

PLAN DE CALIDAD ATENCIÓN ESPECIALIZADA MEMORIA 1998



Dirección General de Atención Primaria y Especializada
Subdirección General de Atención Especializada

Dirección General de Atención Primaria y Especializada**Director General**

Dr. Rafael Matesanz Acedos

Subdirección General de Atención Especializada**Subdirectora General**

Dra. Leticia Moral Iglesias

Coordinación Área de Calidad de Atención Especializada

Dra. Ana Sáinz Rojo. Consejera Técnica

Dr. Juan Fernández Martín. Asesor Técnico

Secretaría

Antonia Guerrero García

Agradecimientos

Paloma Alonso, Subdirectora General de Atención Especializada hasta Enero de 1999, por su apoyo en el desarrollo del Plan de Calidad

Agustín Albarracín, Asesor Técnico de la Subdirección de Planificación e Información Sanitaria por su colaboración en el desarrollo de la monitorización de indicadores obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Cristina Sanz, Médico Residente de Medicina Preventiva del Hospital de La Princesa, en periodo de rotación en el Área de Calidad de la Subdirección General de Atención Especializada, por su colaboración en el estudio del Objetivo de profilaxis antibiótica.

Índice

	Página
Prólogo	9
..	
Resumen	11
...	
I. Introducción	13
.....	
II. Cobertura de la evaluación	17
.....	
III. Plan de Calidad. Áreas de mejora comunes a todos los hospitales	
<i>III.1. Área de los derechos de los pacientes</i>	
Objetivo 1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	25
Objetivo 2.1. Implantación de un plan para la información a pacientes y familiares.....	28
Objetivo 2.2. Procedimientos con documento de consentimiento informado específico	31
Objetivo 2.3. Implantación del documento de consentimiento informado específico	33
Objetivo 2.4. Implantación del programa de acogida.....	36
Objetivo 2.5. Satisfacción con la información clínica	38
.....	
Objetivo 2.6. Satisfacción con la información	40
general.....	
Conclusiones del área de los derechos de los pacientes	42
.....	
<i>III.2. Área de los sistemas de información</i>	
Objetivo 3. Mejora del informe de	45
alta.....	
Objetivo 4. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica.....	49
Conclusiones del área de los sistemas de	52
información.....	
<i>III.3. Área de la infección nosocomial</i>	
Objetivo 5. Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria de acuerdo a las	
necesidades del hospital	55
Conclusiones del área de la infección nosocomial	59
.....	

III.4. Área de mejora de la calidad y eficiencia en los procesos asistenciales

Objetivo 6.1. Profilaxis antibiótica adecuada a protocolo	65
.....	
Objetivo 6.2. Cuidados del paciente con sonda urinaria de acuerdo a protocolo	68
Objetivo 6.3. Implantar protocolos de las SS.CC. para la indicación de procedimientos frecuentes	70
.....	
Objetivo 6.4. Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo.....	77
Objetivo 6.5. Mejorar el proceso de transplante de órganos.....	83
Conclusiones del área de protocolización de la práctica asistencial.....	85

IV. Monitorización de indicadores

IV.1. Indicadores obtenidos a partir del CMBD

Indicador 1. Tasa de cesáreas.....	91
Indicador 2. Porcentaje de reingresos urgentes con la misma categoría diagnóstica mayor en el plazo de 30 días tras el alta.....	92
Indicador 3. Mortalidad potencialmente evitable.....	95
Indicador 4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias.....	99
Indicador 5. Porcentaje de GRD inespecíficos e inagrupables.....	102
Indicador 6. Estancias prequirúrgicas.....	103

IV.2. Indicadores obtenidos por estudios específicos de los hospitales

Indicador 13. Tasa de reingresos en urgencias.....	106
Indicador 14. Tasa de prevalencia de úlceras por presión.....	107
Indicador 15. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.....	108
Indicador 16. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.....	109
Indicador 17. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.....	110
Indicador 18. Tasa de incidencia de infección de herida q. en procedimiento/s quirúrgico/s...	111
Indicador 19. Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).....	114
Indicador 20. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media.....	115

Indicador 21. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología.....	117
Indicador 22.1. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.....	119
.	
Indicador 22.2. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.....	119
.	
Indicador 23. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio.....	120
Indicador 24. Porcentaje de pacientes mayores de 75 años que tienen una valoración del riesgo social al ingreso en el hospital.....	121
V. Análisis de la evaluación	125
VI. Clasificación de los hospitales en función de los resultados	133
VII. Anexos	
VII.1. Anexo 1. Validación de los resultados del Plan de Calidad de 1998	137
VII.2. Anexo 2. Actividad en calidad. Encuesta	149
VII.3. Anexo 3. Estructura hospitalaria del INSALUD	155
VII.4. Anexo 4. Metodología común de evaluación 1998	159
VII.5. Anexo 5. Metodología de la monitorización de indicadores	187
VIII. Referencias bibliográficas	201

Prólogo

La mejora de la calidad asistencial en los hospitales del INSALUD es un proceso continuo, que está siendo posible gracias al esfuerzo y compromiso de profesionales y gestores. De forma progresiva todos han ido aumentando su implicación con el cumplimiento de los objetivos de calidad incluidos en el Contrato de Gestión, al tiempo que se han desarrollado programas específicos de calidad a nivel de cada centro.

El Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión del año 1998, cuyos resultados se presentan en esta memoria, ha continuado perfeccionándose mediante la inclusión de nuevos objetivos e indicadores, y su mayor integración con el conjunto de los objetivos incluidos en el Contrato.

Así cobra especial relevancia el abordaje de la mejora de los sistemas de información desde la perspectiva de la calidad, lo que a su vez ha permitido empezar a utilizarlos como herramienta de detección de problemas, a través de la monitorización de indicadores obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Las actuaciones tendentes a mejorar la adecuación y disminuir la variabilidad en la utilización de los recursos se han potenciado. Fruto de esta línea de actuación es, la implantación efectiva de los protocolos de indicación quirúrgica de los procesos más prevalentes en lista de espera quirúrgica, elaborados con la participación de las Sociedades Científicas, y del protocolo de mejora del proceso de donación, así como la mejora en los indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica.

En consonancia con este avance el cumplimiento de los objetivos de calidad haya seguido siendo un factor de incentivación del conjunto del hospital (mejoras en su financiación), de los propios profesionales y de los gestores, pero sobre todo que haya permitido seguir mejorando la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, principal meta de nuestro Plan de Calidad.

Leticia Moral Iglesias
Subdirectora General de Atención Especializada

Resumen

Introducción

Se presenta la Memoria del INSALUD, una organización pública que gestiona la sanidad de unos 15 millones de personas y que tiene con la sociedad el compromiso de ofrecer, con los recursos disponibles, la mayor calidad y hacer el mejor uso de los recursos que maneja. Para ello, el Plan de Calidad (PC) está incluido en el contrato de gestión (CG) de los 80 hospitales de su red, al mismo nivel que la actividad y el presupuesto.

Objetivos

Impulsar el liderazgo de los directivos en la gestión de la calidad, implicar a todas las personas que trabajan en la organización y plasmar las líneas estratégicas de la Institución, como son: orientar los servicios hacia las necesidades del ciudadano, mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales, minimizar los riesgos y mejorar los sistemas de información.

Material y métodos

El diseño del Plan de Calidad es homogéneo para todos los hospitales y para impulsarlo se han seguido una serie de estrategias. 1) Designar un coordinador de calidad en cada uno de los hospitales. 2) Trabajar con las Sociedades Científicas en el diseño de Guías de Práctica para intervenciones frecuentes que muestran tasas de utilización (TU) muy variables. 3) Difusión de informes de Agencias de Evaluación Tecnológica sobre utilización de la alta tecnología cuyas TU son también muy variables. 4) Clasificar los hospitales en función de sus resultados. 5) Verificar los resultados enviado por los hospitales mediante una auditoría llevada a cabo por grupos de coordinadores de calidad. 6) Tener en cuenta los resultados del PC en la asignación presupuestaria para formación, plan de necesidades, balance económico financiero del hospital y productividad de los directivos. 7) Apoyar en los hospitales el reparto de la productividad variable relacionado con los resultados de actividad y calidad de los servicios.

Resultados

Resultados objetivos del Plan de Mejora	1997	1998
% reclamaciones contestadas en menos de 30 días	77%	82,9%
% hospitales con Programa de Acogida al paciente hospitalizado	90%	96%
Nº medio documentos de Consentimiento Informado, validados por una Comisión	34	47
% pacientes con Consentimiento Informado, con firma de médico y paciente	75%	80%
% servicios clínicos con Plan de información a pacientes y familiares	83%	92%
% pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.	69%	77%
% peticiones de RNM adecuadas a la Guía de utilización de RNM.	-	88%
% peticiones TAC adecuadas al protocolo de indicación diseñado en el hospital.	-	78%
% pacientes con oxigenoterapia domiciliaria adecuada a la guía de utilización.	-	87%
% pacientes intervenidos de cataratas de acuerdo a los criterios de indicación.	-	93%
% pacientes intervenidos prótesis de rodilla de acuerdo a los criterios de indic.	-	92%
% pacientes intervenidos prótesis de cadera de acuerdo a los criterios de indic.	-	91%
% pacientes en LEQ que cumplen los requisitos de la guía de gestión de LEQ.	77%	91%
% Informes de alta que cumplen el 80% de los criterios.	-	85%

Monitorización de Indicadores	EVALUAN	RESULTADO
Tasa de cesáreas		19,1%
Percent. de reingresos en urgencias en 72 horas siguientes al alta de urgenc.	64 (81%)	5,6%
Tasa prevalencia úlceras por presión en todo el hospital.	24 (30%)	4,41%
Tasa de mortalidad potencialmente evitable (mortalidad materna).		0,02%
Tasa prevalencia infección nosocomial.	74 (94%)	6,8%
Tasa prevalencia infección herida quirúrgica.	74 (94%)	4,1%
Tasa prevalencia infección urinaria en pacientes sondados.	77 (98%)	7,5%
Indicadores de adecuación de la utilización de recursos		
% de estancias no adec. (AEP) en el GRD con estancia más desviad. de la m.	25 (32%)	27,1%
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología.	71 (90%)	5,4%
Porcentaje de estancias potencialmente ambulatorias.	79 (100%)	6,2%
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias.	68 (86%)	15,8%
Porcentaje de pacientes < de 60 años ASA 1 con RX tórax en el preoperatorio.	52 (66%)	92,2%

Conclusiones

Todos los hospitales han enviado los resultados de su Plan de Calidad y aquellos objetivos que ya estaban incluidos en el CG de años previos, muestran una mejora continua de sus resultados. Los hospitales se han clasificado en relación con sus resultados y se ha asignado presupuesto en función de esa clasificación. En 1998 se auditaron 6 hospitales y en 1999 se está llevando a cabo la de 8 (10%). De momento no se ha mostrado el impacto del Plan de Calidad en la disminución de la variabilidad en la utilización de recursos, a pesar de que la evaluación del cumplimiento de las guías de práctica muestra resultados de alta adecuación.

