Evaluación retrospectiva).

En el desarrollo de nuestro trabajo se pone de manifiesto la diferencia de estos datos entre unos y otros centros.

Conclusiones: dependiendo de los centros objeto de estudio, varía el nivel de cumplimiento de los criterios seleccionados, pero en resumen no se acepta el nivel de cumplimiento en general ya que en ninguno de ellos se alcanza el 50% (% que consideramos como tasa de cumplimiento aceptable). Se requieren medidas correctoras tanto formativas como de modificación en la estructura de los registros de Enfermería estudiados.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª José López Montesinos*
Universidad de Murcia
Campus de Espinardo - Tlf. 968 36 36 00
30010 MURCIA

MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS, TRAS LA REALIZACIÓN Y DIFUSIÛN DE UN ESTUDIO DE AEP. AVANCE DE RESULTADOS.

Jiménez Molina, JL; Negro Alvarez, JM; Pascual Camus, A; Ródenas Checa, J; Guerrero Fernández, M; Ferrándiz Gómis, R.

El objetivo es evaluar los ingresos y estancias hospitalarias, producidos por los pacientes ingresados en la Sección de Alergología de un Hospital en los 6 meses siguientes a la realización de un estudio de aplicación del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la Sección de Alergología del Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca», durante el segundo semestre de 1997, con los GRD's 096, 097, 774 y 775, utilizando para la evaluación, la versión modificada del AEP, y los resultados se compararon con los obtenidos en un estudio realizado en el año inmediatamente anterior.

RESULTADOS. Durante el período del estudio se produjeron 71 altas, de ellas 48 con los diagnósticos seleccionados. Se han incluido 31 pacientes, que generaron 100 estancias. La muestra presentó una edad media de 41,5 (20 años, lo que no mostraba diferencias significativas con el estudio de referencia (39,5 (20 años). Catorce fueron mujeres y 17 hombres. La estancia media fue de 3,2 (2,4 días, frente a los 5 (2,5 días) ($p<0,05$). No encontrándose diferencias significativas al comparar globalmente la estancia media de los grupos (GRD's 096, 097, 774 y 775), pero si al comparar los GRDs 096 y 097 con el GRD 775 ($p<0,05$). Todos los ingresos cumplieron algún criterio de adecuación, y los pacientes causaron alta por curación o mejoría. De las 100 estancias, 5 (5%) se consideraron inadecuadas (frente al 18,64 % del anterior estudio), observadas todas ellas el último día de hospitalización.

Se han encontrado 2 causas de inadecuación de la estancia, la más frecuente (4 casos) es que los pacientes estaban pendientes de pruebas diagnósticas o interconsultas para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas. En el último caso se trataba de falta de familiares para la atención del paciente en su domicilio.

CONCLUSIONES: La aplicación del AEP permite a los Alergólogos recapacitar sobre las posibilidades de mejora; y a la Dirección del Centro, poner en marcha medidas de mejora para facilitar el trabajo de los profesionales y cuantificar las inadecuaciones producidas por deficiencias del sistema, como se demuestra con la disminución de la estancia media y de las inadecuaciones de los días de ingreso.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan Luis Jiménez Molina*
Hospital Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 95 00
EL PALMAR (Murcia)

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN RADIODIAGNÓSTICO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD RADIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN.

Hernandez, D.; García, A.; Navarro, C.; Tobarra, B.; Madrid, G.

Los últimos 10 años han sido especialmente fructíferos en el desarrollo de directivas de la Unión Europea tendentes a garantizar la radioprotección de los usuarios de RX.

Los programas desarrollados, entre ellos el Euratón, han ido incorporando cambios sustanciales a las diferentes legislaciones de los paises miembros y, entre ellas, se encuentra el reconocimiento explícito al derecho de todo ciudadano a recibir la menor dosis radiante posible cuando sea sometido a estudios radiológicos con fines diagnósticos.

Nuestro Servicio de Radiodiagnóstico formó parte de un estudio regional organizado por el Servicio de Radioprotección de la Comunidad Autónoma de Murcia, iniciado en el año 1.995 y cuyos objetivos eran los siguientes:

1) Determinar la dosis que estaban recibiendo nuestros pacientes en los diferentes Servicios de Radiología de la Comunidad Autónoma, en las distintas pruebas diagnósticas.
2) Establecer las causas de las posibles diferencias.
3) Relacionar los resultados con las dosis recomendadas por los diferentes foros europeos.

En esa misma fecha y coincidiendo con el nuevo concepto de DOSIS RESTRINGIDA, acuñado por los organismos internacionales en materia de protección radiológica, el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Morales Meseguer venía desarrollando, en el seno de su programa de calidad integral, una metodología de trabajo específica, con el objetivo último de realizar los diagnósticos con la menor dosis radiante posible para el paciente.

Dentro de las actuaciones llevadas a cabo y que hoy constituyen el eje vertebral de la actividad asistencial del Servicio destacaron las siguientes:

1) Establecimiento de la ficha de garantía de calidad de imagen.
2) Puesta en marcha de protocolos técnicos para la realización de estudios
3) Puesta en marcha de pautas para la evaluación de los exámenes repetidos.
4) Elección de materiales adecuados
5) Control de calidad riguroso de las instalaciones de RX.

Como consecuencia de todo lo anterior, el resultado de la dosimetría recibida por nuestros pacientes en todo el periodo estudiado fue sensiblemente inferior a la del resto de los Servicios de Radiología. Asimismo, las cifras conseguidas se encontaron muy por debajo de los límites considerados razonables por los organismos internacionales.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Ginés Madrid García*
Hospital Morales Meseguer. Secc. Radiodiagnóstico.
C/. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 968 36 09 13
30008 MURCIA

MÉTODO FÁCIL DE EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE INGRESO Y ESTANCIA.

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

OBJETIVOS: Exponer el sistema de evaluación, mejora continua y monitorización de los índices de adecuación de ingreso y estancia, que estamos desarrollando de forma progresiva en el Servicio de Medicina Interna (SMI), con los resultados obtenidos en cada fase y el tiempo de evaluación empleado.

MATERIAL Y METODO: En el SMI (180 camas), mediante la aplicación del protocolo AEP, se realizan las siguientes fases. Fase 1ª: Evaluar grado de adecuación (ingreso y estancia), principales criterios de adecuación y causas de inadecuación. Fase 2ª: Implantar acciones de mejora según resultados de fase 1ª. Fase 3ª: Reevaluaciones y nuevas acciones de mejora que se consideren factibles. Fase 4ª: Estimación del estándar (nivel deseable) y umbral (nivel inaceptable). Fase 5ª: Monitorizar cumplimiento, con el método de muestreo de aceptación de lotes (LQAS), según estándar y umbral fijados, con error alfa 5% y error beta 10%. Fase 6ª: En caso de incumplimiento, o por producirse cambios estructurales, se pasa de nuevo a la fase 3ª. Los estudios de evaluación y monitorización se realizan de forma concurrente, con muestras de los enfermos ingresados en un día calendárico. En cada fase se ha contabilizado el tiempo de evaluación (TE) empleado.

RESULTADOS: Fase 1ª: Pacientes ingresados en fecha 6-10-97 (135), con adecuación de ingreso 83,7%, de estancia 46,6%, causas de inadecuación fueron el difícil estudio externo, tener pruebas pendientes y el tratamiento conservador (TE: 17,25 horas). Fase 2ª: Como acción de mejora se difunde el protocolo AEP y el estudio de fase 1ª. Fase 3ª: Nuevo estudio (163 pacientes, ingresados el 30-3-98), con mejora de adecuación de ingreso (90,2%) y estancia (64,4%) y menor influencia del tratamiento conservador en la inadecuación (TE: 19,5 horas). Fase 4ª: Se estiman estándar 85%/umbral 60% de ingreso adecuado y 65%/45% de estancia adecuada (TE: 1 hora). Fase 5ª: Se han realizado 2 controles, con muestras aleatorias de los ingresados en fechas 17-6-98 y 16-11-98. Según tabla de LQAS, para aceptar cumplimiento han de cumplir ingreso adecuado 17 de una muestra de 24 (cumplen 20 en el 1° control y 19 en el 2° control) y estancia adecuada 27 de una muestra de 51 (cumplen 34 en 1° control y 32 en 2° control) (TE: 1,5 horas/control).

CONCLUSIONES: El sistema de evaluación-mejora-monitorización implantado en el SMI es útil para el mantenimiento y mejora continua del uso adecuado de la hospitalización, tiene en cuenta la situación real y los recursos disponibles y es de fácil aplicación práctica, con dificultad decreciente en las sucesivas fases.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *José Antonio Andreo Martínez*
Hospital Morales Meseguer. Secc. Med. Interna.
C/. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 968 36 09 00
30008 MURCIA

MESA DE COMUNICACIONES B

EMCA

INTRODUCCIÓN DE LA LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ (GUATEMALA), UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

Cross, W.A.; González, P.; Villatoro, J.; Sánchez, C.; Juracan, J.; Paricio, P.
Hospital Nacional Juan de Diós de Rodas, Sololá (Guatemala)

INTRODUCCIÓN:

El Hospital Nacional Juan de Dios de Rodas (Sololá) da cobertura sanitaria pública a los habitantes del Area de Sololá (290.452 habitantes censados). Se atiende toda la patología médico-quirúrgica y ginecológica, tanto de urgencias como programada. Posee un servicio de Radiología (simple) y laboratorio. No posee ecografía ni métodos mas sofisticados de diagnóstico, de forma que se suele utilizar la laparotomía como método diagnostico en algunos casos dudosos y en otros casos, la patología puede no ser intervenida por falta de diagnóstico. Hace un año el Gobierno de Japón regaló al Hospital un equipo de laparoscopia (básico) que no se ha utilizado nunca (no existe formación)

OBJETIVOS:

Evitar las laparotomías innecesarias y mejorar el diagnóstico de patología intraabdominal mediante el uso de la laparoscopia diagnóstica. Para ello se intenta: 1) enseñar su uso (riesgos, beneficios e indicaciones) al personal médico del Hospital. 2) Incentivar la continuidad de uso mediante la publicación de resultados en congresos y revistas, así como la estancia en España de algún médico del hospital para mejorar el aprendizaje de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se dispone de un equipo básico de laparoscopia (laparoscopio y dos trocares de 5mm, fuente de luz, pinzas de biopsia, tijeras y pinzas de tracción), existe un insuflador de CO2 pero la carga esta vacía y no existe posibilidad de cargarla en nuestro medio, por ello se decide utilizar un insuflador manual de aire ambiente (bomba manual de un compresor de extremidades). Las indicaciones para laparoscopia son aquellos casos en que exista duda diagnóstica sobre el proceso intraabdominal.

Se enseña el método de preparación y esterilización del material (enfermería) y la técnica quirúrgica (anestesia local, punción abdominal, manejo de instrumental en la cavidad e interpretación de resultados) durante un mes, procurando que la técnica la realice por completo (tras el primer caso) el personal propio del hospital.

Se elabora un protocolo clínico de indicaciones, técnica y resultados conjuntamente con el personal del Hospital.

RESULTADOS:

Durante el mes de septiembre de 1998 se realizaron 6 laparoscopias diagnósticas (5 de ellas por el personal médico del Hospital), como se muestra en el cuadro:

Caso	Diag. Sospecha	Ttº previsto	Diag. Laparoscopico	Ttº. definitivo
1	Dolor abdominal	Alta	Apendicitis	Quirúrgico
2	Ictericia (Obstructiva?)	Quirúrgico	Cirrosis hepática	Médico
3	Hepatopatía cr. (Ascitis)	Médico	Tumor Ovárico	Quirurgico
4	Ictericia (Obstructiva?)	Quirúrgico	Hepatitis	Médico
5	Tumoración uterina	Quirúrgico	Sindr. Adherencial	Médico
6	Apendicitis aguda	Quirúrgico	Sin patología	Alta

Complicaciones: una paciente presentó un cuadro de enfisema subcutáneo que se resolvió espontáneamente, el resto no presentaron ninguna complicación .

La continuidad de la técnica puede haberse visto afectada por el reciente huracán Micht (posibles daños estructurales en el Hospital).

CONCLUSIONES:

La laparoscopia diagnostica con anestesia local e insuflación de aire ambiente mediante bomba manual se ha mostrado segura y eficaz en el diagnostico de patología intraabdominal en el hospital Nacional de Sololá, evitando el uso inadecuado de laparotomía (anestesia general) y evitando que cierto tipo de casos patológicos pasen desapercibidos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Dr. William Cross Letona*
Hospital Nacional Juan de Rodas
7AV.8.00 Sololá Guatemala, C.A.
Tlfs.: 001 502 7623114/7623121/7623122

ASISTENCIA SANITARIA AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) EN LA REGIÓN DE MURCIA: RETRASO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL.

Investigadores Grupo IBERICA Murcia.

OBJETIVOS:

Evaluar la accesibilidad al sistema sanitario y la demora asistencial en los pacientes que han sufrido algún episodio de IAM a lo largo de un 1 año en la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han registrado todos los IAM ocurridos entre el 1 de Junio, 1996 al 31 de Mayo, 1997 en la población de 25 a 74 años residente en la Región de Murcia a través de un registro activo de casos, de base poblacional. Las fuentes de información han sido las UCIs, servicios de cardiología, medicina interna y urgencias, archivos de historias clínicas, listados de altas hospitalarias, certificados de defunción e institutos forenses. Para cada uno de estos casos se obtuvo información complementaria que permitió categorizar finalmente los casos como IAM seguro, IAM posible, casos con datos insuficientes y no IAM siguiendo la metodología MONICA. Se han calculado algunas variables demográficas y asistenciales así como la mediana del tiempo ocurrido entre el inicio de los síntomas y la primera monitorización y entre el inicio de los síntomas y la trombolisis en la fracción de casos trombolisados.

RESULTADOS:

Durante el año se registraron 1125 casos de IAM, ocurriendo el 77% en hombres. El área de salud que contribuye con un mayor numero de casos es Cartagena (37%), seguida de Murcia (30%). Independientemente del desenlace del episodio, tres cuartas partes de los casos accedieron a un hospital. El resto fueron defunciones extrahospitalarias. Globalmente, la letalidad fue del 36%. El 48% de los pacientes hospitalarios fueron trombolisados. La mediana del periodo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera monitorización fue de 120 minutos. Entre aquellos que fueron trombolisados, la mediana de la demora entre el inicio de los síntomas y la trombolísis fue de 150 minutos.

CONCLUSIONES:

La demora entre el comienzo de los síntomas y el primer diagnóstico fiable de IAM es aproximadamente de 2 horas en la Región de Murcia. En los pacientes trombolisados, la demora hasta el inicio de la medida terapéutica de elección incluye 30 minutos adicionales. Globalmente, una elevada proporción de pacientes recibe trombolisis.

Financiado, parcialmente, con una ayuda FIS (exp. 96/0026-04) y ZENECA-Farma.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª José Tormo Díaz*
Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11 - Tlf. 968 36 20 39
30008 MURCIA

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

Lara Peñaranda, R; López Santiago, A; Villamor de Santiago, T; De Miguel Gómez, A y Pérez López, P.

INTRODUCCIÓN

De forma reciente ha comenzado a ofertarse desde el Servicio Nacional de Salud la realización de cirugía menor desde Atención Primaria, siendo la experiencia de otros países en éste ámbito muy favorable en diferentes áreas de la Atención Primaria. El objetivo de éste trabajo consiste en describir las intervenciones de cirugía menor dermatológica realizadas en un año en un Centro de Salud y conocer la satisfacción de los pacientes sometidos a ésta

MATERIAL Y MÉTODOS

Son seleccionados todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía menor entre el período de noviembre de 1997 a octubre de 1998, a los que se les somete a una encuesta telefónica de satisfacción validada por el INSALUD en 1997. Las variables cuantitativas se analizan mediante estadística descriptiva, describiendo los porcentajes de las variables con intervalos de confianza. Las llamadas fueron realizadas siguiendo el cuestionario elaborado con instrucciones precisas. Cada individuo mayor de 14 años contestó personalmente la encuesta, estando previstos un máximo de tres intentos de contacto telefónico con cada paciente.

RESULTADOS

Se han realizado 137 intervenciones de Cirugía Menor.. De los pacientes encuestados, el 47.5% consideran POCO el tiempo de lista de espera para ser sometidos a la intervención, el 62.5% consideran BASTANTES las explicaciones dadas por su médico acerca de la intervención, el 65% considera BUENA la higiene de la sala de cirugía menor, el 52.5% piensa que le han atendido BIEN en su Centro de Salud y por último, el 92.5% elegiría nuevamente el Centro de Salud ante un problema similar.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos entendemos que ha existido una buena aceptación del servicio por parte de los usuarios.Se han detectado posibilidades de mejora respecto a las explicaciones ofrecidas por el medico y en la higiene de la sala. Podemos considerar como consolidado el servicio de Cirugía Menor en Atención Primaria.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Asensio López Santiago*
C. S. San Antón
C/. Recoletos, s/n - Tlf. 968 31 31 81
CARTAGENA

ADMINISTRACIÓN INADECUADA DE OXÍGENO INTRAHOSPITALARIO.

Caballero Rodríguez,J.; Baeza Alcaraz,A.; Hernandez Roca, L; Alemany Fránces, L.; Franco Campos , M.A.; y Sánchez Nieto, J.M.

OBJETIVOS:

1. Analizar el uso de la oxigenoterapia intrahospitalaria (O.I.) en los servicios de Medicina Interna y Cirugía (incluidas especialidades quirúrgicas).
2. Analizar la repercusión de la introducción de medidas correctoras basadas en la formación y realización de protocolos de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudian todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna y Cirugía de un Hospital general de 400 camas que tengan prescrita oxigenoterapia intrahospitalaria (O.I.) en las órdenes médicas en el momento del estudio (93 casos). La recogida de datos se realiza mediante tres visitas separadas entre si por una semana y realizadas todas el mismo día de la semana; este día se determinó al azar. La recogida es realizada en las tres ocasiones por dos enfermeros de neumología y un neumólogo de forma simultánea.

Se establecen ocho criterios para la valoración de la adecuación de la O.I.: C1. La indicación de la oxigenoterapia está basada en los resultados de una gasometría arterial (GA) basal previa. C2. La idoneidad de la dosis de oxígeno (FiO2) administrada está valorada mediante la realización de una GA mientras el paciente recibe el oxígeno pautado. C3. La indicación de oxigenoterapia se mantiene en el momento de la visita. C4. En las órdenes médicas se especifica el dispositivo de administración. C5. En las órdenes médicas consta la concentración de oxígeno administrado. C6. El paciente está recibiendo oxígeno en el momento de la visita C7. La pauta de administración de oxígeno que consta en las órdenes médicas coincide con la observada en el dispositivo de administración colocado a la cabecera del paciente. C8. No se objetivan fallos en el sistema de administración.

Los criterios de indicación de oxigenoterapia y su control son los aceptados por la American Thoracic Society.

RESULTADOS:

Se estudian 93 casos (49 hombres (52.7%) y 44 mujeres (47.3%). Ochenta y dos casos (88.2%) ingresados en Medicina Interna y 11 (11.8%) en Cirugía. En 50 (53.8%) se incumple el criterio 1 que hace referencia a la indicación correcta de la O.I.. En 78 (83.9%) no se realiza control de la O.I. de forma adecuada. En 47 (50.5%) no existía indicación de O.I. en el momento de la visita. En 31 (33.3%) no se indica de forma correcta la concentración de oxígeno a administrar y en 16 (17.2%) ni tan siquiera consta el dispositivo de administración. Veintinueve casos (31.2%) no están recibiendo O.I. en el momento de la visita. En 46 (49.5%) no coinciden las órdenes médicas con lo observado en la cabecera del paciente. Por último, en 15 (16.1%) se objetivan fallos en el sistema de administración. Sólo 5 casos (5.4%) cumplen los 8 criterios.

CONCLUSIONES:

1. La O.I. es una forma de tratamiento mal empleada por parte de los facultativos en más del 50% de casos; especialmente en los que hace referencia al control de la dosis administrada (C.2).
2. La administración de la O.I. no se realiza - por parte de la enfermería - de la forma prescrita en casi la mitad de los casos.
3. En un tercio de casos la O.I. se abandona por parte del paciente sin causa justificada.

Proyecto financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Julián Caballero Rodríguez*
Hospital Morales Meseguer. Secc. Neumología.
C/. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 968 36 09 00 (2711/2710)
30007 MURCIA

VALIDEZ, ACEPTACIÓN Y UTILIDAD DE UN TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS PYOGENES PARA UN MEJOR MANEJO DE LA FARINGITIS AGUDA DEL NIÑO.

Contessotto, C.; Cámara, M.; Avilés, M.J.; Ojeda, J.M.; Cascales, I.; Rodríguez, F.

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de la aplicación rutinaria de un test rápido de detección de estreptococo b-hemolítico grupo A (EGA) en exudado faríngeo de niños con faringoamigdalitis aguda, para la identificación de los casos subsidiarios de tratamiento antibiótico. La finalidad del estudio es comprobar el impacto de esta estrategia en la decisión terapéutica del pediatra, en la evolución clínica de la enfermedad, y en la satisfacción de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó frotis faringoamigdalar con doble torunda en 430 pacientes de edad comprendida entre 6 meses y 14 años con faringitis aguda diagnosticada clínicamente, atendidos en Urgencias del Hospital "Los Arcos" y en las consultas de pediatría de los tres Centros de Salud de la zona. Se efectuó un test rápido de detección de EGA (QuickVue· Strep A), además de cultivo convencional en agar-sangre, como patrón para determinar la sensibilidad y especificidad de la técnica rápida. Salvo excepciones, el médico indicó tratamiento antibiótico sólo en presencia de un test rápido positivo. En los casos negativos, se hizo especial hincapié en justificar a la familia la ausencia de indicación de antibioticoterapia. En ambas situaciones, se efectuó seguimiento telefónico durante un mes, para comprobar la evolución clínica de la enfermedad y el grado de satisfacción de los familiares.

RESULTADOS:

Se han analizado los datos obtenidos de 393 pacientes, en los cuales se detectó una prevalencia de EGA del 28.8% (I.C. 24.3%-33.2%). La sensibilidad del test rápido fue 91.2% (valor predictivo negativo 96.4%) y la especificidad 96.1% (valor predictivo positivo 90.4%). Recibieron tratamiento antibiótico 168 pacientes (42.7%), de los cuales 49 sin indicación microbiológica. El porcentaje de segundas visitas fue del 16.7% en enfermos tratados directamente con antibiótico, y del 30.6% en el resto. La erradicación del germen fue del 83.2% tras un ciclo antibiótico, del 95.6% tras dos ciclos, y finalmente quedó el 2.7% de portadores crónicos después de la tercera tanda. La evolución clínica fue favorable en todos los casos, aunque precisaron hospitalización 5 niños que recibieron antibiótico y 9 del grupo de los no tratados. El grado de satisfacción de los familiares resultó muy elevado en todos los encuestados, independientemente del tratamiento.

CONCLUSIONES:

La técnica QuickVue· Strep A tiene una sensibilidad y especificidad adecuadas para orientar sin riesgos el tratamiento, siendo además de fácil manejo y aplicación. Su uso permite una disminución significativa del empleo de antibióticos en esta patología. Una gran mayoría de usuarios acepta y está satisfecha de este nuevo enfoque diagnóstico-terapéutico.

AGRADECIMIENTOS:
Al Programa EMCA, Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social, cuya beca ha hecho posible la realización de este proyecto de investigación.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Claudio Contessotto Spadetto*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlf. 968 57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

EVALUACION DE CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Ortega Liarte, J.V., Costell López, J.E.; Gutiérrez Sánchez, J.D.; Contessotto Spadetto, C.

En todos los actos médicos realizados tienen un papel importante los informes de alta que se derivan de ellos. Debido a la mala cumplimentación se infravalora toda la información que puede aportar sobre el paciente.

Como objetivos se plantean el conocer el grado de cumplimentación de los informes de Alta de Urgencias Pediátricas realizados por médicos especialistas en Pediatría en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Para la evaluación del informe de alta pediátrica en Urgencias se utilizó un ciclo evaluativo de Mejora de la Calidad que se inició en Noviembre de 1997 y concluyó con la reevaluación del nivel de calidad en Mayo de 1998. Se utilizaron criterios explícitos y normativos (motivo de consulta, alergias, exploración, diagnóstico, tratamiento y firma y nº de colegiado), sacados de las copias de los informes de alta de los pacientes menores de 14 años que acuden al servicio de Urgencias y son valorados por el Pediatra de Guardia, en el Hospital Los Arcos. Se evaluaron 60 casos de cada mes, realizada por autoevaluación (1 pediatra y 1 médico de familia) y de forma retrospectiva.

En la primera evaluación encontramos que el criterio que más se incumplía era el apartado de alergias medicamentosas con mucha diferencia, en 45 de 60 informes (90 % de incumplimiento), sobre los demás (la firma legible y/o el número de colegiado que no aparecía en 4 de dichos informes, y la exploración, que no aparecía en uno de ellos). El resto de apartados estaban reflejados en todos los informes evaluados. Tras la reevaluación, después de insistir a los miembros del Servicio de Pediatría sobre la conveniencia de cumplimentar todos estos apartados, se observó una clara mejoría en la cumplimentación de dichos informes de urgencias, con incumplimiento en el apartado de alergias en sólo 7 informes, y en sólo uno de ellos no aparecía la firma legible y/o nº de colegiado .

Con este estudio nos hemos dado cuenta que con un mínimo esfuerzo hemos conseguido detectar ciertos errores que probablemente se conocían pero nadie hacía nada por solucionarlos. No implica esto una mejora en la calidad de la asistencia pero esta mejoría de la cumplimentación de los informes de alta nos ayuda en la comunicación con los especialistas de atención primaria y en los aspectos legales derivados de dichos informes.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *José Diego Gutiérrez Sánchez*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlf. 968 57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

CONTROL DE CALIDAD EN ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA NUTRICION ENTERAL (N.E.).

Sánchez Alvarez, C.; Gómez Ramos, M.J.; Nicolás Hernández, M; Alonso Herreros, J.M.; Renedo, A.; González, M.

Los pacientes portadores de Sonda Nasogástrica (SNG) reciben medicamentos a través de la misma, a menudo mal usados: por esta razón, planteamos el presente trabajo con los siguientes

OBJETIVOS: 1.- Grado de conocimiento de uso de los fármacos en Nutrición Enteral. 2.- Actuación sobre los fallos, una vez conocidos. 3.- Control posterior parra observar si las medidas de corrección habían sido oportunas

MATERIAL Y MÉTODOS: Encuesta sobre conocimiento de administración de fármacos: contenía 7 preguntas generales (Por SNG:¿se pueden triturar todos los comprimidos?,¿se puede utilizar cualquier vial i.v.?, ¿se pueden añadir med. a la bolsa de NE?, ¿se deben dar los fármacos al mismo tiempo?, ¿se abrirá la cápsula para su administración?, ¿son más útiles los preparados Retard?, ¿ha de lavarse la SNG siempre que se de medicación?) y 1 pregunta múltiple sobre la administración de 17 fármacos y 5 posibilidades de hacerlo: triturar, sublingual, vial por SNG, suspensión y fórmula forma magistral. La Encuesta se obtuvo de 77 personas (41 enfermeros y 36 médicos); posteriormente se informó sobre los resultados obtenidos, a la vez que se distribuyó una guía informativa sobre la administración de fármacos. 1 mes después se realizó la misma encuesta a 20 médicos y 20 enfermeras, obteniendo los siguientes

RESULTADOS: En la 1ª Encuesta se obtuvo una media de respuestas acertadas para las preguntas generales de 5.6 ±1.07 (3-7) no existiendo diferencia entre el grupo de Médicos y el de Enfermeros. En la 2ª encuesta los resultados fueron mejores, con una media de 6.44 ± 0.5 (4-7) respuestas acertadas, no existiendo diferencias entre la 1ª y 2ª encuesta. Pero cuando analizamos las respuestas a los distintos fármacos sí existieron diferencias: en la 1ª encuesta hubo mayor número de aciertos en algunos de los fármacos por parte de los médicos ($p>0.05$ en 4 de los fármacos), y en la 2ª encuesta encontramos mayor número de aciertos entre los ATS , con $P> 0.05$ para 5 fármacos. Entre la 1° y 2ª Encuesta hubo diferencias significativas para 5 fármacos.