I. Introducción

El Contrato de Gestión (CG) de los hospitales del INSALUD incluye desde hace varios años un Plan de Calidad. El contenido de este Plan, la estructura organizativa que lo sustenta y la repercusión para los hospitales de su cumplimiento, son aspectos que han ido mejorando a lo largo de los años y cuyos resultados se presentan en esta memoria.

El Plan de Calidad Institucional tiene la finalidad de impulsar un cambio cultural en los hospitales que estimule el liderazgo activo de los equipos directivos e implique a todos los profesionales en la gestión de la calidad. Además, pretende ser el germen de los Planes de Calidad de los Hospitales, garantizando la existencia en cada uno de ellos de un sistema para la monitorización y mejora continua de la calidad, que permita conseguir los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de todos los clientes.

Contenido del Plan de Calidad

El Plan tiene tres apartados:

1.- El primero define una serie de objetivos relacionados con aspectos relevantes de la asistencia, plasmados en las líneas estratégicas de la Institución, donde se han detectado oportunidades de mejora en la mayor parte de los hospitales. Aquí se incluyen objetivos de mejora en las siguientes áreas temáticas:

Gestión de las reclamaciones de los pacientes.

Información a pacientes y familiares.

Planes de acogida al paciente hospitalizado.

Sistemas de información sanitaria.

Gestión de procesos.

Utilización de alta tecnología.

Donación y transplante de órganos.

Infección hospitalaria.

Cada hospital pacta en el CG el nivel de calidad de cada uno de los objetivos que se compromete a alcanzar al terminar el año. Para que el hospital lo consiga, estos objetivos deben trasladarse en el hospital a cada uno de los servicios o unidades implicadas en ellos; es decir, deben hacer suyos estos objetivos y considerarlos objetivos del servicio.

2.- Otro apartado del Plan de Calidad incluye la monitorización de una serie de indicadores del proceso asistencial y de resultados clínicos o "outcomes". Estos indicadores miden aspectos claves de la asistencia sanitaria que permiten, con limitaciones debidas a la calidad de los datos y a circunstancias no ligadas a la asistencia sanitaria que influyen en el estado de salud de las personas, la comparación entre hospitales de dentro y fuera de nuestra organización, la discusión y el análisis de esos datos e iniciar acciones para mejorar la calidad si se precisa.

Los hospitales pactan llevar a cabo los estudios necesarios para la monitorización de una serie de indicadores. A su vez, los hospitales reciben los resultados de otra serie de indicadores obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). De todos ellos, los hospitales se comprometen en el contrato a hacer un análisis de los resultados, compararse con los hospitales de su grupo e iniciar las acciones necesarias si se detectan problemas.

Esta memoria muestra los resultados de todos estos indicadores. Su objetivo no es crear estándares (en ocasiones estos indicadores pueden no ser suficientes para juzgar la calidad o la eficiencia de la asistencia), sino ofrecer a los hospitales una herramienta útil para identificar problemas que requieran algún estudio posterior.

3.- El tercer apartado del Plan de Calidad hace referencia al compromiso de implantar un Plan de Calidad propio del hospital, en función de sus características, y al envío al terminar el año de la memoria del Plan de Calidad del hospital. Este aspecto no se analiza en esta memoria, por la magnitud de la información que eso conlleva, pero se está procediendo a poner en la intranet del INSALUD, todas aquellas memorias de calidad de los hospitales que lo permiten.

Estructura organizativa del Plan de Calidad

En 1997 una circular la Presidencia Ejecutiva del INSALUD daba instrucciones para que en todos los hospitales se creara la figura del Coordinador del Plan de Calidad, dependiendo de la Gerencia del hospital. Hoy es ya una realidad la creación de Unidades de Calidad con el Coordinador de Calidad como responsable funcional, y su impacto puede observarse en las actividades que se llevan a cabo en los hospitales así como en los resultados del Plan de Calidad incluido en el CG.

En las Unidades de Calidad participa también un profesional de enfermería, tal como constaba en dicha circular, aunque en algunos hospitales no se ha producido todavía una integración plena de las actividades del coordinador del Plan de Calidad del hospital con el coordinador de enfermería.

En la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE) del INSALUD, existe un Área de Calidad formada por una Consejera Técnica y un Asesor Técnico que dependen de la Subdirectora de Atención Especializada. Su responsabilidad es el diseño del Plan de Calidad incluido en el CG de los hospitales, de la metodología común de evaluación, así como del análisis y validación de los resultados.

Formación

Anualmente se realiza en la Escuela Nacional de Sanidad uno o varios cursos dirigidos a coordinadores y enfermeras de las Unidades de Calidad de los hospitales. Este curso pretende ser como un plan de acogida a los profesionales que comienzan una nueva actividad en los hospitales: la de trabajar en actividades de gestión de la calidad; y donde se les provee de herramientas y metodología para llevar a cabo su trabajo. En estos cursos participan como docentes profesionales con probada experiencia en la gestión de la calidad en el ámbito nacional. Esta actividad de formación en calidad de coordinadores y otros profesionales, se complementa con otras que se llevan a cabo en otras instituciones docentes y las que se programan en los propios hospitales dentro de su plan de formación (que tienen como una de sus prioridades en los últimos años la formación en calidad).

Resultados del Plan de Calidad

Son los que se muestran en los siguientes capítulos. Estos resultados se analizan por grupos de hospitales (descritos en el Anexo 3 de esta memoria).

II. Cobertura de la evaluación

En el año 1998 todos los hospitales enviaron los resultados del Plan de Calidad incluido en el CG, de acuerdo al cuestionario de evaluación diseñado al efecto.

Grupo	Total Hospitales	Envían evaluación
I	22	22 (100%)
II	28	28 (100%)
III	9	9 (100%)
IV	12	12 (100%)
V	8	8 (100%)
INSALUD	79	79 (100%)

En cuanto al número de objetivos evaluados por hospital, ha sido variable, con una media de 13,8 de 15 objetivos incluidos en el CG del año 1998. La siguiente tabla muestra el número medio (con su desviación estándar) de objetivos cumplimentados por grupo de hospital, así como el mínimo y máximo de cada grupo.

Grupo	Nº	Nº medio de obj.	Desv. Est.	Mín	Máx
I	22	13,4	0,85	11	14
II	28	14,2	1,2	11	15
III	9	14,1	1,0	12	15
IV	12	14,5	0,7	13	15
V	8	11,2	1,6	9	14
INSALUD	79 (100%)	13,8	1,3	9	15

Analizando estos mismos datos objetivo por objetivo, puede comprobarse como los objetivos 1 (mejorar la gestión de las reclamaciones) y 2.4 (implantación de un programa de acogida) han sido los más evaluados (100% de los centros), mientras que el objetivo 6.4 (Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo) ha sido el menos evaluado (60% de los hospitales).

Objetivos	Porcentaje de evaluación
1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	79 (100%)
2.1. Plan para la información a pacientes y familiares	78 (99%)
2.2. Procedimientos con documento de consentimiento informado	77 (98%)
2.3. Implantación del documento de consentimiento informado	77 (98%)
2.4. Implantación de un programa de acogida	79 (100%)
2.5. Satisfacción con la información clínica	77 (98%)
2.6. Satisfacción con la información general	74 (94%)
3. Mejora del informe de alta	78 (99%)
4. Mejorar la gestión de la lista de espera	73 (99%) *
5. Disminución de la infección hospitalaria	77 (98%)
6.1. Protocolo de profilaxis antibiótica	75 (97%)
6.2. Cuidado del paciente sondado de acuerdo a protocolo	76 (96%)
6.3. Protocolos de las SS.CC. para inclusión en lista de espera	72 (93%) *
6.4. Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo	47 (60%)

7. Mejora del proceso de transplante de órganos	48 (94%) *
---	------------

* Algunos objetivos no pueden ser evaluados por algunos hospitales.

Estructura de los gráficos de esta memoria

Los resultados del año 1998 de cada uno de los objetivos se presentan en un tipo de gráfico que permite conocer la variabilidad intragrupo e intergrupo de una forma rápida, y cada hospital puede determinar en que punto de la distribución se halla.

En este gráfico:

1. Los datos se distribuyen por grupos.
2. En cada grupo, los círculos azules representan los datos individuales de cada hospital.
3. El cuadrado azul claro indica la media del grupo
4. El triángulo negro situado en la columna correspondiente al grupo 3 representa la media del INSALUD.
5. El área coloreada en azul claro, que generalmente comprende el intervalo entre 90% y 100%, representa el nivel de la excelencia en la consecución del objetivo.

Además, se muestra un gráfico de barras en el que se comparan los resultados de los últimos años, cuando es posible. Por cada uno de los objetivos se muestra una tabla con la relación de los nombres de los hospitales que han alcanzado el nivel excelente.

El porcentaje de evaluación de cada uno de los objetivos se refiere siempre al número de hospitales que lo debían evaluar y no al total de hospitales, ya que no todos los objetivos deben ser evaluados por todos los hospitales.

III. Plan de Calidad. Áreas de mejora comunes a todos los hospitales

III.1. Área de los derechos de los pacientes

Los objetivos de este área son:

- Mejorar la gestión de reclamaciones.
- Implantar un plan para la información a pacientes y familiares.
- Desarrollo e implantación del documento de consentimiento informado.
- Implantación del programa de acogida del paciente.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes con la información clínica y general.
- Implantar un programa de acogida al paciente hospitalizado.