RESULTADOS:

1.- El sistema utilizado en el ciclo de mejora de la calidad fue eficaz.

2.- La diferencia inicial de medias de administración de los distintos fármacos en la 1ª encuesta (N.S.) se invirtió de forma significativa en la 2ª encuesta

3.- La mejoría en el conocimiento de administración de fármacos por parte de enfermería hará que se acompañe de una mejor práctica del mismo.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Dra. Carmen Sánchez Alvarez*
Hospital General Universitario
Avda. Intendente Jorge Palacios, s/n - Tlf. 968 35 62 25/35 62 00
30008 MURCIA

ESTUDIO DE LA AUSENCIA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTAS PROGRAMADAS.

Granados Ulecia, C.; Cañizares Gallardo, N.; Blázquez Pedreño, M.; Tornel Osorio, P.L.; Martínez Acosta, S.

INTRODUCCIÓN:

Con la apertura del nuevo edificio de Consultas Externas del Hosp. Universitario "Virgen de la Arrixaca de Murcia" en Mayo'97 se implantó un sistema informático para la gestión de esta Área, unificándose la Hª. Clínica de C.Ext. con la de Hospitalización,quedando custodiadas por el Serv. de Archivos.

OBJETIVOS:

Cuantificar la ausencia de Hªs. Cªs. en el momento de la Consulta Programada, e identificar las causas como índice de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de la ausencia de Hªs. Cªs. en la consulta, revisando todos los pacientes que estén citados en dos días de una semana, cogida al azar, resultando una muestra de 1.473 Historias solicitadas al Archivo. Los motivos por lo que las Hª. Cª de pacientes programados no fueron servidas por el Serv. de Archivos se recogieron del listado diario que dicho Serv. facilita con las Hªs. Cªs. prestadas.

El grupo de trabajo clasificó en 6 los **motivos** por los que la Historia no fue servida a la Consulta:

1. Historia prestadas a otros Servicios: 62 casos, 28.3%.
2. Historias en la Planta sin devolver a Archivos.16 casos, 7.3%
3. Hª Cª solicitadas y no devueltas. 23 casos, 10.5%
4. Historia no localizada.46 casos, 21%.
5. Hª con nº provisional no registrado por Archivos (no movimiento). 54 casos, 24.6%.
6. Hª. en pasivo ubicadas en archivo ext. al Hospital.13 casos, 5.8%.
7. Problema mecánico en el sistema de Archivos de Hª.Cª. 5 casos, 2.2%.

RESULTADOS:

Al comprobar que los motivos 4 y 5 suponen el 45.6% del total de las ausencias, se hizo un seguimiento y resultó:

Motivo 4: suponía duplicidad en los nº provisionales de Consultas o la no unificación de la Hª (nº prov.) e ingreso.

Motivo 5: suponía Historias a las que se les asignaba nº prov. de Consulta pero no existía la Hª.Cª registrada en el Servicio de Archivos.

CONCLUSIONES:

El nº de Historias Clínicas ausentes en Cons. Ext. programadas, aunque mejorado desde la apertura del Policlínico, sigue siendo elevado (14.8%). Identificamos una oportunidad de mejora en el Servicio de Archivos, sobre el que debemos hacer un estudio exhaustivo y mejorar en su organización.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Cristina Granados Ulecia*
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 95 27
EL PALMAR (Murcia)

MESA DE COMUNICACIONES C

EMCA

ESTUDIO DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE INDICADORES PARA EL PROGRAMA DE DIABETES.

Gomariz García, J.J.; Santiago García, M.C.; Diaz Espiñera, J.J.; Gomez Jara, P.; Luquín Martinez, R.;Gris Peñas, A.

OBJETIVOS:

Elaborar un ciclo completo de mejora de las NTM (normas técnicas mínimas) de la cartera de servicio del Insalud sobre el programa de diabetes para evaluaciones multicéntricas y mejora de la calidad al paciente diabético. MATERIAL Y METODOS: Este estudio surgió como parte de un proyecto de mejora de la calidad dentro de la cartera de servicio de diabétes , enmarcado en las actividades de investigación del programa EMCA (evaluación y mejora de la calidad asistencial) de la región de Murcia.

En una primera evaluación, se seleccionaron entre los participantes del proyecto "30 NTM" del paciente diabético, que se sometieron a un estudio de fiabilidad para asegurarse la validez de los resultados conjuntos y comparaciones intercentros y entre cupos, calculándose la concordancia e índice Kapa, global y por parejas. Según los resultados poco alentadores obtenidos en esta primera evaluación, se procedió a la discusión grupal del porqué se interpretaron de forma distinta una misma NTM. A continuación se pusieron en marcha las medidas correctoras oportunas, surgidas de la discusión en aquellas NTM que tenían un índice Kappa bajo(<0.4), para seguidamente volver a reevaluar, incluyendo además de los criterios que consideramos no fiables otro que sí lo era (Kappa>0,4).

En este estudio han participado dieciséis médicos de cinco centros de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, del área de Cartagena y Lorca.

La muestra fué de treinta historias clínicas que se evaluaron de forma indiviual e independiente por cada uno de los médicos participantes en el estudio.

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

RESULTADOS:

En la primera evaluación, solamente resultaron pocos fiables nueve NTM (Kappa < 0.4). El Intervalo de confianza de 95% (I.C.) obtuvo un valor de 0.04. La concordancia en estos nueve criterios calificados de poco fiable fue en general baja, oscilando entre los límete de 0.13-0.23.- En la reevaluación de las nueve NTM poco fiable y una sobreañadida que si era fiable, el acuerdo entre los observadores de forma global utilizando el índice de Kappa, en el intervalo superior del 95%, en todos los casos superó el O.5.

Con respecto a la concordancia global aparecen en esta segunda evaluación valores relativamente altos (por encima 30%)

Los valores que se obtienen en esta segunda evaluación indicarían un acuerdo aceptable de las NTM una vez redefinidas, evidenciandose una importante mejora de loa fiabilidad de estos indicadores con respecto a la primera evaluación.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan José Gomariz García*
C. S. San Diego
Ctra. Cartagena, s/n - Tlf. 968 44 34 22
30800 LORCA

GARANTÍA DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA EN LAS ESTADÍSTICAS REGIONALES DE MORTALIDAD.

Ll Cirera, MJ Tormo, J García, C Martínez, MP Crespo y C Navarro.

OBJETIVOS:

1. Evaluar la fiabilidad del diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en las estadísticas regionales de mortalidad; 2. Detectar la aportación de casos por los certificados de defunción con cardiopatía isquémica al estudio IBERICA-Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

se incluyen a los hombres y mujeres residentes en la región murciana, de 25 a 74 años, fallecidos por infarto agudo de miocardio o causas susceptibles de enmascararlo; de junio a diciembre de 1996.

Se agrupan los diagnósticos en IAM y no infarto, tras revisar: historia clínica, dictamen antómico-forense, y encuestar a médicos y/o familiares.

Se calculan los índices de exactitud: la tasa de detección y de confirmación (%) y sus intervalos de confianza al 95%. Se aplican los criterios de Percy para su valoración.

RESULTADOS:

Cumplen los criterios de inclusión 353 certificados de defunción, de los que el 49% presentan el diagnóstico de cardiopatía isquémica, y el 28,1% de IAM. Según las fuentes documentales del IBERICA, cumplen los requisitos de IAM el 54,1% de los casos.

El diagnóstico de cardiopatía isquémica en los CD obtiene una tasa de detección del 82,7% (76,0% - 88,2%) y una tasa de confirmación del 77,5% (70,5% - 83,5%). Los índices de exactitud para la certificación de IAM son una tasa de detección del 61,1% (53,1% - 68,7%) y una tasa de confirmación del 93,4% (86,9% - 97,3%).

CONCLUSIONES:

La cardiopatía isquémica al presentar una tasa de detección mayor que la de confirmación está sobrenotificada, por lo que es una buena fuente de búsqueda de casos de IAM. El IAM registrado en las estadísticas regionales de mortalidad es de alta calidad, pero está subdeclarado.

Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS exp. 96/0026-04) y Zeneca-Farma.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Luis Cirera-Suárez*
Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11 - Tlf. 968 36 20 77/36 20 39
30008 MURCIA

EVALUACION DEL GRADO DE COINCIDENCIA ENTRE DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y DE ALTA EN LOS INGRESOS URGENTES.

Egea Romero, Mª.D.; González Martínez, P.; Almarza Mesa, J.L.; Terrer Morales E.; Soria Aledo, V.

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de coincidencia entre el diagnóstico de entrada y el diagnóstico al alta de los pacientes ingresados de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital los Arcos (HLA), con qué circunstancias puede estar relacionado el grado de coincidencia y si existe variabilidad entre los diversos cirujanos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se van a estudiar los 2547 ingresos de urgencias entre el 1 de diciembre de 1993 y el 30 de noviembre de 1998. Se han excluido los pacientes ingresados de urgencia procedentes de otro hospital o de otro servicio hospitalario y los reingresos.

Se ha evaluado el grado de coincidencia entre el diagnóstico al ingreso y diagnóstico al alta. Para ello se han establecido 4 grados de coincidencia (0, 1, 2 y 3), con el siguiente criterio: **Grado 0** (No existe ninguna relación entre ambos diagnósticos); **Grado 1** (No se diagnostica correctamente al paciente pero existen síntomas comunes entre ambos diagnósticos); **Grado 2** (se aproximan mucho ambos diagnósticos); **Grado 3** (coincidencia exacta de ambos diagnósticos). Se ha valorado el grado de coincidencia en diversas circunstancias (cuando el cirujano que hace el ingreso es el mismo que hace el informe de alta, cuando el que hace el ingreso es el mismo que opera al paciente, y cuando el que ingresa es el mismo que opera y da de alta), y el grado de coincidencia de ambos diagnósticos según el cirujano que ingresa al paciente y el que le da de alta.

Se ha efectuado tratamiento estadístico de los valores obtenidos (análisis de porcentajes).

RESULTADOS:

Hemos encontrado globalmente una coincidencia entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de alta de grado 2 ó 3, en el 91,3% de los casos. El porcentaje de buena concordancia diagnóstica (de grado 2 ó 3) varía, según el cirujano que hace el ingreso, entre 93,2% del cirujano A y 88,2 % del cirujano E, lo que supone una diferencia estadísticamente significativa entre ambos ($p<0,019$). El porcentaje de buena concordancia diagnóstica según cual sea el cirujano que da el alta, ha oscilado entre 93,4% del cirujano A y 87,3% del cirujano H, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre ambos.

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en el grado de coincidencia entre el diagnóstico de ingreso y el diagnóstico de alta en diversas circunstancias: 1) Coinciden más ambos diagnósticos cuando el cirujano que ingresa al paciente es el mismo que le da de alta ($p<0,0001$) y menos cuando son distintos cirujanos. 2) Mayor coincidencia diagnóstica cuando el cirujano que ingresa al paciente es el mismo que lo opera ($p<0,002$) y menor cuando es distinto o el paciente no es intervenido. 3) Mayor coincidencia diagnóstica cuando el que

ingresa al paciente es el mismo que lo opera y que le da de alta ($p<0,009$) y menor cuando no es el mismo cirujano.

CONCLUSIONES:

Globalmente se ha encontrado un buen grado de coincidencia entre el diagnóstico de entrada y el diagnóstico al alta en el 91,3%de los casos. Existen variaciones estadísticamente significativas entre cirujanos, según quién sea el cirujano que hace el ingreso. El nivel de coincidencia de ambos diagnósticos es significativamente mayor cuando el cirujano que ingresa al paciente es el mismo que le da de alta, cuando el que ingresa al paciente es el mismo que lo opera y cuando es el mismo cirujano el que realiza todos los actos médicos.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Dra. Mª Dolores Egea Romero*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlfs.: 968 57 00 54/57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

VARIABILIDAD EN LAS TASAS DE INDICACIÓN DE INGRESO E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LAS URGENCIAS DE CIRUGÍA GENERAL (HLA).

González Martínez, P.; Egea Romero, MªD.; Almarza Mesa, J.L.; Esteban Sánchez-Parra, B.; Fernandez Alconero F.J.;

OBJETIVOS:

Estudiar la variabilidad en las tasas de indicación de ingreso e intervención quirúrgica, para los pacientes atendidos de urgencias, entre los distintos cirujanos de un servicio de Cirugía General.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se estudian todos los pacientes (2547 casos) ingresados de urgencias, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Los Arcos (HLA), desde el 1 de diciembre de 1993 hasta el 31 de noviembre de 1998 (1826 días). Se analiza el número de guardias que hizo cada cirujano, el número de pacientes que ingresa y el número de pacientes que interviene cada cirujano durante el período de tiempo estudiado. Los datos se han obtenido del registro de pacientes del Servicio de Cirugía General del HLA y de la base de datos de guardias del mismo servicio. Se han excluido los ingresos procedentes de otros servicios, de otros hospitales y los reingresos.

Se ha obtenido: el número, total y por guardia, de pacientes ingresados por cada cirujano y la proporción de ingresos/guardia individualizada. Así mismo se ha obtenido la proporción de pacientes intervenidos tras el ingreso, individualizada por cirujano que ingresa y cirujano que opera.

Se ha efectuado tratamiento estadístico de los valores obtenidos, para valorar la hipótesis de no variabilidad entre los cirujanos.

RESULTADOS:

Durante el período de tiempo estudiado (1826 días) se han ingresado de urgencia 2547 pacientes (promedio de 1,4 ingresos por día de guardia), de los cuales se han intervenido 1307 pacientes (51,3% de los ingresados). Se encuentran diferencias significativas en el promedio de pacientes ingresados por cirujano y guardia (entre los distintos cirujanos), así como en la proporción de pacientes ingresados y operados entre los distintos cirujanos. El porcentaje de asistidos/ingresados oscila entre el 24% y el 36,6%. El porcentaje de ingresados/intervenidos oscila entre el 39,8% y el 57,8% para los distintos cirujanos. Finalmente la mayor diferencia se da en la relación ingresados e intervenidos por el mismo cirujano, que oscila entre el 36,9% y el 74,2% ($p<0,001$)

CONCLUSIONES:

Existe cierto grado de incertidumbre a la hora de indicar un ingreso y una intervención quirúrgica de urgencias, dicha incertidumbre se ve reflejada en las distintas tasas de ingreso e indicación de intervención quirúrgica entre los distintos cirujanos de un mismo servicio, con guardias distribuidas de forma homogénea, criterios similares a la hora de decidir el ingreso e intervención en el mismo grupo poblacional. Esto podría explicar las distintas tasas publicadas para determinadas intervenciones en distintas áreas, según predomine un estilo de práctica más o menos agresivo a la hora de manejar los distintos cuadros patológicos de indicación quirúrgica incierta. Esta variabilidad, en el futuro, esperamos aminorarla mediante el uso de guías de práctica clínica.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Dr. Pedro González Martínez*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlfs.: 968 57 00 54/57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

¿ ANÁLISIS COSTE-EFICACIA DE LAS PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS DE DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO RÁPIDO?