OBJETIVO 1. MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Uno de los objetivos estratégicos del INSALUD y un punto clave sobre el que se fundamenta la mejora continua de la calidad o la gestión de la calidad total, es el enfoque al cliente. Para el paciente, la percepción de la calidad del servicio está en función de sus expectativas, y las reclamaciones constituyen una forma de participación activa de los ciudadanos para expresar la insatisfacción respecto al servicio recibido. Uno de los aspectos más importantes del Plan de Calidad debe ser conocer los motivos que generan insatisfacción e implantar las acciones de mejora necesarias para corregirlos.

Este objetivo de calidad ha formado parte del Plan de Calidad durante varios años y se ha focalizado en la correcta y pronta contestación de las reclamaciones. Por los resultados obtenidos, la mayoría de los hospitales tiene un sistema organizado que permite afirmar que es un estándar de calidad conseguido. Para afianzarlo se ha mantenido en el Plan de Calidad del año 1999, con la intención de focalizarlo, además, en las acciones que emprenden los hospitales ante los motivos de reclamación más frecuentes.

Una de las funciones del Servicio de Atención al Paciente (SAP) es la recogida y contestación de reclamaciones, de forma coordinada con la gerencia del centro y el responsable de la unidad o servicio objeto de la reclamación. Conseguir que las reclamaciones sean contestadas en un plazo inferior a 30 días es un objetivo de calidad del SAP, que no podrá ser realizado sin la participación de todos los implicados.

El Gerente, o persona en quién delegue, remitirá a las personas que han reclamado, la contestación individualizada que debe contemplar, al menos, los siguientes extremos:

- Resumen del motivo de la reclamación.
- Actuaciones realizadas.
- Conclusiones y medidas adoptadas.
- Identificación del firmante.

Se debe enviar una copia de la contestación a las personas o servicios implicados en la reclamación, mientras que otra copia queda grapada junto al original de la reclamación en el libro normalizado¹.

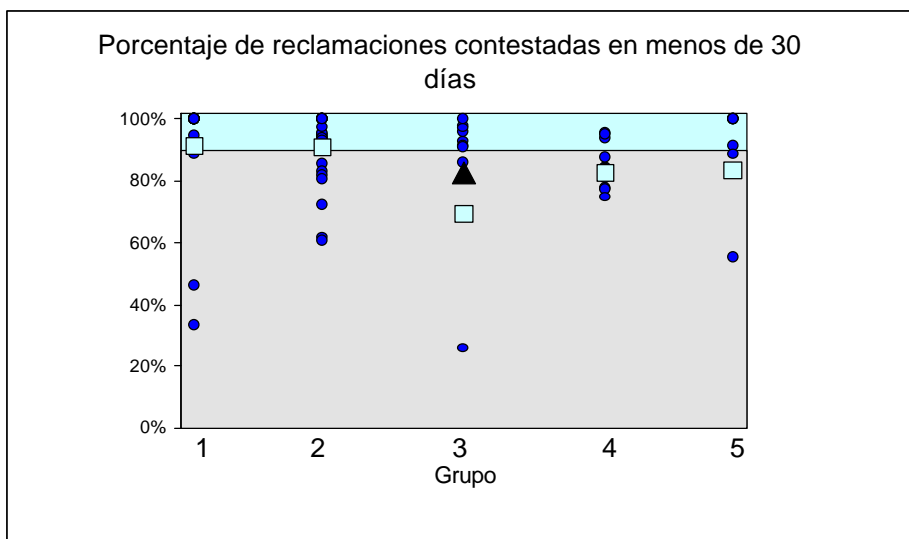
En estos momentos, existe un grupo de trabajo del INSALUD que va a proponer una nueva clasificación de agrupación de los motivos de reclamación, así como una mejora en el circuito de las reclamaciones. El objetivo es lograr un sistema que ayude a detectar y corregir los fallos del sistema, a la vez que se aumenta el grado de satisfacción del usuario.

Todos los hospitales evaluaron este objetivo.

Indicador: porcentaje de reclamaciones presentadas por escrito durante el mes de octubre de 1998, que han sido contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días y cumplen con los criterios de calidad del manual del SAP.

Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días

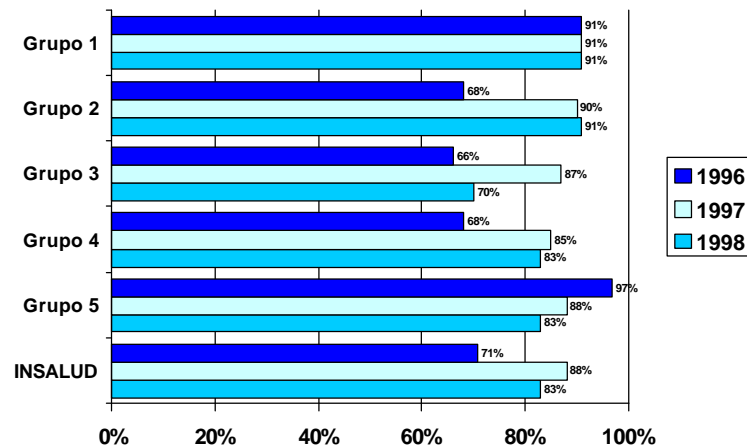
Grupo	Nº	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	91%	33%	100%
II	28	91%	61%	100%
III	9	70%	26%	100%
IV	12	83%	75%	96%
V	8	84%	55%	100%
INSALUD	79 (100%)	83%	33%	100%



En el gráfico observamos como la proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días ha ido aumentando progresivamente desde el año 1996; el resultado global del año 1998 ha disminuido ligeramente respecto al 1997. Este es el único objetivo del Plan de Calidad en el que se ha producido un resultado peor que el año anterior. Existe un hospital con un resultado muy bajo, que además por evaluar las reclamaciones de 5 meses, tiene un denominador alto, lo que causa mayor impacto sobre el resultado global. Sin los resultados de tres hospitales con valores extremos, el resultado global sería del 89%.

Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días

Datos comparados: 1996-98



Hospitales en el nivel de la excelencia

De Calatayud. Zaragoza.
 De Alcañiz. Teruel.
 Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea.
 Comarcal de Jarrío. Coaña.
 Álvarez Buylla. Mieres.
 Virgen Monte Toro. Mahón.
 Can Misses. Ibiza.
 Comarcal de Laredo. Cantabria.
 Comarcal de Hellín. Albacete.
 Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.
 Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos.
 Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.
 Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.
 De Llerena. Badajoz.
 Campo Arañuelo. Navalmoral. Cáceres.
 Ciudad de Coria. Cáceres
 Comarcal del Noroeste. Caravaca.
 Virgen del Castillo. Yecla
 Cruz Roja. Ceuta.
 General Obispo Polanco. Teruel.
 General San Jorge. Huesca.
 De Cabueñes. Gijón.
 San Agustín. Avilés.
 Valle del Nalón. Langreo.
 De Sierrallana. Torrelavega.
 Complejo Hospitalario Ciudad Real.
 Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real.
 Virgen de la Luz. Cuenca.

General de Guadalajara.
 Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila.
 Del Bierzo. Ponferrada.
 Río Carrión. Palencia.
 Complejo Hospitalario de Segovia.
 General de Soria.
 Virgen de la Concha. Zamora.
 Mérida. Badajoz.
 San Millán-San Pedro. Logroño.
 Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
 Morales Meseguer. Murcia.
 Rafael Méndez. Lorca.
 General de Albacete.
 Complejo Hospitalario de Toledo.
 General Yagüe. Burgos.
 Complejo Hospitalario de León.
 Clínico de Valladolid.
 Río Hortega. Valladolid.
 Universitario de Getafe. Madrid.
 Son Dureta. Palma de Mallorca.
 Clínica Puerta de Hierro. Madrid.
 Virgen de la Arrixaca. Murcia.
 San Jorge. Zaragoza.
 Niño Jesús. Madrid.
 De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid.
 Santa Cristina. Madrid.
 Virgen de la Torre. Madrid.
 Hospital Carlos III. Madrid.

OBJETIVO 2.1. PLAN PARA LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

La información al paciente y a sus familiares no es sólo un derecho, como lo establece la Ley General de Sanidad, sino que es también un medio para mejorar la calidad. La información permite al paciente participar en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, cumplir mejor los tratamientos, etc., lo que redundará en una mejor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria.

Hasta ahora, uno de los objetivos para mejorar la información se ha centrado en lograr que todos los servicios clínicos de los hospitales tuvieran un lugar y un horario definido para la información a los familiares de los pacientes hospitalizados. Pero esto ha incidido sólo en una parte del complejo proceso de la información. Lo que se ha pretendido este año, y será una línea de trabajo en los próximos, es que, considerando que el proceso de información es una parte más del acto clínico, debe estar, como éste, sistematizado en los servicios clínicos.

El plan de información de los servicios clínicos tiene el objetivo de que el paciente y su familia conozcan desde el ingreso en el hospital cuándo y dónde se les va a informar. Cada servicio debe organizar la información durante la hospitalización, no solo en función de las necesidades del servicio, sino teniendo en cuenta también las necesidades del destinatario de la información.

Como mínimo este plan debe incluir el lugar y la hora a la que se informará, y será tan complejo y amplio como las actividades que realiza el servicio lo requieran (realización de pruebas diagnósticas, quirófano, etc.). También se incluirán otros aspectos que mejoren la información: señalización del servicio, directorio de facultativos y supervisora de planta, identificación del personal, aspectos relacionados con el CI (qué, quién, cuándo, dónde), material informativo de apoyo, etc.

El plan de información debe seguir unas líneas institucionales, estar consensuado en el servicio y documentado. Los pacientes y sus familias deben conocer los aspectos que les interesan, como el derecho a la información, el lugar y la hora de la información, qué es el CI, etc., a través de algún documento que se les entregue o mediante información visible en las plantas y/o habitaciones.