F. Rodríguez García.

En el contexto sanitario actual, basado fundamentalmente en el binomio coste eficacia, en el que la microbiología, con ayuda de las nuevas tecnologías que le brinda la biología molecular, se está orientando hacia el desarrollo de pruebas automatizadas de diagnóstico rápido, podría pensarse que los exámenes microscópicos directos, dada su antigüedad y su carácter manual, tendrían hoy-día escasa relevancia asistencial.

OBJETIVOS:

Realizar un análisis cualitativo actualizado de coste eficacia diagnóstica de las principales pruebas microscópicas de diagnóstico microbiológico rápido, así como la frecuencia de su uso en algunas actividades asistenciales de nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pruebas analizadas: Tinción de Gram (Gram), tinción de Zielh-Neelsen (Z-N), coloración en fresco con azul de metileno (A-M). (metodología convencional).

Indicadores de coste - eficacia diagnóstica utilizados: Coste ©, tiempo de respuesta intralaboratorio (TR), e interés clínico como prueba orientadorea de terapias empíricas (TE). (Recomendaciones diagnóstico clínicas de las principales sociedades nacionales e internacionales de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas).

Periodo y actividad asistancial analizados: Enero diciembre de 1998 / Urgencias médicas intrahospitalarias.

RESULTADOS:

Tabla resumen de los resultados obtenidos:

Pruebas	Indicadores de coste eficacia diagnóstica					Frecuencia de uso
—	TR	—	C	—	TE	—
—	—	—	—	—	—	—
Gram	< 10 min (*)		Escasas um (**)		Grande	< 1% del total de pruebas
Z-N	< 20 min		Escasas um		Grande	< 1% del total de pruebas
A-M	< 5 min		Escasas um		Grande	< 1% del total de pruebas

(*) minutos / (**) unidades monetarias

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que: (1) Los exámenes microscópicos de diagnóstico microbiológico rápido siguen siendo de un bajo coste y de una gran eficacia diagnóstica. (2) En nuestro medio, en el área de las urgencias médicas, su demanda es escasa. (3) Dado el bajo incremento del costo que supondría aumentar la frecuencia de utilización de estas pruebas de diagnóstico microbiológico rápido, en aquellas situaciones que la literatura médica recomienda, sería interesante analizar, en nuestro entorno, el aumento de la calidad asistencial que ello supondría.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Francisco Rodríguez García*
Hospital Santa María del Rosell
C/. Paseo Alfonso XIII, 61
30071 CARTAGENA

VENTAJAS DEL EMPLEO DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN RÁPIDA EN EL ANÁLISIS DE LA CARTERA DE SERVICIOS.

López-Picazo Ferrer, J.J.; Santo González, A.; y Comisión de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

OBJETIVO:

Comprobar la viabilidad del uso de técnicas de evaluación rápida en la evaluación de la cartera de servicios de atención primaria, y valorar la mayor operatividad de la información que aporta.

MATERIAL Y METODO:

Se evaluaron los criterios de calidad del servicio de atención a diabéticos en los centros de salud (EAP, n=45) de una Gerencia de Atención Primaria mediante aceptación de muestras por lotes (LQAS), simultáneamente a la evaluación estipulada por INSALUD (octubre'98). Se comparan los resultados, valorándose la información que puede obtenerse y el esfuerzo empleado.

RESULTADOS:

La evaluación clásica se realizó con representatividad de Gerencia (confianza: 95%; precisión: 5%; muestra requrida, >350 historias). La evaluación meidante LQAS fue representativa por EAP (confianza: 95%; precisión: 20%; máxima muestra requerida, 13 historias por EAP). Es estándar de cumplimiento de cada criterio era el pactado en contrato-programa de 1998. el umbral se fijó por el grupo evaluador. Se resumen los resultados:

		306.1 Diagnóstico	306.2 Antecedentes	306.3 H.ª de la enferm.	306.4 Reperc. Visceral	306.5 Exploración física	306.6 Laboratorio	306.7 Fondo de ojo	306.8 ECG	306.9 Control periódico	306.10 Educación Sanitaria
	Estándar	90%	80%	85%	55%	60%	60%	55%	65%	65%	75%
	Umbral	65%	50%	55%	20%	25%	25%	20%	30%	30%	40%
	N.º CRITERIOS QUE CONFORMAN LA NTM	1	3	3	3	7	4	1	1	5	4
Evaluación Clásica	Cumplimiento I.C.(95%)	91.1% (88.5-93.3)	69.6% 66-73.3)	81.6% 78.5-84.6)	30.0% 26.4-33.6)	49.9% 46-53.8)	51.5% 47.5-55.4)	31.9% 28.2-35.6)	62.1% 58.3-66)	56.9% 53-60.8)	68.5% 64.9-72.2)
Iqas:	Media *	2	15	7	19	16	11	20	10	12	12
EAP que incumplen	Máximo y mínimo *	2-2	8-19	4-9	16-24	2-27	6-19	20-20	10-10	3-33	7-23

* Indica la media, máximo y mínimo de EAP que incumplieron los criterios de cada NTM (ya que hay más de un criterio por NTM).

CONCLUSIONES:

Aunque la evaluación clásica ofrece resultados de gran precisión y estrechos intervalos d ocnfianza, no poder identificar en qué centro se localizan lo sincluplimientos (sería necesar elevar la muestra a unas 5.000 historias), hacen aconsejable la evaluación por LQAS, que:

- Precisa de muestras sustancialmente menores: mayor rapidez.
- Acota y localiza centros (EAP) y criterios en donde existe oportunidad de mejora.
- Evalúa los resultados en función de los estándares de cumplimiento deseados/pactados.
- Puede emplearse, por su rapidez, para monitorizar cumplimientos de forma operativa.
- Facilita la decisión acerca de dónde y sobre qué actuar para mejorar.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Julio José López-Picazo Ferrer*
Gerencia de Atención Primaria de Murcia
C/. Escultor José Sánchez Lozano, s/n - Tlf. 968 39 48 01
30005 MURCIA

CONSTRUCCIÓN DE ITEMS PARA UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Pérez Riquelme F, Valcárcel Saavedra MJ, Luna Meseguer P, Aragón Liza JA.

OBJETIVO: Identificar aspectos relevantes en el proceso de citación, realización de mamografías y comunicación de resultados dentro del programa de prevención del cáncer de mama de la Región de Murcia, que permitan la construcción de items para un cuestionario de satisfacción de las usuarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha utilizado la técnica del grupo de discusión (focus group). Se han realizado un total de tres grupos de discusión entre mujeres citadas para realizarse la mamografía, uno antes de su realización y dos tras la comunicación de los resultados. Las sesiones se realizaron en locales de las asociaciones de mujeres de su localidad de residencia, participando componentes de su directiva en la organización del grupo. En las reuniones había dos de los investigadores, uno que actuaba de moderador, para lo que seguía un guión previamente establecido, y otro que tomaba notas. Todas las reuniones fueron grabadas (previa autorización) para su posterior análisis por el grupo investigador. Con posterioridad se realizó el análisis desagregando los discursos de las participantes y clasificando sus expresiones (recogidas literalmente) dentro de cada una de las dimensiones de la satisfacción que se pretendían estudiar.

RESULTADOS: Sobre el proceso en general, una preocupación es el tiempo de comunicación de los resultados siendo mas importante dar un plazo y cumplirlo que el plazo en sí, porque ' en eso se nota un trato mas personal' o bién 'parece que se preocupan de que recibas el resultado' ; sobre accesibilidad, es importante ser atendida con prontitud 'que todo sea superrápido, que no tenga tiempo de pensar' y poder adaptar la cita a las necesidades de las mujeres 'me venía mal y pude cambiar la cita' ; del entorno físico no les gustaría 'que haya varias mujeres a la vez' ni 'que entre y salga gente' no profesionales de la sala de mamografía ;sobre la competencia técnica les gustaría la mamografía se la haga un 'especialista que sepa de lo que va' y que no tengan que 'repetírmela porque esté mal hecha', en la relación interpersonal es preciso que 'lo que tengan que decirme, me lo digan bien dicho, con buenas palabras' en que el trato sea amable ' que no paguen su mal humor con nosotras' , 'que me saluden', ' que me traten con cariño' y finalmente sobre el "disconfor" en general se acepta 'que la mamografía es algo desagradable y molesto', les gustó que les 'atendieran dos señoras' y que 'aunque me atienda un hombre, me gustaría que estuviera presente un enfermera'.

CONCLUSIÓN: La investigación con grupo focal ha facilitado la construcción de un cuestionario piloto sobre satisfacción de usuarias con el programa y a ofrecido información complementaria para reforzar (y en su caso modificar) la atención que se presta desde los centros de cribado.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *María José Valcárcel Saavedra*
Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11 - Tlf. 968 36 20 00 - Ext. 1523
30008 MURCIA

EL USUARIO COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA ESTIMAR COBERTURA DE CARTERA DE SERVICIOS.

Saturno Hernández P., Sánchez Sánchez J.A. y Grupo de Trabajo de Prosper-S

OBJETIVO:

Comparar la cobertura de servicios preventivos en Atención Primaria de Salud,según lo informado por el usuario y la revisión de la Historia Clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: 8 Centros de Salud de 5 Comunidades Autónomas diferentes del estado Español.

Pacientes:Se seleccionó una muestra de 1.108 pacientes entre 18 y 80 años,con Historia Clínica abierta en el Centro,que hubieran consultado en los últimos doce meses,cualquiera que fuera el motivo de consulta.Se excluyeron mujeres gestantes y personas con dificultades para la comprensión y contestación del cuestionario.

Intervenciones:1)Se envió Cuestionario por Correo,preguntando sobre experiencias asistenciales concretas realizadas desde el Centro de Salud.En el apartado de Actividades Preventivas se les preguntaba sobre si se les había realizado ó no ,y que señalaran la fecha de la última realizada.En este trabajo se comparan vacunación de gripe y de tétanos ,toma de tensión arterial,medición de peso corporal, medición en sangre de Colesterol , interrogatorio sobre consumo de alcohol y tabaco;y fecha de realización de la ultima citología vaginal y mamografía.

2)Investigadores que desconocían los resultados del cuestionario,revisaron la Historia clínica de cada persona que contestó el cuestionario.Se obtuvieron datos en los mismos items que los preguntados en el cuestionario.

Mediciones:Se ha calculado el porcentaje de cumplimiento de cada actividad en base a lo declarado por el paciente y de lo que constaba en su historia clínica;estimando los intervalos de confianza del 95%.La validez del informe se ha estudiado mediante la sensibilidad y especificidad ,considerando a la Historia Clínica como el "patrón de referencia".Se ha calculado la concordancia total ,entre Historia e Informe, y el test estadístico Kappa.

Se estudió el sesgo de no respuesta,comparando,mediante análisis multivariante(Regresión Logística), las características de los que responden y no responden al cuestionario.Para cada indicador de cobertura estimado se estudia la asociación (OR) de cada una de las características relacionadas con la no respuestas, según modelo de RL donde la cobertura del servicio es la variable dependiente.

RESULTADOS:

La tasa de respuesta fue del 42 %,con un rango ,por diferentes Centros,que osciló entre 33 y el 57%.

En todos los servicios la cobertura calculada con la respuesta del usuario fue mayor que la determinada por revisión de la Historia;siendo esta diferencia significativa estadísticamente en todos los casos menos en el del interrogatorio sobre consumo de alcohol. El porcentaje medio de la diferencia es del 21,5 ;oscilando entre 9 y 45,9 .La diferencias mayores se observan en el realización de citología vaginal a mujeres de 18 á 45 años con una cobertura según la Historia clínica del 19,9(IC:14,9-24-6) y según el usuario de 65,8 % (IC=59,9-71,7) y en la vacunación del Tétanos :cobertura según historia del 37,9 (IC=32,7- 43,1) y según los usuarios del 81,4 % (IC=77,3- 85,6).

La sensibilidad fue elevada(media de 84,1%),con una especificidad más baja(media de 54,5%).

El test de Kappa fue superior a 0,40 ,excepto en las actividades preventivas de la mujer,en consumo de alcohol, medición de colesterol y en vacunación de tétanos.Estos valores se ven asociados a especificidades bajas(el usuario informa de algo que no está recogido en la Historia Clínica)

El cuestionario lo responden con mayor frecuencia mujeres;personas de más edad y con una mayor utilización de los servicios.De estas variables el sexo,es el que tiene mayor peso en el sesgo potencial de no respuesta .;siendo la cobertura en las mujeres, superior en la vacunación del tétanos(OR=05 $p<0.05$),e inferior en el interrogatorio sobre tabaco (OR=12.6 $p<0.001$) y sobre alcohol(OR=4,9 $p<0,001$).

CONCLUSIONES:

Las coberturas calculadas en base a la información de los pacientes,son más elevadas con un promedio medio de incremento del 21,5 % respecto a las calculadas con la Historia Clínica.

El Informe muestra una sensibilidad alta,con una baja especificidad,y con una concordancia,en general,aceptable . Un infraregistro en la Historia Clínica de las actividades preventivas,podría justificar estos hallazgos;siendo,en este caso, el usuario una mejor fuente de información que la Historia Clínica.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan Antonio Sánchez Sánchez*
Centro de Salud del Barrio del Carmen
C/. Madre Elisea Oliver Molina, s/n - Tlf. 968 26 23 88
30002 MURCIA

INFORME DEL USUARIO. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DE OBTENER LA CONTESTACIÓN.

Sanchez Sánchez J.A.; Saturno Hernández P.;Calvo Jiménez M.; Albaladejo Monreal E.; Parra Hidalgo A.