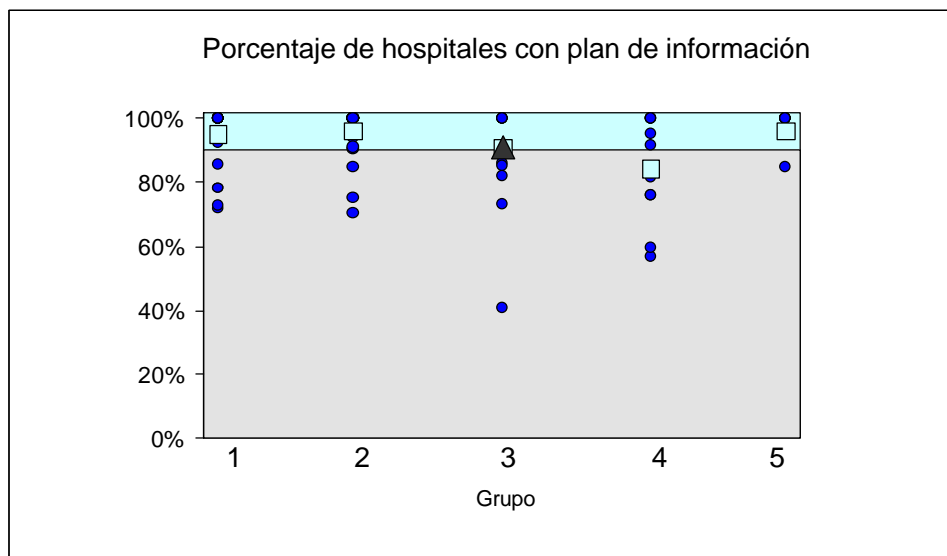
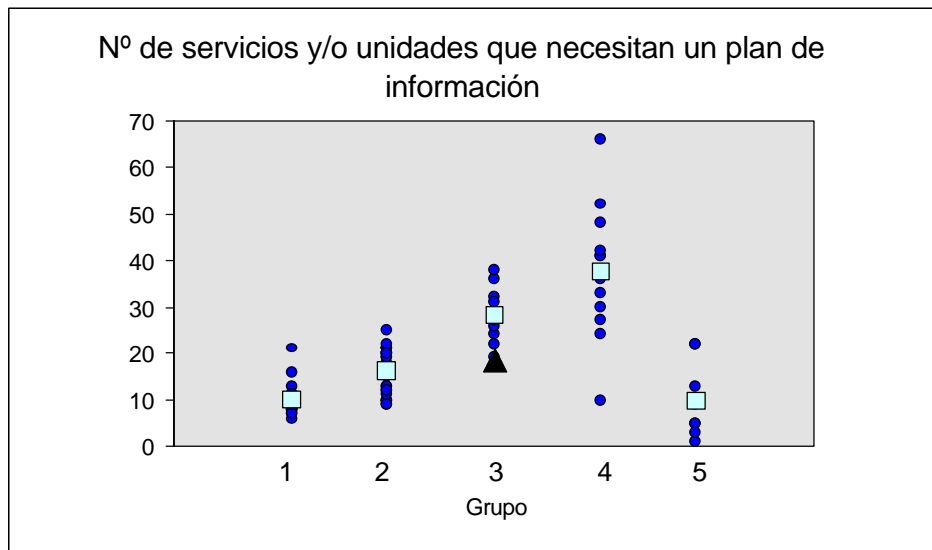
Este objetivo fue evaluado por 78 hospitales (99%).

Indicador: porcentaje de servicios clínicos que tienen de forma explícita un plan para la Información a familiares.

Porcentaje de Servicios con plan de información

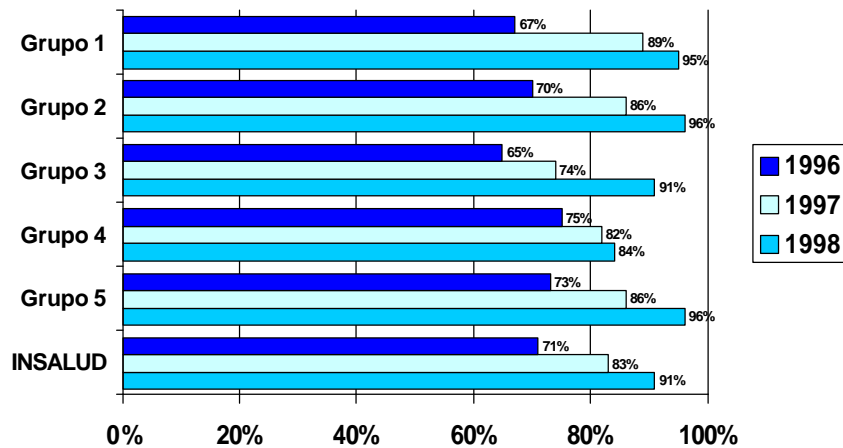
Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	95%	71%	100%
II	27	96%	71%	100%
III	9	91%	41%	100%
IV	12	84%	57%	100%
V	8	96%	85%	100%
INSALUD	78 (99%)	91%	41%	100%

Esta información se hacía explícita en un 42% de los casos mediante carteles en las plantas, en un 5,1% a través de documentación escrita entregada a los pacientes, en un 48,9% de ambas maneras, y en un 2,6% de otras formas. Los resultados obtenidos en la evaluación de éste objetivo están relacionados con la estructura de los hospitales y, con el número de servicios que el hospital ha considerado que necesitan lugar y horario para informar.



Porcentaje de hospitales con plan de información

Datos comparados: 1996-98



En el gráfico se establece la evolución de este indicador en los últimos años, aunque hasta 1998 el indicador medía la existencia de lugar y horario para informar, no un plan de información. A pesar de haberse hecho más complejo el objetivo, se observa una clara mejora.

Hospitales en el nivel de la excelencia	
Calatayud. Zaragoza.	Rio Carrión. Palencia.
Alcañiz. Teruel	General de Soria.
Barbastro. Huesca.	Virgen de la Concha. Zamora.
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea.	Comarcal de Don Benito. Badajoz.
Comarcal de Jarrow. Coaña.	Merida. Badajoz.
Álvarez Buylla. Mieres.	Virgen del Puerto. Plasencia.
Virgen Monte Toro. Mahón.	Complejo Hospitalario de Cáceres.
Can Misses. Ibiza.	San Millan-San Pedro. Logroño.
Comarcal de Laredo. Cantabria.	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
Santa Bárbara. Puerto Llano.	Morales Meseguer. Murcia.
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.	Santa María del Rosell. Murcia.
Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos.	Rafael Méndez. Lorca.
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.	Complejo Hospitalario .de León.
Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.	Clínico de Valladolid.
Ciudad de Coria. Caceres.	Infanta Cristina. Badajoz.
Virgen del Castillo. Yecla.	Universitario de Getafe. Madrid.
Cruz Roja. Ceuta.	Central de Asturias. Oviedo.
General Obispo Polanco. Teruel.	Son Dureta. Palma de Mallorca.
General San Jorge. Huesca	Marqués de Valdecilla. Santander.
De Cabueñes. Gijón.	Complejo Hospitalario de Salamanca.
San Agustín. Avilés.	La Paz. Madrid.
Valle del Nalón. Langreo.	Virgen de la Arrixaca. Murcia.
De Sierrallana. Torrelavega.	San Jorge. Zaragoza.
Complejo Hospitalario Ciudad Real.	Niño Jesús. Madrid.
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real.	De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid.
General de Guadalajara.	Santa Cristina. Madrid.
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo.	Virgen de la Torre. Madrid.

Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila. Del Bierzo. Ponferrada.	Hospital Carlos III. Madrid. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.
--	---

OBJETIVO 2.2. MEJORA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AVALADOS

En la Ley General de Sanidad se recoge el derecho de los pacientes a conocer la información disponible sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad. Es una obligación ética y legal de los facultativos ofrecer la información en términos adecuados, comprensibles y suficientes. Esta información es clave para que el paciente pueda valorar lo que le está ocurriendo y es un medio para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. El final de este proceso es que el paciente, de forma libre, otorgue o niegue su consentimiento para la realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el médico le propone.

Las organizaciones sanitarias deben garantizar una estructura y un funcionamiento institucional que facilite el ejercicio de las libertades y derechos de los ciudadanos, por lo que una de las metas del Plan de Calidad es mejorar este complejo proceso de la información, clave dentro de la relación médico-paciente, y uno de los elementos que más valoran los pacientes y sus familias al enjuiciar la calidad de la asistencia².

Uno de los objetivos es mejorar la calidad de la información clínica que se da a los pacientes. El proceso de la información es fundamentalmente verbal, pero además, es un requisito legal, que ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, el paciente firme un documento de consentimiento informado (CI). Este documento debe contener la información suficiente que permita al paciente participar en la toma de decisiones y otorgar, o no, su consentimiento. Cuál debe ser la información contenida en el documento es un tema complejo y sometido a constante debate, y existen recomendaciones del Ministerio de Sanidad y del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo al respecto.

Una de las acciones llevadas a cabo en los hospitales para cumplir con estos requisitos y mejorar la información a los pacientes ha sido revisar el contenido de los documentos de CI. Para ello se ha contado con la participación de los comités de ética de los hospitales que tienen entre sus funciones, la de defender los derechos de los pacientes.

Otro de los objetivos es que el documento se entregue al paciente y esté correctamente firmado por el paciente y el médico que le ha aportado la información. Pero ambos objetivos son sólo una parte del proceso. Se pretende incluir en el Plan de Calidad de los próximos años que los hospitales elaboren su guía o línea institucional sobre el proceso de la información, incluyendo todos los aspectos relevantes que contribuyen a mejorar la información al paciente, como estructuras organizativas y físicas, responsables de la información, etc; de forma que sirva de apoyo a los profesionales y les vincule moralmente para elaborar el plan de información de los servicios.

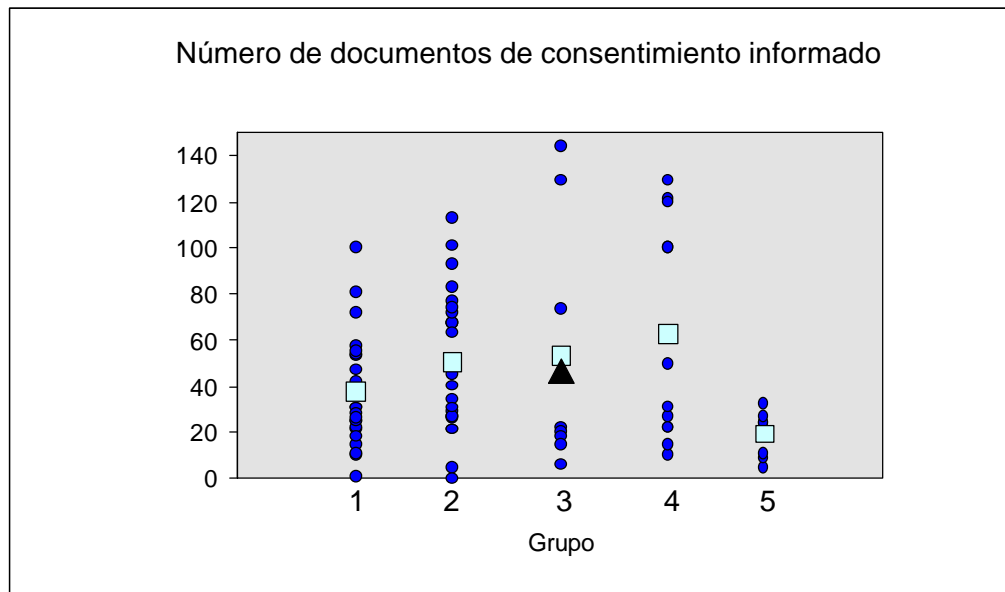
Aunque como se ha comentado, todavía quedan muchas oportunidades para mejorar la información a los pacientes, este objetivo ha ido mejorando sus resultados a lo largo de los años. Esto es consecuencia de una mayor sensibilidad de los profesionales sanitarios, que están entendiendo este acto de la entrega del documento de CI como una ocasión para profundizar en el diálogo con el paciente. También las instituciones han tratado de mejorar sus estructuras y organización. Sin embargo, la valoración final debe venir del paciente. Aunque se han realizado encuestas puntuales dirigidas a conocer su opinión sobre este tema, cuyos resultados fueron satisfactorios, la utilización sistemática de encuestas es una herramienta imprescindible para evaluar este proceso.

Este objetivo fue evaluado por 77 hospitales (97%).

Indicador: número de documentos de CI específicos avalados e implantados en el hospital.

Número de documentos de consentimiento informado avalados

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hosp.</i>	<i>Nº de CI</i>	<i>Desv. est.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	22	37	25	1	100
II	27	51	29	0	113
III	9	53	52	6	144
IV	12	62	47	10	129
V	7	18	10	5	32
INSALUD	77 (97%)	46	35	0	144



OBJETIVO 2.3. IMPLANTACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO

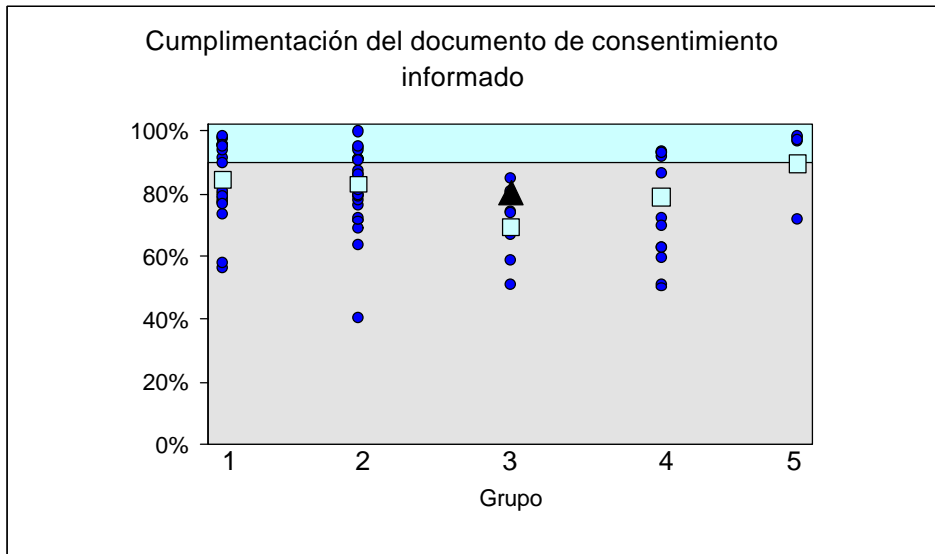
Este objetivo trata de que durante el proceso verbal de la información que se establece entre el paciente y el médico, éste entregue al paciente el documento de CI para que, una vez leído y resueltas las posibles dudas, sea firmado por ambos: el médico como responsable de la información y el paciente que consiente que le sea realizado la intervención propuesta. El indicador que se ha evaluado no mide si el proceso se ha realizado de esta forma; tan sólo si el documento está en la historia clínica debidamente firmado.

Han sido 77 los hospitales que han evaluado este objetivo (97%). Los resultados se muestran en conjunto, y luego en dos apartados, el primero para cirugía y el segundo para pruebas diagnósticas.

Indicador: porcentaje de documentos de CI debidamente cumplimentados.

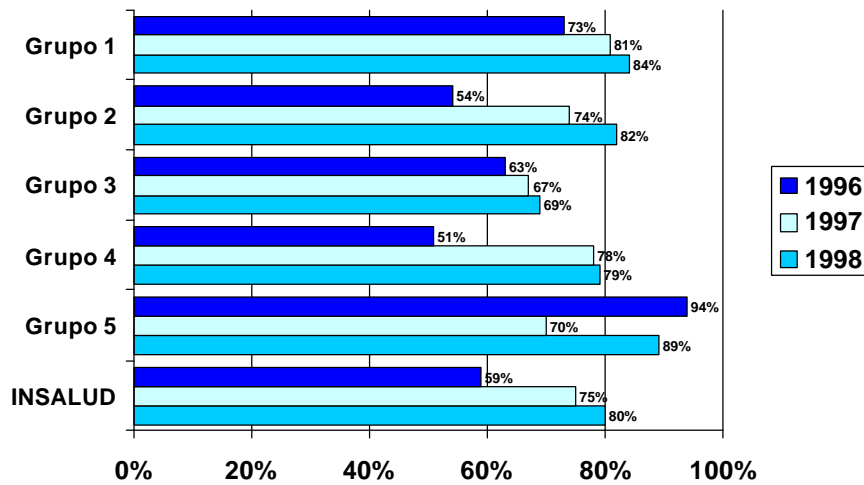
Porcentaje de HC con documento de CI específico debidamente cumplimentado.

Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	21	84% (4.314/5.120)	56%	98%
II	28	82% (9.006/10.992)	40%	99%
III	9	69% (3.463/5.009)	51%	85%
IV	12	79% (4.416/5.599)	50%	93%
V	7	89% (1407/1575)	71%	98%
INSALUD	77 (97%)	80% (22.606/28.225)	40%	99%



Porcentaje de historias clínicas con documento de consentimiento informado

Datos comparados: 1996-98



Implantación de documento de CI en servicios quirúrgicos.

Porcentaje de HC con documento de CI específico. Servicios quirúrgicos.

Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	20	84% (2.235/2.651)	58%	100%
II	28	75% (4.370/5.809)	21%	99%
III	9	69% (1.832/2.675)	44%	90%
IV	12	76% (2.957/3.879)	50%	93%
V	6	89%	63%	100%

		(1.069/1.207)		
INSALUD	65	77% (12.463/16.212)	21%	100%

Implantación de documento de CI para pruebas diagnósticas.

Los hospitales han facilitado datos de cumplimentación del documento de CI, para tres pruebas diagnósticas: endoscopia digestiva, broncoscopia y radiología con contraste, escogidas en función de que son de las más frecuentemente realizadas.

Porcentaje de HC con Documento de CI específico. Pruebas diagnósticas.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	21	84% (2.079/2.469)	35%	100%
II	27	91% (4.636/5.113)	33%	100%
III	9	70% (1.631/2.334)	33%	97%
IV	11	84% (1459/1729)	21%	100%
V	1	92% (338/368)	71%	98%
INSALUD	75	84% (10.143/12.013)	21%	100%

Hospitales en el nivel de la excelencia	
Barbastro. Huesca. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Comarcal de Jarrío. Coaña. Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real Comarcal de Medina del Campo. Valladolid. Ciudad de Coria. Cáceres. Virgen del Castillo. Yecla. Cruz Roja. Ceuta. Comarcal de Melilla Obispo Polanco. Teruel. Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.	Rio Carrión. Palencia. Virgen de la Concha. Zamora. Mérida. Badajoz. Complejo hospitalario de Cáceres. Santa María del Rosell. Murcia. Marques de Valdecilla. Santander. 12 de Octubre. Madrid. Clínico San Carlos. Madrid. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. Niño Jesús. Madrid. Santa Cristina. Madrid. Carlos III. Madrid. Hospital de Parapléjicos. Toledo.

OBJETIVO 2.4. PROGRAMA DE ACOGIDA

Cuando un paciente ingresa en un hospital se produce un cambio importante y rápido en su entorno. Su deterioro físico e incluso psíquico, hacen de este primer momento uno de los de mayor carga emocional. Es una situación crítica que condiciona la satisfacción de los pacientes con su estancia en el hospital.

Los programas de acogida tienen el objetivo de ayudar a los pacientes y sus familias a conocer la organización en la que van a ser atendidos y tratan de que este primer contacto con el hospital se desarrolle dentro de un marco que favorezca la relación entre el profesional sanitario y el paciente, y de que se ofrezca una atención personalizada y de confianza y la información que precise para hacer más satisfactoria su estancia. Otro de los objetivos del programa es informar a los pacientes de la Carta de Derechos y Deberes.

Todos los hospitales han evaluado este objetivo. En la siguiente tabla observamos cuántos de éstos centros tienen un programa de acogida documentado. Se entiende por documentado aquel programa que cuenta con un documento escrito con las acciones de las que consta, así como los responsables encargados de llevarlas a cabo.