OBJETIVOS:

Comparar el coste de tres diferentes estrategias para obtener la contestación del usuario :envío por correo, entrega en la consulta y mediante encuestador a domicilio.

MATERIAL Y METODOS:»1-3"

Ambito:Centro de Salud urbano de Murcia,que atiende a 32.000 habitantes.

Pacientes:Se incluyeron pacientes entre 18 y 80 años que hubieran consultado en los últimos doce meses en el Centro de Salud.La Selección fue aleatoria,calculando para el envío por correo y la entrega en consulta, un tamaño de la muestra suficiente para obtener indicadores que fueran representativos del total de personas que consultaron al Centro en el ultimo año.La entrevista a domicilio se realizó a una muestra de los que no contestaron al envío por correo.

Intervenciones:El cuestionario pregunta sobre experiencias concretas asistenciales desde el Centro de Salud y consta de 9 Secciones.Fue pilotado y validado en 1994.

Se envió por correo a un total de 890 personas,con un recordatorio a los 15 días a las personas que no contestaron.A una muestra aleatoria de 252 de entre los que no habían contestado se entrevistó a domicilio por encuestadores profesionales ajenos al centro.

En la consulta médica y de enfermería se escogieron 1 de cada 3 pacientes que habían solicitado consulta los días que se seleccionaron para el estudio;entregando un total de 571 cuestionarios.

Mediciones:Se han calculado los costes medios y marginales para cada una de los modalidades de entrega del cuestionario;considerando como resultado el cuestionario contestado.Se han incluido en los costes el gasto de elaboración a imprenta del cuestionario,la preparación del envío por correo y su franqueo,y el tiempo preciso para preparar la base de datos de recogida de la información.En la entrevista a domicilio se contrató un precio por cada cuestionario obtenido. No se han incluido el tiempo empleado por los profesionales en entregar la encuesta en consulta.ni el de los usuarios en contestarla.Se ha realizado un análisis de sensibilidad de los costes modificando la tasa de respuesta de las diferentes estrategias.

RESULTADOS:

La tasa espontánea de respuesta del envío por correo fue del 20,8 %, ,incrementándose hasta el 27,6 tras la realización del recordatorio por correo.

En la entrega del cuestionario en consulta la tasa de respuesta fue -sin realizar ningún recordatorio- del 44,5%.

El coste medio más bajo es el de la entrega en consulta(587 ptas),seguido del envío por correo(1300 ptas)y el más elevado la entrevista a domicilio(1743 ptas.) .Seleccionando como me

jor alternativa la entrega en consulta y si quisiéramos incrementar la tasa de respuesta mediante encuesta domiciliaria el coste marginal sería de 2674 ptas por cuestionario obtenido.

Una tasa de respuesta del 15% en la entrega en consulta ó del 21,2% en el envío por correo igualaría el coste medio al de la encuesta en domicilio.Sería preciso una tasa de respuesta del 62,8 % en el envío por correo, para que se equiparase al coste medio de la entrega en consulta conseguido en el estudio.Una respuesta del 18,5% en la entrega en consulta equipararía el coste medio del envío por correo.

CONCLUSIONES:

La entrega del cuestionario en consulta es el método con un menor coste.

El análisis de coste marginal descarta la modalidad de envío por correo;mientras que el coste marginal de la entrevista a domicilio resulta de 2674 ptas por encuesta,más de cuatro veces lo que cuesta su obtención mediante entrega en consulta.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan Antonio Sánchez Sánchez*
Centro de Salud del Barrio del Carmen
C/. Madre Elisea Oliver Molina, s/n - Tlf. 968 26 23 88
30002 MURCIA

POSTERS

LAS COMISIONES PARITARIAS COMO INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

García González, Angel L.; Pedreño Saura. Juan J.; Ballesteros Pérez, Ana Mª; Pérez Aguilar, Francisco; Moreno Valero, Manuel A; Fontcuberta Martínez, Julio.

OBJETIVOS: Conocer la actividad que han desarrollado las Comisiones Paritarias (CP) de la Comunidad Autónoma de Murcia hasta Julio de 1998. Evaluar su aportación para la mejora de la relación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, en opinión de los profesionales que las integran como Vocales de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo-transversal, mediante cuestionario autocumplimentado, de elaboración propia, con dos partes: 1ª) para conocer la actividad desarrollada por las CP de cada área de salud, remitida a los 3 Gerentes de AP (13 ítems); 2ª) para conocer opiniones sobre la aportación de las CP en la mejora de la relación de los profesionales de ambos niveles (6 ítems), remitida a los 3 Gerentes de AP y a 24 de los Vocales de AP elegidos por los Consejos de Gestión. Los encuestados fueron informados telefónicamente sobre los objetivos del estudio. Se realizó análisis descriptivo de las respuestas.

RESULTADOS: Los cuestionarios fueron respondidos por los 3 Gerentes (100%) y 20 Vocales (80%). En nuestra Comunidad Autónoma se han formado 8 CP. Llevan constituidas un promedio de 15 meses (intervalo: 13-18 meses) y se han reunido un promedio de 5 veces (intervalo: 3-8 reuniones/comisión). Han elaborado 22 protocolos sobre solicitud de pruebas diagnósticas o de relación entre niveles para la atención a patologías de alta prevalencia. Todas han realizado alguna actividad para evaluar el desarrollo de los procesos de citación de pacientes desde AP. En el 75% se ha discutido y establecido la oferta/demanda de servicios entre AP y AE (Atención Especializada). En el 67,5% se ha aprobado el "catálogo de pruebas diagnósticas para AP". El 62,5% de las comisiones han establecido medidas para controlar la demora máxima para consulta por especialidad. El 87,5% de las CP han efectuado medidas para evaluar la prescripción de primeras recetas por el médico de AE.

Tanto los Gerentes como los Vocales consideran que las CP están mejorando la comunicación y el diálogo de los profesionales de ambos niveles y, que están sirviendo para que mejore la coordinación entre niveles asistenciales; sin embargo no consideran que estén consiguiendo disminuir el número de interconsultas injustificadas al especialista.

CONCLUSIONES: Las CP de nuestra Comunidad Autónoma están desarrollando una actividad muy alta y, aunque llevan constituidas un corto periodo de tiempo, han aportado mejoras en la relación de los profesionales de ambos niveles.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan José Pedreño Saura*
G.A.P. Cartagena
C/. Cabrera, s/n - Tlf. 968 50 68 85
30203 CARTAGENA

REPETICIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO EN HOSPITALIZACIÓN.

Ródenas García, V.; Martínez Martínez, M.J.; Martínez Martínez, C.; López Jesús, I.

INTRODUCCIÓN: El uso del laboratorio varía ampliamente entre los médicos, sin que exista una relación demostrada con la calidad de la asistencia sanitaria que se ofrece, y nos plantea la pregunta de si las pruebas diagnósticas son usadas apropiadamente. Dentro de lo que sería una utilización inadecuada del laboratorio, la repetición de pruebas, sobre todo si no ha transcurrido un periodo de tiempo suficiente desde el primer resultado y este se encuentra dentro de los valores de referencia (resultado "normal"), representa una fuente potencial de información redundante, es decir, aquella que no aporta un valor añadido al proceso de decisión médico.

OBJETIVOS: Evaluar la repetición de pruebas bioquímicas con valores normales en el área de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra estudiada incluyó todos los pacientes ingresados en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla, un hospital del grupo 1 con 98 camas, durante el periodo comprendido entre octubre de 1997 y septiembre de 1998. Mediante el sistema informático Omega (Boehringer Mannheim) se identificaron los pacientes para los que existían peticiones de bioquímica repetidas a lo largo de su estancia, cuantificándose, para cada paciente, el número de peticiones repetidas e intervalos de tiempo transcurrido entre las mismas y para cada prueba con valor normal, las repeticiones que volvieron a dar un valor normal y aquellas que lo dieron anormal. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se realizaron 2116 bioquímicas programadas en hospitalización, de las cuales, 850 (40%), correspondieron a 283 pacientes que tuvieron analíticas repetidas durante su estancia, siendo la mediana de peticiones por paciente y días entre repeticiones de 2 y 4 respectivamente y en las que se identificaron 5042 pruebas con valores normales, que además tuvieron el test repetido posteriormente. Una media del 84.5% de estos resultados, entre el 67.7% de glucosa y el 95.6% de bilirrubina total, volvieron a dar un valor normal y del 15.5% restante que dieron un valor anormal, la mitad presentan una variación respecto al valor inicial inferior al 30%.

CONCLUSIONES: La gran cantidad de valores normales repetidos encontrados en el estudio, inherente al uso de perfiles bioquímicos de forma rutinaria, nos obliga a establecer un consenso entre proveedores y usuarios del laboratorio para definir la utilización adecuada. El propósito de las pruebas que se realizan es ayudar a los médicos a confirmar o excluir diagnósticos potenciales y monitorizar la terapia, más que detectar pequeñas desviaciones de los valores normales, que ocurren frecuentemente en pacientes hospitalizados, y que pueden ser estadísticamente significativas, pero clínicamente irrelevantes.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Vicente Ródenas García*
Hospital Virgen del Castillo
Avda. de la Feria, s/n - Tlf. 968 75 10 92
30510 YECLA (Murcia)

¿CALIDAD EN LOS CUIDADOS O CUIDADOS DE CALIDAD?

Cantero González M. L.; Moratilla Marquez A.; Medrano Tortosa J.; Hernandez Moratilla, R.; Molino Contreras J. L.

OBJETIVOS:

1. Valorar el grado de utilización de guantes por el personal de Enfermería hospitalario durante la administración de terapias y/o exploraciones parenterales.
2. Comprobar las medidas higiénico-epidemiológicas durante dichas actividades, centrada en la frecuencia del cambio de guantes.
3. Establecer relación entre la edad, sexo, y antigüedad en el puesto de trabajo de los Enfermeros, con los objetivos anteriores.

MATERIAL Y METODO:

Estudio descriptivo transversal realizado mediante entrevista directa a Enfermeros de los ocho hospitales públicos de la Red Sanitaria de la Región de Murcia. Población de estudio: 2136 enfermeros. Muestreo estratificado por conglomerados según el tamaño de la población y selección aleatoria posterior. Entre el 1 y el 15 de abril de 1998 se realizan 370 encuestas de 15 preguntas, de las cuales, empleamos para este estudio 9 cuestiones cerradas de tres opciones. Variables: sexo, edad, situación laboral, años de ejercicio profesional, y el empleo de guantes en diversas actividades de enfermería. Se elaboran tablas de contingencia y se aplica el test de ji^2 para determinar la significación estadística.

RESULTADOS:

De los 370 encuestados, 99 (26.8%) son hombres, Y 271(73.2%) son mujeres. 187 (50.5%) tienen entre 20 y 35 años, 172 (46.5%) entre 35 y 50 y 11 (3%) mas de 50 años. 216(58.4%) son personal de plantilla, 100 (27.0%) interino y 54 (14.6%) contratado. 74 (20.0%) llevan menos de 5 años de ejercicio profesional 100 (27.0%) entre 5 y 10 y 196 (53.0%) mas de 10 años.

El 30% de los encuestados emplean guantes para la administración de terapia vía IM y el 41,1% para la administración vía IV. Para las extracciones de sangre usan estos elementos de barrera el 53,2% mientras que para la instauración de sueroterapia lo hace el 50,3%

329 (88,91%) de los encuestados cambian sus guantes al pasar de enfermo, mientras que 41 (11,08) no lo hacen nunca o solo a veces.

El 37.8 % de los encuestados con edades comprendidas entre 35 y 50 años y el 38,2% de los profesionales con mas de 10 años de ejercicio profesional, nunca emplean guantes para la administración de medicación intramuscular. ($p<0,05$)

CONCLUSIONES:

En ninguno de los casos se supera el 55% de profesionales que cumplan criterios de calid cuanto al uso de guantes para realizar técnicas de cuidados propias y derivadas.

Si es habitual en quienes los usan, el cambio frecuente de guantes.

En general, los profesionales con mayor edad y años de ejercicio profesional no emplean guantes para la administración de medicación IM. La edad, la seguridad en el puesto de trabajo y la excesiva "confianza profesional", así como las escasas posibilidades de apoyo en la formación hace que los profesionalesnfermeros adopten criterios de calidad propios, no contrastados.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª Lourdes Cantero González*
Escuela Universitaria de Enfermería
Pza. San Agustín, 3 - Bajo - Tlf. 968 12 01 27
30201 CARTAGENA

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ESTRUCTURAL DE LOS PROTOCOLOS DE FISIOTERAPIA DE MURCIA.

Medina i Mirapeix F, Torres Vaquero AI, Esteban Argente I, Meseguer Henarejos AB, Valera Garrido JF, Jimeno Serrano FJ

OBJETIVO:

Conocer la medida en que un Ciclo de Mejora puede conseguir aumentar la calidad del diseño de los protocolos de Fisioterapia de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño de evaluación retrospectiva. Los sujetos de estudio son todos los documentos de los protocolos elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia desde 1990 a Noviembre de 1998. Se realiza la evaluación inicial en Mayo de 1997 utilizando 8 criterios normativos y explícitos previamente validados. Tras la detección de deficiencias se proponen las siguientes medidas correctoras: retroalimentación a los autores, curso de formación, seguimiento activo. La reevaluación se lleva a cabo en Noviembre de 1998.

Se realiza un análisis univariante estableciendo las tasas de cumplimiento de los criterios de calidad y su mejora absoluta y relativa, y un análisis bivariante mediante la prueba de la Chi cuadrado.

RESULTADOS:

En la evaluación inicial se evalúan 10 protocolos. Tras la aplicación de las medidas correctoras, en la segunda evaluación (realizada con 9 protocolos), se consigue pasar de una media de 5.4 defectos por protocolo a 3.1.

Existe una mejoría absoluta en los siguientes criterios: C-1 mecanismo de registro del (57.7%), C-2 mecanismo de evaluación de calidad (67%), C-4 hoja de anamnesis y/o exploración (18.8%), C-6 presentación de índice paginado (55.5%), C-7 ausencia de defectos formales (legibilidad y numeración de copias), C-8 presentación de bibliografía (68.8%). En todos, excepto para C-4, la mejoría es además estadísticamente significativa, con $p<0.05$ en los criterios 1, 6 y 7 y con $p<0.001$ en los restantes. El criterio 5 no presenta mejoría puesto que el cumplimiento en la 1ª evaluación fue ya del 100%. El criterio C-3 sobre existencia de algoritmo es el único que presenta un deterioro del (45.6%).

CONCLUSIONES:

La metodología de evaluación y mejora de la calidad se muestra válida para mejorar la calidad de la estructura de los protocolos de Fisioterapia puesto que se han conseguido mejoras significativas en la mayoría de los criterios.

Esta comunicación ha sido posible gracias a la Beca FIS nº 97/1149

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Francesc Medina Mirapeix*
Facultad de Medicina.
Campus de Espinardo
30100 MURCIA

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE ATENCIÓN EN LAS CONSULTAS DEL H. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.

Picazo Córdoba, R.; Martínez Acosta, S.; Ródenas Checa, J.; Serrano García, M.D.; Granados Ulecia, C.

OBJETIVOS: Determinar la calidad y el nivel de cumplimentación de los datos, tanto administrativos como clínicos, considerados fundamentales por este grupo de trabajo, de las solicitudes de atención en las consultas externas del H. Virgen de la Arrixaca, provenientes de los Centros de Especialidades, otros hospitales y Centros de Salud de la provincia. Los items medidos han sido: a) Administrativos: nombre del paciente, su edad o fecha de nacimiento, D.N.I., número de afiliación a la Seguridad Social, dirección completa, teléfono de contacto. B) Datos propios del documento: fecha, identificación del centro de origen, identificación del facultativo solicitante y su firma. Datos clínicos: antecedentes familiares, antecedentes personales, comienzo y duración del episodio, evolución, datos de la exploración, datos radiológicos y de laboratorio y justificación de la solicitud. Para el análisis de estos datos hemos considerado, además, si provenían de un centro de atención primaria o especializada. Todo esto con la finalidad de, en una segunda fase, proponer a la dirección del centro, las acciones de mejora a emprender.

MATERIAL Y MÉTODOS: Del total de las 744 solicitudes recibidas en Admisión de Consultas durante dos semanas (del 19 al 30 de octubre) seleccionamos 115, mediante la tabla de números aleatorios que proporciona el programa informático Excel. De estas valoramos los items anteriormente reseñados, considerándolos como cumplimentados o no cumplimentados. En la valoración de los datos clínicos los hemos considerado como sí cumplimentados a la más mínima mención que se hiciera del tema. Las frecuencias de cumplimentación y los cruces de las distintas variables fueron realizadas con el programa informático SPSS (ver.8.0.)

RESULTADOS: Sólo el nombre completo del paciente y el número de afiliación a la S.S. constan en más del 95% de los casos. El nombre del médico peticionario no consta en el 10% y la especialidad de éste en un 8%. Entre los datos clínicos, en todos los casos, excepto en el caso de la exploración (53%), menos de la mitad de las solicitudes tienen alguna referencia a los mismos. Tomando en consideración si el origen de la solicitud es un centro de atención primaria o especializada, en todos los casos es peor la cumplimentación (con una diferencia estadísticamente significativa, aplicando el test del Chi-cuadrado) en las solicitudes remitidas desde atención primaria.

CONCLUSIONES: Los resultados expuestos indican una deficiente cumplimentación de las solicitudes de atención en consultas, más grave en el caso de los datos clínicos, lo que implica que no sea posible, en muchos casos, aprovechar las experiencias previas que originan la demanda de atención en el hospital. Se hace necesario incrementar la comunicación con los facultativos, fundamentalmente de atención primaria, para protocolizar las derivaciones de pacientes a las consultas externas.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Ramón Picazo Córdoba*
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 95 27
EL PALMAR (Murcia)

CODIFICACIÓN PERIFERICA EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA FRENTE A CODIFICACIÓN CENTRALIZADA.

J. Ródenas Checa, M. Martínez Fresneda, M. Pérez Albacete, R. Picazo Córdoba, C. Granados Ulecia

OBJETIVOS: Analizar la concordancia de los datos de codificación clínica entre la base de datos del Servicio de Urología, y la base de datos del CMBD del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Detectar las posibles deficiencias y mejorar la calidad de la información, a través de la necesaria colaboración entre los médicos que generan la información y los codificadores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han comparado las bases de datos del Servicio de Urología y del CMBD del hospital, desde el 1 de Julio de 1997 al 30 de Junio de 1998, contrastando las diferencias y depurando aquellos episodios que no aparecían en ambas bases de datos, en cuanto a la codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) del Diagnóstico Principal la hemos contrastado hasta el nivel de categoría (3 dígitos) y Sub-categoría (4° dígito).

RESULTADOS:

	UROLOGIA	CMBD
Registros (casos)	649	602
Registros descartados (no validos)	70 no están en el CMBD 20 duplicados	80 no están en Urología
Total	559	522

Discrepancias a nivel de Sub-categoría o ausencia de 4° dígito en 125 casos, 107 serían ausencias del 4° dígito 9 "sin especificar" y 3 ausencias de 4° dígito 8 "otros sitios especificados", por tanto 110 ausencias de sub-categorías residuales que no tienen casi repercusión, aunque sean necesarias para el tratamiento automatizado de los datos. Las otras 15 ausencias de 4° dígito, suponen menor especificidad a nivel del diagnóstico.

Discrepancias a nivel de categoría en 115 casos, de los cuales 29 son Neoplasias malignas de vejiga (188) que la Unidad de Codificación los codifica como Neoplasias de vejiga de comportamiento indeterminado (236.7), y 19 Cálculos de riñón o de ureter (592.0 y592.1) que el Servicio de Urología codifica como cólico renal (788.0).

CONCLUSIONES:

1.- Es imprescindible devolver a los servicios la información codificada para contratarla con sus datos y depurar al menos los errores sistemáticos.

2.- Aunque codifiquen los médicos, se debe validar por una unidad central de codificación. Las normas de codificación son cada vez más y los intereses profesionales de los médicos son otros diferentes.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Julio Ródenas Checa*
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 97 73
EL PALMAR (Murcia)

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LOS ARCOS COMO MÉTODO DE CONTROL DE CALIDAD.

Muñoz Ruiz-Séiquer, J; Medranda Gómez, MA; Bayo Zaera, A; Almarza Mesa, JL.

INTRODUCCIÓN:

Las reclamaciones constituyen un método directo de evaluación de la satisfacción de los usuarios y, por tanto, son uno de los indicadores del control de calidad asistencial de los servicios sanitarios. El usuario puede presentar su disconformidad, mediante la reclamación por escrito, ante cualquier hecho surgido en la relación que ha tenido con el Servicio de Urgencias al que ha demandado asistencia.

OBJETIVO:

Estudio de las reclamaciones a nuestro Servicio de Urgencias analizando la incidencia y los motivos de las mismas, y así conocer la opinión del usuario, cómo percibe la calidad del Servicio y poder adoptar las medidas para evitarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión descriptiva y retrospectiva de las reclamaciones al Servicio de Urgencias durante el año 1.997 y 1.998 presentadas por escrito en el Servicio de Atención al Paciente, y estudio de la incidencia; edad, sexo y parentesco del que reclama; mes en el que se reclama; estamento al que va dirigida la reclamación y el motivo de la reclamación.

RESULTADOS:

Entre los años 1.997 y 1.998 se efectuaron 35 reclamaciones al Servico de Urgencias de un total de 106, lo que representa el 33%. La edad media del que reclama fue de 38 años, siendo el 51% hombres y el 49% mujeres. El 34% de las reclamaciones fue interpuesta por el paciente y el 66% por un familiar. Y respecto al mes, el 71% de las reclamaciones fueron en la época estival. Por estamento afectado, el 55% fue organizativa, el 40% a los médicos y el 5% a los enfermeros. Los principales motivos de las reclamaciones fueron: demora en la asistencia el 40%, disconformidad con la asistencia el 30%, trato recibido el 20% y estructura el 10%.

CONCLUSIONES:

1. El número de reclamaciones por escrito puede considerarse muy bajo.
2. Los hombres y mujeres reclaman en igual porcentaje, y el 66% de los que reclaman son los familiares.
3. En época estival aumentan las reclamaciones de forma muy significativa.
4. La demora en la asistencia es la principal queja por la gran demanda de "urgencias".

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *José Muñoz Ruiz Seiquer*
Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 - Tlf.: 968 57 00 50
SANTIAGO DE LA RIBERA (Murcia)

MEJORA AL PROCESO DE LA MUERTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS PRELIMINARES.

López Gómez, J.M.; Almela Sánchez-Lafuente, J.M.; Marín Hernández, J.; Rico Gómez, R.; de la Morena Vacas, E.; Martínez Carmona, I.

OBJETIVO PRINCIPAL: Conocer el proceso de duelo y fallecimiento de los pacientes.

OBJETIVO ESPECIFICO: Conocer el nivel de información existente en las historias clínicas sobre el proceso de muerte como una parte mas del ciclo vital del individuo para la creación de un protocolo de atención que suponga una mejora en la calidad asistencial.

DISEÑO: Estudio observacional de evaluación.

AMBITO DE ESTUDIO: Centro de Salud urbano.

SUJETOS: Todas las historias clínicas del registro de fallecidos del centro de salud desde 1/01/1985 hasta 31/12/1997 y 01/07/1998 hasta 31/01/1998, dentro de los cupos de 6 facultativos docentes.

MEDICIONES: De cada historia clínica se registra si constan o no los datos de las variables siguientes; edad (1), sexo (2), fecha de fallecimiento (3), lugar de fallecimiento (4), causa de fallecimiento (5), nº visitas asistenciales en los últimos 3 meses en el centro de salud (6), nº de asistencias hospitalarias en él ultimo año (7), tipo de patología (8), medio de notificación del fallecimiento al facultativo (9) y persona que asume el papel de cuidador principal (10). Se utilizo la prueba de chi-cuadrado con el paquete estadistico Epinfo 6

RESULTADOS: Se compararon un total de 422 historias clínicas del primer periodo con otras 14 resultantes de los primeros 6 meses de evaluación del segundo periodo. En el primer periodo él % de datos que estaban registrados en la historia fue de (1) 76.3, (2) 68.7, (3) 76.3, (4) 29.9, (5) 59.6, (6) 80.6, (7) 72, (8) 64.79, (9) 19.7, (10) 19. Los % para el segundo periodo, tras el diseño del estudio fueron de (1) 92.9, (2) 28.4, (3) 92.9, (4) 50, (5) 78.6, (6) 92.9, (7) 85.7, (8) 85.7, (9) 71.4, (10) 57.1. Resultando una $p< 0.05$ en las variables 2, 9 y 10.

CONCLUSIONES: La información existente en las historias clínicas sobre el proceso de la muerte resulta insuficiente, siendo una parte del ciclo vital olvidada por la asistencia sanitaria, sin existir uniformidad de criterios a la hora del registro de dicho proceso. Tras el diseño inicial del estudio y con 6 meses de observación y recogida de datos ya existen diferencias significativas respecto al inicio del estudio, siendo estos resultados preliminares y con pocos datos, siendo necesitando mayor numero de población.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Joaquín Mariano López Gómez*
Centro de Salud Barrio del Carmen
C/. Madre Elisea Oliver, s/n - Tlf. 968 26 40 98
30002 MURCIA

CALIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN CRISIS ISQUÉMICAS.

Gómez Ramos,M.J.;Cevidanes Lara ,M.;Renedo Villarroya,A.;Ignoto Sanz,M.A.; Jorge Guillem ,R;Espinosa Berenguel, J.L.

La cardiopatía isquémica , concretamente las crisis de angor inestable y el infarto agudo de miocardio constituyen una de las patologías más frecuentes en un Servicio de Medicina Intensiva, por ello su correcto tratamiento es uno de los objetivos más importentes en los citados Servicios. En los últimos años la literatura establece como pilar fundamenteal del tratamiento de dichas patologías la anticoagulación intravenosa con Heparina sódica dentro de un rango preestablecido , y el adecuado control de de dicho fármaco condición imprescindible para su correcta evolución, y con ello signo de la calidad asistencial a dicha patología.

OBJETIVOS:

1.Conocimiento del cumplimiento terapeútico de anticoagulación en dichas patologías. 2. Actuación sobre los fallos, una vez establecidos los motivos. 3. Control posterior valorando los resultados de la medidas de corrección.

MATERIAL Y METODOS:

Observación directa en historia clínica de 40 pacientes (20 pre-medidas y 20 post-corrección) del cumplimiento de 3 indicadores de calidad de la anticoagulación (a la vista de la literatura acutal)durante los tres primeros días de tratamiento. Como indicadores de buean calidad se establecieron :Dosis de Heparina sódica intravenosa en 2,5-3 mg/Kg/min, Via de extracción de la muestra (Punción percutanea o vía contralateral a la heparinizada y viá heparinizada) y como tercer indicador mantener el resultado de la muestra en 2 veces el nivel del Kit comercial.

El nivel de cumplimiento se analizó mediante el test estadístico "Chi" cuadrado para a=0,05.

RESULTADOS:

En el primer bloque de pacientes se estableció un nivel de cumplimiento del primer criterio del 90%, del segundo del 60% y del tercero 63%.

Con respecto al segundo grupo el nivel de cumplimiento fue en el primer criterio del 95% en el primer criterio, en el segundo del 87% y en el tercero del 63%.

Se apreció una diferencia significativa en el cumplimiento trás las medidas correctoras en el 2° y 3er. criterio y una diferencia del 5%, aunque no significativa en el 1er criterio.

En cuanto al díagrama de pareto, podemos apuntar que el incumplimiento del 2° y 3er. criterio acapara el 75% del total .

CONCLUSIONES:

1.Existía un adecuado conocimiento y por tanto cumplimiento del 1er. criterio , no así del 2° y 3ero que acaparan el mayor tanto por ciento de incumplimientos.

2. El sistema utilizado en el ciclo de mejora de la calidad asistencial fue eficaz,teniendo en cuenta la diferencia significativa grado de cumplimiento de los criterios de calidad segundo y tercero.

3.Las medidas correctoras sobre el 2ª y 3er criterio aportan el mayor tanto por ciento de mejora en la calidad asintencial al paciente con crisis isquémicas.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª Jesús Gómez Ramos*
Hospital General Universitario
Avda. Intendente Jorge Palacios, s/n - Tlf. 968 35 62 00 - Ext. 8400
30003 MURCIA

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL AGUDA.