Grupo	Nº Hospitales	PA Documentado
I	22	21 (95%)
II	28	28 (100%)
III	9	8 (89%)
IV	12	12 (100%)
V	8	7 (87%)
INSALUD	79	76 (96%)

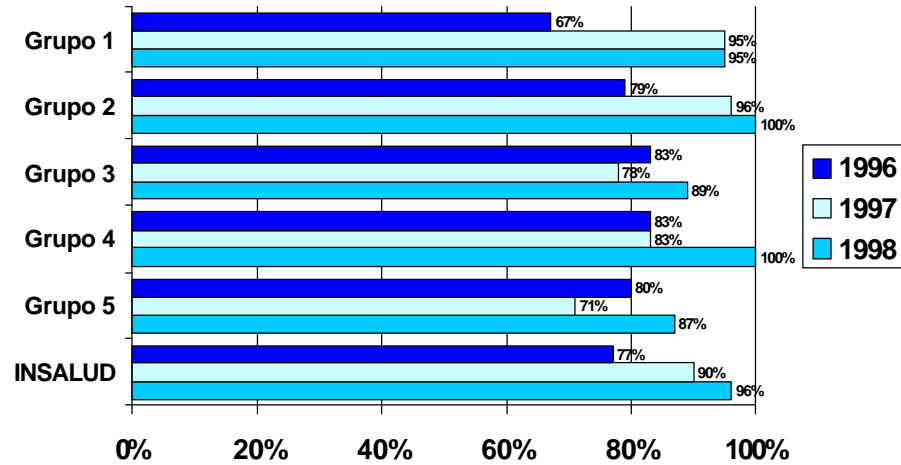
La siguiente tabla muestra cuántos de estos centros hacen entrega al paciente de folleto o tríptico con información sobre los servicios del hospital, horarios, derechos y deberes del paciente, etc.

Grupo	Nº Hospitales	Porcentaje de documentación por escrito
I	22	20 (91%)
II	28	28 (100%)
III	9	9 (100%)
IV	12	12 (100%)
V	7	8 (100%)
INSALUD	78	77 (97%)

El gráfico muestra la evolución de la proporción de hospitales que poseen programa de acogida documentado.

Porcentaje de hospitales con programa de acogida

Datos comparados: 1996-98



Se comprueba un importante incremento en el porcentaje de hospitales con programa de acogida, en un proceso de mejora constante en los últimos años.

OBJETIVO 2.5. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN CLÍNICA

Los centros del INSALUD hacen encuestas de satisfacción de los pacientes tras la hospitalización. Estas encuestas son, en su mayoría, modificaciones de un modelo que hace varios años fue diseñada en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas modificaciones se han llevado a cabo en los hospitales y se han realizado de acuerdo a las a las prioridades y opiniones de los profesionales del centro, y sólo algunos hospitales han decidido hacer un nuevo diseño y contar con la ayuda de profesionales expertos en los estudios de opinión.

Las diferencias en el contenido de los cuestionarios, y la forma de realizar la encuesta (por correo, telefónica, entrevista personal etc.), hace que los resultados sean válidos para evaluar la satisfacción de los usuarios de un centro a lo largo del tiempo, pero no permite, o lo hace con muchas limitaciones, tener una idea general de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada ni comparar los resultados entre los distintos centros. Además, muchos hospitales han planteando modificar la encuesta de posthospitalización y están interesados en tener un método homogéneo.

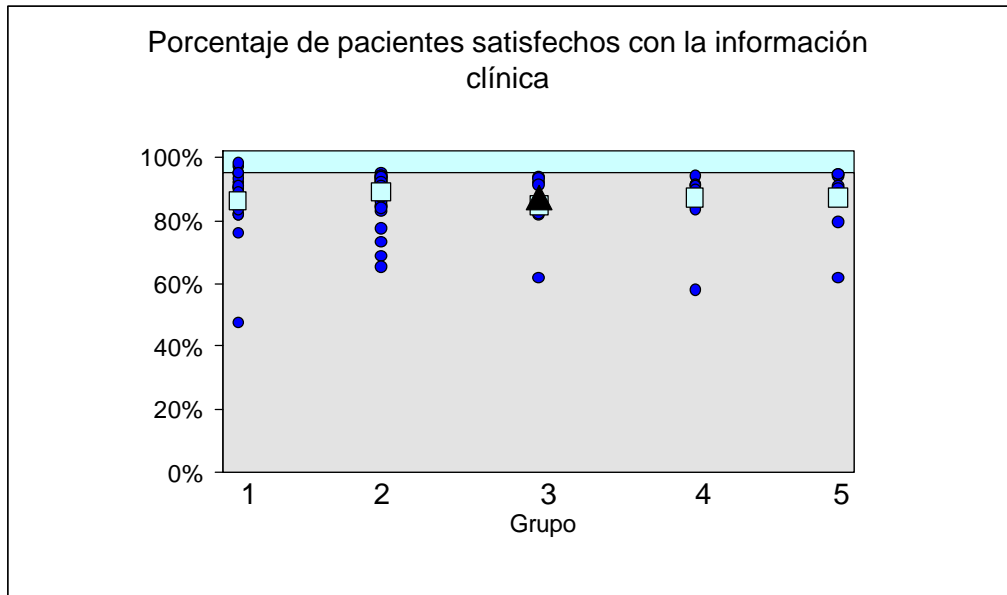
Para resolver estos problemas se está desarrollado en el INSALUD un proyecto para el diseño de una nueva encuesta de posthospitalización mediante la metodología de los grupos focales en el que participan profesionales y pacientes de 7 hospitales de distintos ámbitos geográficos. Durante 1998 se han llevado a cabo los grupos focales con pacientes de los hospitales participantes y esta información se encuentra en fase de análisis. Cuando finalice el proyecto los hospitales contarán con una nueva herramienta, que sustituirá a las encuestas actuales, y que permitirá la obtención de indicadores de calidad percibida homogéneos para todos los hospitales.

El objetivo ha sido evaluado por 77 hospitales (97%), a partir de los datos de las distintas encuestas de post-hospitalización (EPH) de los hospitales.

Indicador: porcentaje de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida.

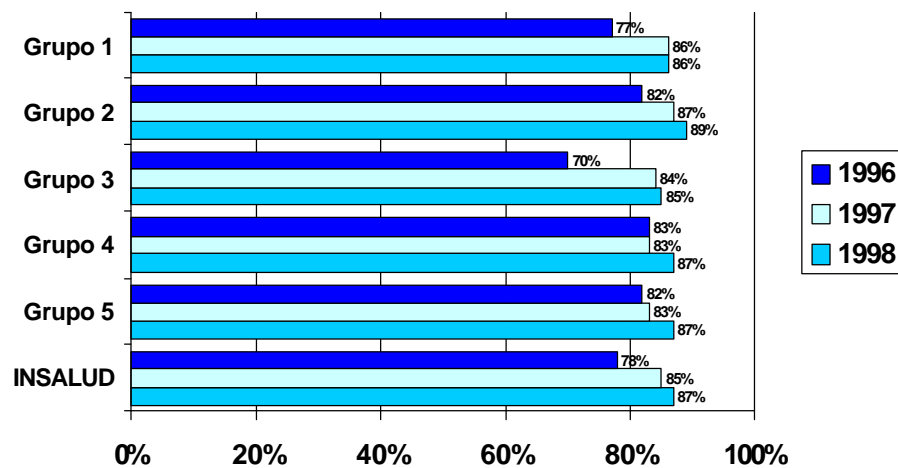
Porcentaje de pacientes satisfechos con la información clínica

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	86% (2.761/3.203)	47%	98%
II	27	89% (6.509/7.290)	65%	95%
III	9	85% (2.317/2.736)	62%	94%
IV	12	87% (5.591/6.416)	58%	94%
V	8	87% (818/936)	62%	94%
INSALUD	77 (97%)	87% (17.996/20.581)	47%	98%



Porcentaje de pacientes satisfechos con la información clínica

Datos comparados: 1996-98



Con las limitaciones ya expresadas de la comparabilidad de estos datos, se observa cierto aumento de la satisfacción respecto al año anterior

Hospitales en el nivel de la excelencia	
Calatayud. Zaragoza. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Virgen Monte Toro. Mahón. Menorca. Campo Arañuelo. Navalmoral. Cáceres.	Comarcal del Noroeste. Caravaca. Ntra Sra de Sonsoles. Ávila. De la Fuenfría. Cercedilla. Madrid. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

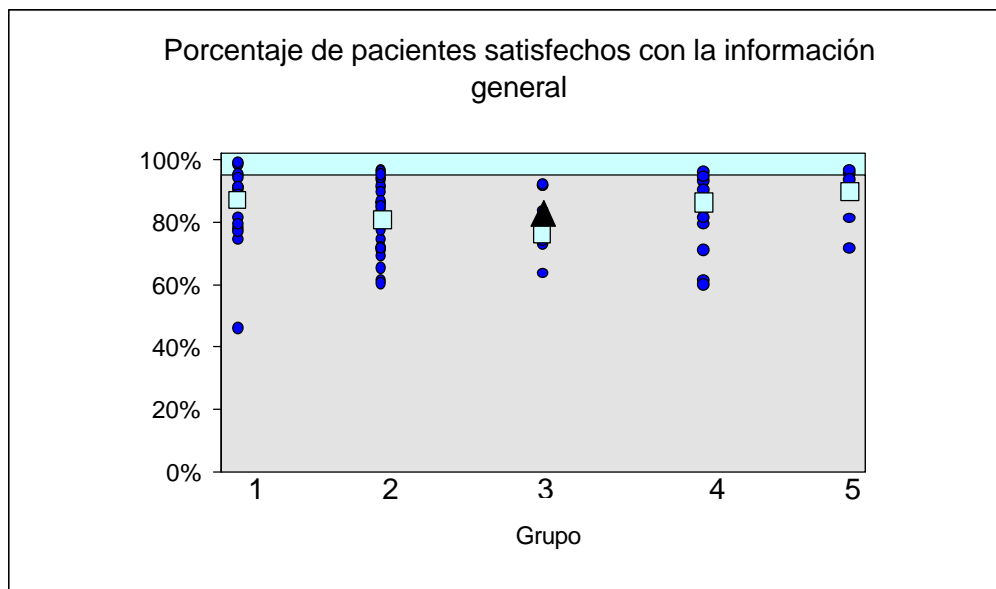
OBJETIVO 2.6. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN GENERAL

Evaluaron este objetivo 74 hospitales.

Indicador: porcentaje de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información general recibida.

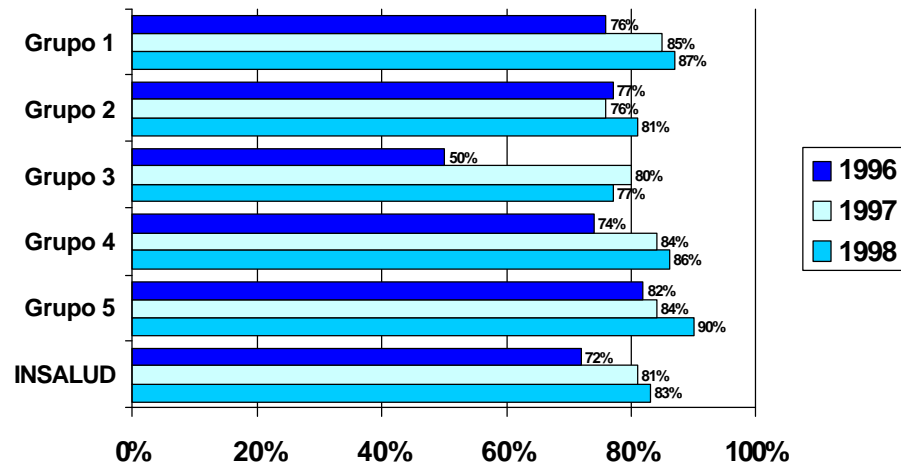
Porcentaje de pacientes satisfechos con la información general

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	20	87% (2.620/3.023)	46%	99%
II	27	81% (6.309/7.802)	60%	96%
III	8	77% (2.043/2.665)	63%	92%
IV	12	86% (4.749/5.513)	60%	96%
V	7	90% (770/857)	71%	96%
INSALUD	74 (94%)	83% (16.491/19.860)	46%	99%



Porcentaje de pacientes satisfechos con la información general

Datos comparados: 1996-98



Hospitales en el nivel de la excelencia

De Calatayud. Zaragoza.
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea.
Santa Bárbara. Puerto Llano.
Complejo hospitalario de Cáceres.
Severo Ochoa. Leganés.

Santa María del Rosell. Murcia.
Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
Clínico San Carlos. Madrid.
Niño Jesús. Madrid.
De la Fuenfría. Madrid.

CONCLUSIONES ÁREA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Los objetivos incluidos en esta área son de gran importancia, ya que tratan de sensibilizar a los profesionales hacia la mejora de aspectos que tienen relación con derechos de los pacientes. Al comparar los resultados con el año anterior, observamos una mejora en todos los objetivos, a excepción de la contestación de las reclamaciones: se ha pasado del 86% al 83%. Este empeoramiento se centra en los grupos III, IV y V, mientras que los dos primeros registran resultados similares o superiores al año anterior. Hay que insistir en la importancia de gestionar correctamente las reclamaciones, ya que son un factor fundamental para la mejora de la calidad percibida.

En la implantación de un Plan de Información a pacientes y familiares, se ha experimentado una gran mejora, pasando del 83% al 91%. Sólo el resultado del grupo IV ha sido peor: 84%. Esta mejora en el resultado se ha logrado a pesar de que el objetivo ha sido más ambicioso, no ha consistido únicamente en que los servicios tuvieran un lugar y un horario para informar, sino que debían elaborar un plan de información, lo que lo convertía en algo más complejo.

Sin embargo, la medición de este indicador no permite conocer si la información se ha llevado a cabo de acuerdo a lo planeado, es sólo un indicador de estructura. La información de las encuestas será un complemento que nos permitirá conocer mejor cómo se lleva a cabo este proceso.

El promedio de procedimientos con documentos de CI había pasado de 42 en 1996 a 65 en 1997. En 1997, el promedio de dichos documentos que habían sido avalados por el hospital fue de 34, y en 1998 ascendió a 46. Lógicamente, el número de documentos avalados aumenta con la complejidad del hospital. Los resultados medios por grupo están por encima de la cifra que se consideró como nivel de la excelencia en el CG de 1998 (20 documentos).

En cuanto a la implantación del documento de CI en las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, ascendió ligeramente, del 75% del año anterior al 77% en 1998. El resultado en la implantación en pruebas diagnósticas de riesgo, mejoró sustancialmente (84% frente al 70% del año anterior), si bien hay que tener en cuenta que en 1997 el dato había resultado ser peor que en 1996 (70% frente al 76%). En cualquier caso, por primera vez el resultado de la implantación del documento en las pruebas diagnósticas supera al de las intervenciones quirúrgicas, lo que debe obligar a los servicios quirúrgicos a aumentar sus esfuerzos para lograr una mejora.

En 1998, el 96% de los hospitales contaban con un programa de acogida al paciente, superando el resultado del año anterior (90%), y situándose muy por encima de la de hace dos años (77%). Este nivel de excelencia aconseja considerar ya este objetivo como un estándar de calidad, que todos los hospitales de la Institución están obligados a ofrecer.

La satisfacción con la información tanto clínica como general ha mejorado ligeramente respecto al año anterior (dos puntos). Como ya se ha comentado al mostrar los resultados, existe gran diversidad de contenido y metodológica entre las encuestas de los hospitales, incluso en un mismo hospital de un año a otro, por lo que las comparaciones tienen muchas limitaciones.

III.2. Área de los sistemas de información

Los objetivos de este área son:

- Mejorar el informe de alta.
- Mejorar la gestión de la lista de espera.

OBJETIVO 3. MEJORA DEL INFORME DE ALTA

La historia clínica, entendiendo como tal el conjunto de datos que se recogen en todas sus partes, anamnesis, exploración, evolución, registros de enfermería, resultados de pruebas diagnósticas, etc., es el origen de los datos más importantes que se recogen en los Sistemas de Información Sanitarios³. Por tanto, la calidad de los datos de la historia clínica condicionará la calidad del sistema de información.

El informe de alta tiene una gran importancia, ya que muchos documentalistas lo toman como fuente para realizar la codificación del CMBD. Es del documento básico para reflejar el episodio hospitalario⁴. Un informe de alta exhaustivo, donde se reflejen los datos administrativos y la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) es un requisito imprescindible para la posterior codificación del proceso y análisis del case-mix del hospital, que ofrecerá una visión real de la actividad y calidad de la asistencia llevada a cabo en el centro. Los informes de alta pueden servir también para la realización de estudios clínicos o epidemiológicos. Además, el informe de alta es un documento muy útil para el médico de atención primaria, y un elemento por tanto fundamental en la continuidad de la atención⁵.

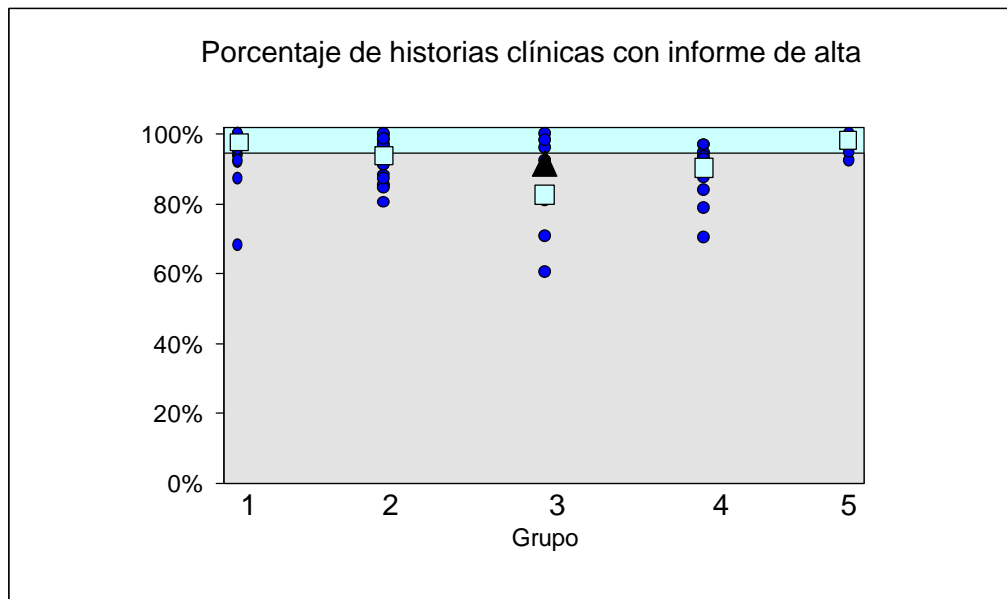
El informe se debe realizar dentro de un plazo determinado, ya que es más fácil que se registre toda la actividad, si el informe se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después.

INDICADOR 3.1. Porcentaje de altas con informe.

Este indicador fue evaluado por 78 hospitales (99%).

Porcentaje de historias clínicas con informe de alta

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	98% (13.148/13.455)	68%	100%
II	28	94% (31.823/33.814)	81%	100%
III	8	83% (2.350/2.841)	61%	100%
IV	12	91% (137.110/151.305)	70%	97%
V	8	99% (7654/7761)	93%	100%
INSALUD	78 (99%)	92% (192.085/209.176)	61%	100%



Aunque el resultado medio es relativamente alto, existen bastantes hospitales con un nivel bajo en este indicador, especialmente en los grupos I, III y IV. Estos hospitales deberían realizar estudios específicos para detectar las causas y establecer medidas de mejora.

INDICADOR 3.2. Porcentaje de informes de alta que cumplen criterios de calidad.