Andrés Fernández Barreiro, Ramón Villaverde González, José Bernardo Escribano Soriano, Juan Herrero Tomás, Mª Angeles Contreras Palao.

OBJETIVOS:

- Conocer los factores que intervienen en el retraso de la atención especializada a los pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda.
- Establecer algunos de los factores que intervienen en el pronóstico final de los pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda,
- Elaborar unas guías para el tratamiento integral en los diferentes niveles sanitarios de los pacientes con esta patología.

MATERIAL Y METODOS:

Se recogieron los datos según un protocolo previamente establecido a partir de 100 pacientes que consecutivamente habían ingresado en nuestro hospital en los últimos meses. Se hacía referencia exclusiva en el protocolo a datos como edad, sexo, nivel cultural, distancia del domicilio al hospital, consulta previa en Atención Primaria, incapacidad funcional, medios de transporte utilizados para la llegada al hospital, actuaciones en servicios de Urgencia y equipos de atención Primaria, tiempo de permanencia en el área de Urgencias, demora en la realización de exploraciones, tiempo de demora hasta la primera asistencia especializada, etc. los datos fueron recogidos y analizados gracias a un paquete informático SPSS para Windows.

RESULTADOS:

La asistencia neurológica especializada precoz se relaciona con un mejor pronóstico funcional, una menor mortalidad y una hospitalización más corta.

- La asistencia tardía se relaciona con recidivas más frecuentes y tempranas.
- La consulta inicial al médico de Atención Primaria retrasa la atención especializada.
- Existe una escasa información del paciente acerca de las enfermedades cerebrovasculares.
- Existe una importante demora en la realización de exploraciones de neuroimágen que permitan el inicio precoz de los tratamientos.
- Se produce una estancia demasiado prolongada en Urgencias.
- Existe cierto desconocimiento de la patología por parte del personal médico.

CONCLUSIONES:

- El establecimiento de equipos de expertos en la asistencia a la enfermedad cerebrovascular aguda (equipos o unidades de ictus) determinará un mejor pronóstico funcional de los pacientes y un menor gasto sanitario.
- Debe incrementarse la relación entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Deben realizarse campañas de educación neurovascular para pacientes, médicos de AP y médicos de Urgencias.
- El seguimiento de guías y protocolos para el manejo de la enfermedad vascular cerebral aguda en cada uno de los diferentes niveles sanitarios podría mejorar la asistencia global a esta importante patología.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Andrés Fernández Barreiro*
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 95 00
EL PALMAR (Murcia)

ALGUNOS BENEFICIOS EN LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

Pérez Martínez, A.; López Soriano, F.

OBJETIVO: La utilización de la Gestión Informática en un Servicio de Análisis Clínicos en la actualidad es una necesidad de primer orden, dado que lo contrario haría imposible el manejo de la cantidad de información disponible. No obstante, la utilización "no adecuada" de estas herramientas puede llegar a provocar problemas que hacen que no podamos aprovechar totalmente su capacidad. Uno de estos problemas radica en la identificación correcta de los datos necesarios para el registro de los pacientes en un Sistema de Gestión de Laboratorio y nuestro objetivo es evaluar su incidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos utilizado un total de 6.200 peticiones analíticas remitidas a nuestro Laboratorio, procedentes de diversos centros del Área Sanitaria IV de nuestra Comunidad: Hospital, Consultas Externas, Servicio de Urgencias y Centros de Salud. Las peticiones se gestionan mediante el Sistema NEXUS97 (Beckman Inst.), y el dato utilizado para la identificación es el número de Historia Clínica (NHC).

RESULTADOS: Se detectaron un total de 892 peticiones que no presentaban NHC, lo que supone un 14,4% del total; la procedencia de estas analíticas se reparte de la siguiente manera: Servicio de Urgencias (29.93%), Asistencia Hospitalaria (28.61%), Asistencia en Consultas Externas (26.56%) y Atención Primaria (14.90%). Las restantes 5.308 peticiones corresponden a 4.078 pacientes con NHC distinto, y de éstos , 2.344 provienen de Atención Primaria (un 57.5% de los pacientes).

CONCLUSIONES: Si tenemos en cuenta que en Atención Primaria se sigue una identificación del NHC basada en la fecha de nacimiento y las iniciales de los apellidos del paciente, en definitiva tenemos un total de 3.236 registros (NHC) en la base de datos del Laboratorio que no se van a poder relacionar con el dato que se va a utilizar posteriormente en el ámbito hospitalario, lo que supone que más del 67% de las fichas de pacientes van a estar duplicadas en mayor o menor tiempo, con lo que no se podrá disponer de un solo archivo histórico con los datos analíticos de cada paciente, provocando además un aumento en la memoria del sistema necesaria para almacenar estos datos y causando un retraso considerable en la localización de resultados de un paciente concreto. Si se puede llegar a unificar un criterio para disponer de un único número de historia por paciente para los individuos de un mismo área, podremos mejorar la utilización y disponibilidad de la información que genere la asistencia sanitaria a cada individuo a lo largo de su vida.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Alfonso Pérez Martínez*
Hospital Comarcal del Noroeste
Avda. Miguel Espinosa, s/n - Tlf. 968 70 27 12
30400 CARAVACA DE LA CRUZ

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CONTROL EN EL PACIENTE DIABÉTICO. EFECTO DEL REFORZAMIENTO DEL CONSEJO DIETÉTICO.

Juana Férez Pujalte

OBJETIVOS: 1.- Mejorar el control de los pacientes diabéticos en una consulta programada de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se establecen tres criterios de calidad en el control del diabético que son:

CRITERIO 1: Anotar el último valor de glucemia basal en sangre capilar en todas las unidades de estudio. ACLARACIONES: Se entiende por glucemia basal aquella que se realiza antes del desayuno. NO EXCEPCIONES.

CRITERIO 2: El paciente deberá tener reflejado en su historia clínica si realiza ejercicio físico ó no. ACLARACIONES: Se cuantificará la realización de ejercicio físico en términos de si ó no, en la fecha más próxima a la que se registra el nivel de glucemia capilar. EXCEPCIONES: Pacientes inmovilizados, cuya inmovilización sea permanente.

CRITERIO 3: Estará reflejado en la historia clínica del paciente el mismo tratamiento farmacologico, para su diabetes. ACLARACIONES: Se observará que el paciente, siga tomando el mismo tratamiento farmacologico para su diabetes y no haya habido modificaciones en este, debiendo estar instaurado al menos un mes anterior a la recogida del nivel de glucemia basal, en la primera medición de los criterios. NO EXCEPCIONES. Y tras determinar la importancia del consejo dietético, se pasa una encuesta que recoge los hábitos alimenticios que sigue la persona a 28 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, una vez analizada la información recogida se detectan en cada uno de los pacientes actitudes incorrectas seguidas en los hábitos alimenticios que impiden un buen control de su Diabetes, procediéndose a dar una serie de indicaciones para corregir los hábitos alimenticios incorrectos y reforzando aquellos que si se siguen correctamente. No se produce una modificación del tratamiento farmacologico, centrando el esfuerzo en insistir en la corrección de las actitudes incorrectas detectadas en los hábitos alimenticios de la persona. Tras la intervención se miden los mismos criterios en los mismos pacientes.

RESULTADOS: El 53,57% de los pacientes tienen una glucemia basal superior a 140 mg/dl y una vez reforzado el consejo dietético sólo el 3,57% de los pacientes presentan una glucemia basal superior a 140 mg/dl. Manteniendo un valor medio de la hemoglobina glicosilada de 6,4 % los pacientes que siguen las indicaciones dadas y de 9,5% en aquellos pacientes que no las siguen. No hay modificación en el tratamiento farmacologico mientras se realiza el reforzamiento del consejo dietético y se mantiene la misma actitud ante la realización de ejercicio físico.

CONCLUSIONES: La recogida de información y análisis posterior sobre los hábitos alimenticios seguidos por la persona ha resultado útil para reforzar las normas de conducta en el seguimiento de una alimentación equilibrada y adecuada para el control de la Diabetes Mellitus.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juana Férez Pujalte*
Centro de Salud Molina - La Ribera
Avenida de Levante, s/n - Tlf. 968 61 05 45
30500 MOLINA DE SEGURA (Murcia)

DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN: ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MEJORA".

Margarita Cerezo San Martín, Juan José Rodríguez Mondéjar, Faustina González Sánchez, Manuel Román Linares, Andrés Rodríguez Murcia, Temístocles Sánchez Moñino.

OBJETIVOS:

Detectar y jerarquizar los factores más importantes que influyen en el retraso de las altas hospitalarias, es decir, en quedar una cama disponible para su uso por otro paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.- Dimensiones: estudiamos la accesibilidad, y lógicamente la satisfacción del cliente, al disminuir el tiempo de espera del nuevo ingreso.

2.- Criterios utilizados: están relacionados con el proceso básicamente

-Tiempo desde que se da el alta (en mano), hasta que la cama queda libre (en minutos). Debe tardar menos de 120 minutos.

3.- Unidad de estudio: se realiza el mismo en la 5ª planta, ala izquierda, del Hosp. General Universitario de Murcia, incluyendo todas las camas en las que se haya producido un alta.

- Periodo de observación: 14 días en la evaluación y 14 días en la reevaluación con un año de diferencia (1997-1998 respectivamente).

4.- Identificación y muestreo de casos:

- Se evaluarán todos los casos que cumplan los requisitos de alta clínica o alta voluntaria. (es sistemático)

5.- Tipos utilizados

- Medimos procesos

6.- Fuentes de datos

- Registro específico de cumplimiento o no de criterios y de medición de tiempos (se añade como anexo nº 2)

- Libro de estadística de ingresos y altas del servicio

7.- Relación temporal de la acción con la evaluación: Es concurrente

8.- Tipo de revisión : Interna

RESULTADOS:

-Frecuencias relativas para realizar el gráfico de Pareto:

1ª Evaluación (3-97)		*Reevaluación (3-98)*	
Criterio 2:	3,57	Criterio 2:	7,69
Criterio 3:	**28,57**	**Criterio 3:**	**25,6**
Criterio 4:	1,785	**Criterio 4:**	**28,23**
Criterio 5:	0	Criterio 5:	5,1
Criterio 6:	1,785	Criterio 6:	2,5
Criterio 7:	**42,85**	**Criterio 7:**	**23**
Criterio 8:	**21,42**	Criterio 8:	7,69
Total:	99.98	Total:	99,78

CONCLUSIONES:

Los factores que están influyendo de forma más importante en el retraso de la utilización de las camas tras el alta son:

- Las limpiadoras tardan más de 20 minutos en limpiar la habitación y demás elementos.

- La documentación del alta no se entrega antes de las doce (a.m.), por lo que se retrasa el alta real.

- El tiempo medio que se precisaba para la utilización de la cama ha disminuido de 123 min. a 86 min. en el intervalo de un año (tras la reevaluación).

- Con el tiempo aparecen nuevos factores por cambios en la dinámica organizativa generando nuevos retrasos, por ejemplo, la falta de ropa límpia.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan José Rodríguez Mondéjar*
Hospital General Universitario
Avda. Intendente Jorge Palacios, s/n - Tlf. 968 35 62 00 - Ext. 8400
30003 MURCIA

¿PUEDE UN PROTOCOLO AUMENTAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL Y MEJORAR LA ASISTENCIA?

Albaladejo JM, Calero JB, Estéban T, Fernádez L. J, Fernánez M. MD, Garrido P., Juan F, Martínez B. AM, Martínez P. MC, Nieto C, Paredes A, Peñalver FJ, Rodríguez F., Sánchez F.

La evolución de la organización de los sistemas sanitarios, así como la implantación de nuevas tecnologías en la práctica médica, ha supuesto una mayor especialización de los profesionales de la salud, originando, en algunos procesos asistenciales, una descoordinación interprofesional e interespecialistas, y una fragmentación de la responsabilidad frente al enfermo.

OBJETIVOS:

En el presente trabajo se expone el camino recorrido, por un grupo heterogéneo de profesionales sanitarios, para realizar un protocolo asistencial consensuado común (Protocolo de actuación asistencial anti otitis externa y otitis media en la Comarca de Cartagena). El objetivo final perseguido es tratar de responder a la cuestión planteada en el título y la introducción de la comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diagrama de flujo operacional previo a la realización del protocolo fue:

Actividad/es	Objetivo/s
* Realización de un proyecto de investigación subvencionado por el programa EMCA (proyecto número: 950425).	** Conocer la calidad de la información microbiológica utilizada y de los tratamientos efectuados en enfermos diagnosticados de otitis infecciosa.
* Publicar en revistas especializadas y en los soportes informativos, locales y nacionales, los resultados del proyecto.	** Difundir, toda la información obtenida, entre los profesionales sanitarios de nuestra comunidad.

Para la realización del protoco de actuación sanitaria se siguieron las siguientes etapas: (1) Creación de un grupo nominal heterogéneo, representativo de todo el proceso asistencial, que analizara los resultados del proyect o -→ (2) Búsqueda interna del consenso a la hora de realizar un protocolo borrador -→ (3) Análisis y/o modificación del protocolo borrador en todos los centros implicados-→ (4) Redacción definitiva, por parte nuevamente del grupo nominal, del protocolo final -→ (5) Ratificación del protocolo en la Comisión del Uso Racional del Medicamento.

RESULTADOS:

El proyecto investigación se comenzó en abril de 1995. El protocolo de actuación asistencial se ratificó en noviembre de 1998. Las características más sobresalientes, en el camino recorrido y en la elaboración final del protocolo, fueron: Participación interprofesional e interespecialidad. Búsqueda contínua del consenso. Ratificación por parte de los organismos normalizados habituales del área sanitaria.

CONCLUSIONES:

La realización del *protocolo de actuación asistencial ante otitis externa y otitis media en la comarca de Cartagena (Area de Salud II)* ha permitido autocoordinarse a distintos profesionales y especialistas de un mismo proceso asistencial, así como introducirles, al disponer de una herramienta de trabajo propia, en un ciclo contínuo de mejora de la calidad asistencial.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Francisco Rodríguez García*
Hospital Santa María del Rosell
C/. Paseo Alfonso XIII, 61
30071 CARTAGENA

DISEÑO DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS AGUAS DE ABASTECIMIENTO.

Gómez Campoy, M.E., Sanz Navarro, J., Gutiérrez Molina, C., Albacete García, C.R., Sintas Lozano, F., González Martínez-Lacuesta, E.,

OBJETIVOS:

Diseñar un sistema de monitorización (gráficos de control y desarrollo) de calidad para las aguas de abastecimiento del municipio de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ambito: Sistema Vigilancia de Aguas abastecimiento del municipio de Murcia. Sujetos estudio: boletines analíticos años 1997 y 1998, variables (87) y determinaciones analíticas (44.818). Desarrollo-análisis del indicador: definición términos, tipo indicador, fundamento, población, fuentes datos y factores subyacentes. Criterios selección indicadores: simplicidad muestreo, sencillez analítica, límite detección, existencia nivel guía o concentración máxima admisible en legislación, información que aporta, comportamiento de variables durante el periodo de estudio. Estándares de calidad: valores medios y desviaciones estándar de indicadores seleccionados.

RESULTADOS:

INDICADORES SELECCIONADOS	UNIDADES	VALOR MEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
Conductividad	mS/cm (20 ºC)	869'85	311'27
Materia orgánica	mg/l O_2	1'28	0'46
Cloro residual libre	mg/l	0'68	0'27
Turbidez	u.n.f.	0'24	0'24
Recuento heterótrofos, 22 ºC (*)	u.f.c.	4'11	16'04
Indice de azul de metileno (carbón activo)	% mg azul metileno adsorbido/g carbón	42'5	2'5
Indice de iodo (carbón activo)	% mg iodo adsorbido/g carbón	42'5	2'5

(*) De forma simultánea se determinará *Clostridium perfringens.*

CONCLUSIONES:

1. El sistema que se plantea posibilita la monitorización de la calidad de las aguas en cuanto a su tratamiento, distribución, carga orgánica, sales, posibilidad de aparición de quistes de protozoos, carga bacteriana y sustancias químicas complejas disueltas o en suspensión.
2. Se propone la implantación del sistema en el municipio de Murcia y la validación de los indicadores seleccionados midiendo la concordancia con los resultados del sistema clásico.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *M.ª Elisa Gómez Campoy*
Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11 - Tlf. 968 36 25 77
30008 MURCIA

MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

Del Vas Ceñal A, Guerrero Fernández M, Ferrandiz Gómis R, Jiménez Molina JL, Acosta Villegas F, Negro Alvarez JM.

El objetivo de este estudio, es evaluar las camas hospitalarias liberadas por la implantación de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital Universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los 2.398 pacientes, intervenidos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, en el H.U. "Virgen de la Arrixaca" durante 1998, y se compararon los resultados con las estancias que habrían generado esos mismos procesos, aplicando las estancias medias esperadas para los mismos, con Cirugía con Ingreso Hospitalario.

RESULTADOS.

De las 10.267 intervenciones quirúrgicas realizadas durante 1998, 2.398 lo fueron mediante CMA, en pacientes pertenecientes a los 26 GRDs objeto del estudio, lo que supone un índice de sustitución del 23,36%. Estos pacientes han permitido ahorrar 8.814 estancias, lo que supone que han liberado una media de 24 camas hospitalarias diarias, durante dicho período.

CONCLUSIONES:

La aplicación de la CMA permite recapacitar sobre las posibilidades de mejora en la gestión de las camas hospitalarias, facilitando la asistencia a más pacientes durante un determinado período de tiempo, con la consiguiente mejora en la accesibilidad, disminución de las listas de espera quirúrgicas. Por otra parte, supone una mejora en la calidad percibida por el paciente, al permitirse la incorporación precoz a su medio habitual.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Juan Luis Jiménez Molina*
Hospital Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena - Tlf. 968 36 95 00
EL PALMAR (Murcia)

VÍA CLÍNICA DE EPOC EN PACIENTE HOSPITALIZADO.

Andreo Martínez JA, Page Del Pozo MA, Martínez Jiménez E, García Córdoba F, Lozano Guadalajara JV y Ros Martínez C.

OBJETIVOS:

Exponer las distintas etapas de elaboración e implantación de la vía clínica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), actualmente en desarrollo en nuestro hospital, con el análisis de las dificultades y ventajas halladas en su realización. La vía pretende un enfoque multidisciplinar, como documento escrito de consenso en la práctica clínica y que constituya una herramienta de mejora continua.

MATERIAL Y METODO:

En Noviembre de 1998, a propuesta del Servicio de Medicina Interna, se inicia el desarrollo de la vía clínica de EPOC en paciente hospitalizado, con distintas etapas en las fases de elaboración e implantación. Se exponen las distintas etapas y las dificultados y ventajas halladas.

RESULTADOS:

Actualmente nos encontramos aun en la Fase de Elaboración de la vía clínica, con las siguientes etapas:

1ª. Elección del proceso: La EPOC es el proceso más frecuente en nuestro hospital (GRD 88).

2ª. Elección del grupo para su elaboración: Formado por representantes de las unidades asistenciales implicadas (Medicina Interna, Neumología, Urgencias, UCI, Rehabilitación, Farmacia y Enfermería).

3ª. Revisión bibliográfica del tema: Búsquedas en Medline y Medicina Basada en la Evidencia.

4ª. Reunión conjunta inicial de planteamiento general y reparto de trabajo.

5ª. Trabajo por separado de cada miembro con los profesionales de su unidad.

6ª. Puesta en común de los apartados elaborados por cada miembro, discusión y propuesta de protocolo completo.

7ª. Presentación de la propuesta del protocolo, por cada miembro en su unidad y recogida de sugerencias.

8ª. Reunión del grupo para aprobar el protocolo definitivo.

9ª. Plasmar el protocolo en la matriz temporal (En filas: actuaciones diversas. En columnas: periodos temporales y lugares de actuación).

En la siguiente Fase de Implantación se proponen las siguientes etapas:

1ª. Nombrar responsables de la implantación (un médico y un/a enfermero/a).

2ª. Iniciar implantación con estudio piloto de pocos casos.

3ª. Evaluación preliminar de estudio piloto.

4ª. Ajuste y revisión del protocolo.

5ª. Implantación definitiva (Entrega nominal de la vía a todos los médicos y enfermeros/as).

6ª. Evaluación periódica de su realización práctica (indicadores y encuestas de satisfacción).

7ª Completar la vía en el futuro con protocolos de actuación en Consulta Externa y Atención Primaria.

Las principales dificultades se hallan en conseguir la coordinación entre las distintas unidades asistenciales, la definición de periodos temporales estándares para todos los enfermos, la adscripción a la vía de enfermos con pluripatología y la lentitud del proceso de elaboración e implantación.

Como ventajas se estiman el propiciar la coordinación entre unidades asistenciales, mejor atención al enfermo, mayor satisfacción de enfermos y profesionales, mayor seguridad legal y contribuir a la docencia y formación continuada.

CONCLUSIONES:

La vía clínica de actuación en EPOC puede constituir en nuestro hospital una herramienta útil de mejora continua, para aumentar la calidad total de la atención dada a estos pacientes, la coordinación entre unidades asistenciales y la cohesión entre los profesionales de cada unidad.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *José Andreo Martínez*
Hospital Morales Meseguer.
C/. Marqués de los Vélez, s/n - Tlf. 968 36 09 00
30008 MURCIA

ANÁLISIS DE UN PROTOCOLO. ¿ESTAMOS HACIÉNDOLO BIEN?

Clavel Cerón, R.; Schmidt Fernández, G.; Daroca Salvador, M.ª T.

OBJETIVOS:

Analizar a través del cuestionario de evaluación de protocolos clínicos, el existente en nuestro hospital, sobre PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (U.P.P)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos utilizado el material entregado en el seminario sobre protocolos o guías de práctica clínica del programa EMCA.

El método que hemos usado, ha consistido en aplicar al protocolo de úlceras por presión, los veinticuatro criterios de evaluación de los que consta el cuestionario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Del total de los criterios aplicados, nuestro protocolo cumple un 58 %.

Ante este resultado, que comprendemos que no es excelente, pero sí puede representar un punto de partida para la mejora continua de los protocolos, ya que si tenemos en cuenta, que los objetivos deseables que dan sentido a las guías de práctica clínica son: que estos deben servirnos para orientarnos en la toma de decisiones, mejorar la calidad de la práctica clínica, promover la adecuada utilización de la tecnología, servir de guía en la priorización en la distribución de recursos y reducir riesgos de litigios legales, así que estos objetivos constituirán el futuro inmediato en la práctica asistencial.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA *Rosa Clavel Cerón*
Hospital Sta. María del Rosell
Alfonso XII, 60 - Tlf. 968 32 50 26
30201 MURCIA

INDICE

PROGRAMA.. 5

MESA DE PONENCIAS. EXPERIENCIAS REGIONALES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El Informe del Usuario como herramienta para mejorar la calidad de prescripción de medicamentos.. 13

Control de los tiempos hasta el tratamiento en mujeres del programa de prevención del cáncer de mama de la Región de Murcia. 20

¿Podemos mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en Atención Primaria?. 21

Variabilidad en la solicitud de exploraciones analíticas entre Zonas Básicas de Salud. 22

Evaluación de los contenidos de los protocolos de fisioterapia dirigidos a los pacientes con cervicalgia 25

MESA DE PONENCIAS. VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA Y ATENCION SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA. PERSPECTIVA CLINICA, GESTORA Y POBLACIONAL

La variabilidad en la práctica clínica y medicina basada en la evidencia: perspectivas clínica, gestora y poblacional. 31

Variabilidad de la práctica clínica y medicina basada en la evidencia. Perspectiva gestora. 43

Medicina basada en la evidencia 50

MESA DE PONENCIAS. LOS PROTOCOLOS COMO HERRAMIENTA DE GESTION Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Guías de práctica clínica en Canadá 56

Protocolos clínicos en el Programa EMCA: bases conceptuales, desarrollo y aplicación de una herramienta para mejorar su diseño y aplicabilidad 65

COMUNICACIONES

MESA DE COMUNICACIONES "A". Protocolos clínicos y revisión de la utilización.

1.- Características de los protocolos clínicos de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia asociadas a una adecuada calidad estructural.. 69
2.- Protocolos de atención primaria: ¿cumplimos las normas de calidad formal?.. 70
3.- Análisis de la utilización de medicamentos en el Hospital Virgen de la Arrixaca.. 71
4.- Temporalización de la educación en los protocolos de fisioterapia para las algias vertebrales.. 73
5.- Neumonía adquirida en la comunidad: evaluación de los motivos de ingreso hospitalario.. 75
6.- Calidad estructural de los registros de enfermería.. 76
7.- Mejora de la gestión de camas hospitalarias, tras la realización y difusión de un estudio de AEP. Avance de resultados.. 77
8.- Protocolos de actuación en radiodiagnóstico y su repercusión en la salud radiológica de la población.. 78
9.- Método fácil de evaluación y monitorización de la adecuación de ingreso y estancia.. 79

MESA DE COMUNICACIONES "B". Evaluación y mejora de procedimientos.

1.- Introducción de la laparoscopia en el Hospital Nacional de Sololá (Guatemala), una oportunidad de mejora 83
2.- Asistencia sanitaria al infarto agudo de miocardio (IAM) en la Región de Murcia: retraso diagnostico y terapéutico. Un estudio de base poblacional 85
3.- Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios.. 86

4.- Administración inadecuada de oxígeno intrahospitalario.. 87
5.- Validez, aceptación y utilidad de un test rápido de detección de streptococcus pyogenes para un mejor manejo de la faringitis aguda del niño.. 89
6.- Evaluación de calidad del informe de alta de urgencias pediátricas en un hospital comarcal.. 91
7.- Control de calidad en administración de fármacos en la nutrición enteral (n.e).. 92
8.- Estudio de la ausencia de historias clínicas en consultas 93

MESA DE COMUNICACIONES "C". Variabilidad, validez y satisfacción.

1.- Estudio de fiabilidad y validez de indicadores para el programa de diabetes.. 97
2.- Garantía de calidad en el diagnostico de enfermedad coronaria en las estadísticas regionales de mortalidad.. 99
3.- Evaluación del grado de coincidencia entre diagnósticos de ingreso y de alta en los ingresos urgentes.. 100
4.- Variabilidad en las tasas de indicación de ingreso e intervención quirúrgica en las urgencias de cirugía general .. 102
5.- Análisis coste - eficacia de las pruebas microbiológicas de diagnostico microscópico rápido.. 104
6.- Ventajas del empleo de técnicas de evaluación rápida en el análisis de la cartera de servicios.. 106
7.- Construcción de items para un cuestionario de satisfacción del programa de prevención del cáncer de mama en la Región de Murcia.. 108
8.- El usuario como fuente de información para estimar cobertura de cartera de servicios.. 109
9.- Informe del usuario. Análisis de coste-efectividad de diferentes estrategias de obtener la contestación 111

POSTERS

1.- Las comisiones paritarias como instrumento para mejorar la relación entre atención primaria y especializada 115
2.- Repetición de pruebas de laboratorio en hospitalización 116
3.- ¿Calidad en los cuidados o cuidados de calidad? 117
4.- Evaluación y mejora de la calidad estructural de los protocolos de fisioterapia de Murcia 119
5.- Grado de cumplimentación de las solicitudes de atención en las consultas del H.U. Virgen de la Arrixaca 120
6.- Codificación periférica en un servicio de urología frente a codificación centralizada 121
7.- Análisis de las reclamaciones al servicio de urgencias del Hospital los Arcos como método de control de calidad 122
8.- Mejora al proceso de la muerte en atención primaria. Datos preliminares 123
9.- Calidad del tratamiento anticoagulante en crisis isquémicas 124
10.- Factores que intervienen en el pronóstico de la enfermedad vascular cerebral aguda 126
11.- Algunos beneficios en la unificación de criterios entre atención primaria y especializada 128
12.- Evaluación y mejora del control en el paciente diabético. Efecto del reforzamiento del consejo dietético 129
13.- Disponibilidad de camas en una planta de hospitalización: estudio de evaluación y mejora 130
14.- ¿Puede un protocolo aumentar la colaboración interprofesional y mejorar la asistencia 132
15.- Diseño de un sistema de monitorización de la calidad de las aguas de abastecimiento 134
16.- Mejora de la gestión de camas hospitalarias, tras la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria 135
17.- Vía clínica de EPOC en paciente hospitalizado 136
18.- Análisis de un protocolo. ¿Estamos haciéndolo bien? 138