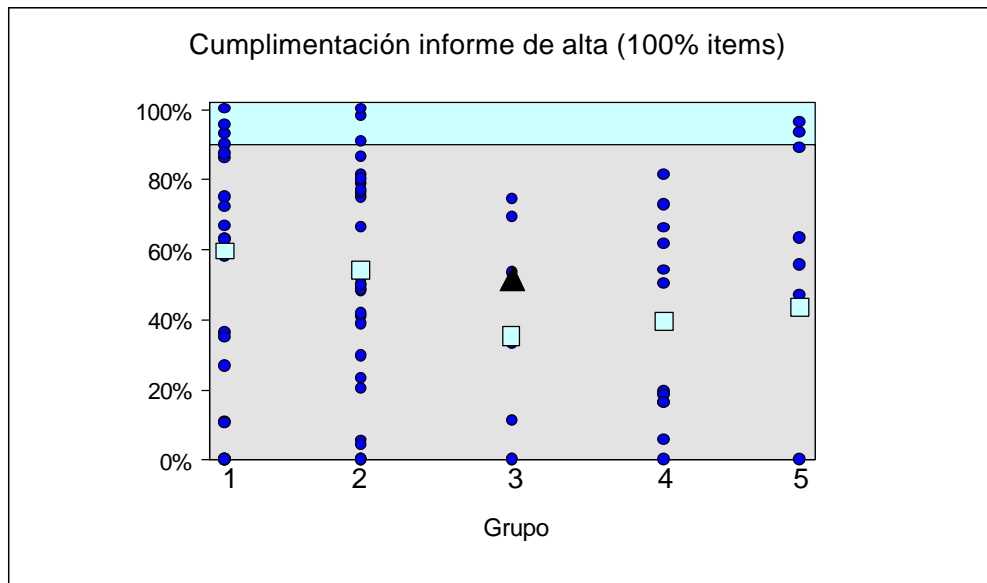
Criterios de calidad del informe de alta:

Fueron de aplicación los que aparecen en la Orden Ministerial 6 de septiembre de 1984 sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios que hayan producido al menos una estancia⁶. Estos criterios están descritos en el anexo de la metodología de evaluación.

Este indicador fue evaluado por 75 hospitales (95%).

Cumplimentación del 100% de los criterios del informe de alta

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	60% (8.059/13.548)	0%	100%
II	28	54% (4.038/7.466)	0%	100%
III	7	35% (544/1.548)	0%	74%
IV	12	40% (2.893/7.270)	0%	81%
V	7	43% (478/1.104)	0%	97%
INSALUD	75 (95%)	52% (16.012/30.936)	0%	100%



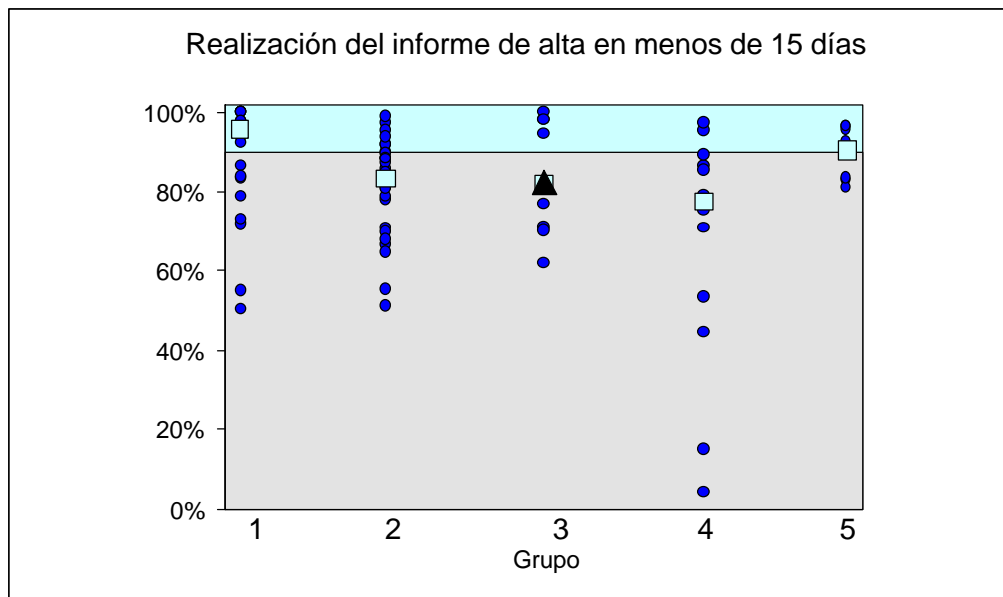
El resultado de este indicador es bajo, ya que muchos hospitales decidieron no tener en cuenta en la evaluación alguno de los aspectos recogidos en la Orden Ministerial, fundamentalmente aquellos de tipo administrativo. Considerando que los hospitales hacen evaluaciones en las que ponderan de distinta manera la presencia o ausencia de estos ítems, en las sucesivas evaluaciones de este objetivo serán los hospitales los que determinarán la adecuación de cada informe en relación a la ponderación que se establezca por la Comisión de Historias Clínicas.

INDICADOR 3.3. Realización de los informes de alta en un plazo inferior a 15 días.

Este indicador fue evaluado por 76 hospitales (96%).

Realización del informe de alta en un plazo de 15 días.

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	96% (9.974/10.416)	51%	100%
II	27	83% (8.702/10.504)	51%	99%
III	8	82% (1.650/2.020)	62%	100%
IV	12	77% (22.601/29.268)	4%	98%
V	8	90% (1.084/1.199)	81%	97%
INSALUD	76 (96%)	82% (44.011/53.407)	4%	100%



OBJETIVO 4. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Este objetivo fue evaluado por 73 hospitales (99%).

Los criterios tenidos en cuenta para la evaluación de este objetivo han sido los de la Circular 3/94, que se describen en el anexo de la metodología de evaluación. En 1998 fue elaborada la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), donde se establecen una serie de requisitos, entre los que se encuentran los datos clínico-administrativos que el facultativo tiene que cumplimentar para incluir a los pacientes en la LEQ. La implantación de la Guía se produjo a lo largo de ese año, por lo que era muy precipitado tenerlos en cuenta en la evaluación.

En la siguiente tabla observamos la proporción de inclusiones en lista de espera que seguían los criterios obligatorios de la Circular 3/94.

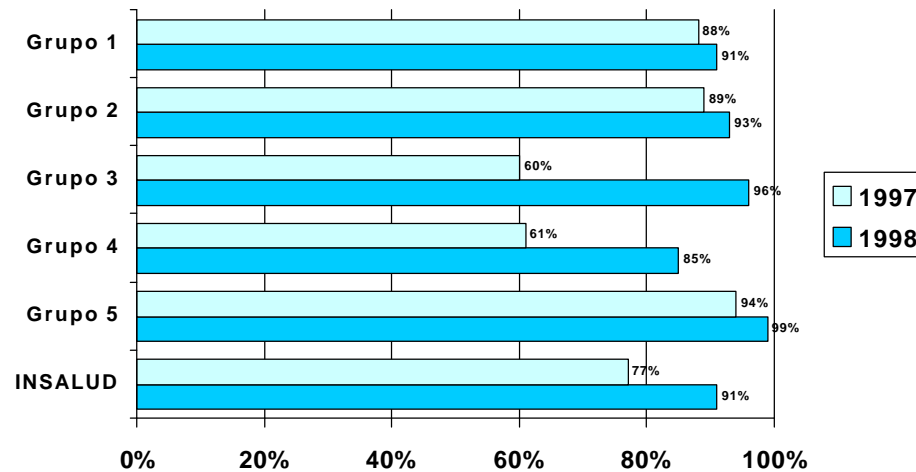
Porcentaje de cumplimiento de los criterios obligatorios

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	91% (3.475/3.815)	19%	100%
II	28	93% (8.292/8.879)	54%	100%
III	8	96% (5.004/5.190)	67%	100%
IV	12	85% (9.384/11.021)	80%	100%
V	3	99% (911/973)	95%	100%
INSALUD	73 (99%)	91% (26.924/29.685)	19%	100%



Gestión de la lista de espera de acuerdo a criterios obligatorios

Datos comparados: 1997-98



Se observa una importante mejora en el resultado, comparando con el nivel alcanzado en el año anterior (91% frente a 77%).

A continuación mostramos la proporción de inclusiones en lista de espera que seguían los criterios obligatorios y recomendados.

Porcentaje de cumplimiento de los criterios obligatorios y recomendados.

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	20	80% (3.054/3.815)	0%	100%
II	26	86% (7.656/8.879)	0%	100%
III	7	90% (4.656/5.190)	27%	100%
IV	8	4% (442/11.021)	0%	100%
V	3	97% (760/780)	97%	100%
INSA LUD	63	56% (16.568/29.685)	0%	100%

En este indicador se produce un pequeño descenso respecto al año 1997, en el que el resultado fue del 57%.

Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Alcañiz. Teruel. De Barbastro. Huesca. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Comarcal de Jarrío. Coaña. Virgen Monte Toro. Mahón. Comarcal de Laredo. Cantabria. Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real. Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos. Comarcal de Medina del Campo. Valladolid. Llerena. Badajoz. Campo Arañuelo. Navalmoral. Virgen del Castillo. Yecla. Cruz Roja. Ceuta. Obispo Polanco. Teruel. General San Jorge. Huesca. De Sierrallana. Torrelavega. Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real. Virgen de la Luz. Cuenca. Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo. Rio Carrión. Palencia. Complejo Hospitalario de Segovia.	Virgen de la Concha. Zamora. Mérida. Badajoz. San Millan-San Pedro. Logroño. Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Príncipe de Asturias. Alcala de Henares. Morales Meseguer. Murcia. Rafael Méndez. Lorca. General de Albacete Complejo Hospitalario de Toledo. Clinico de Valladolid. Clinico Universitario. Zaragoza. Son Dureta. Palma de Malloca. Marques de Valdecilla. Santander. Complejo Universitario de Salamanca. Ramón y Cajal. Madrid. Clínico San Carlos. Madrid Virgen de la Arrixaca. Murcia. Niño Jesús. Madrid. Santa Cristina. Madrid. Virgen de la Torre. Madrid.

CONCLUSIONES ÁREA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información son básicos para lograr una gestión eficiente del sistema sanitario. La base de una buena información es que quede constancia de forma precisa de la actividad realizada. Por ello, la historia clínica es el documento fundamental de cualquier sistema de información; y, en concreto, el resumen de la historia clínica, es decir, el informe de alta, es su parte más importante.

El 92% de las altas disponían de informe de alta. Siendo un elemento imprescindible en toda alta, esta cifra puede considerarse todavía insuficiente. Es llamativo que algunos hospitales se sitúan por debajo del 80%. Dichos centros deberán hacer un esfuerzo especial para mejorar este indicador.

Respecto a la proporción de informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad, se alcanzó un 52%. En realidad, algunas excepciones tenidas en cuenta por los hospitales al evaluar este indicador, reducen su fiabilidad. Posiblemente en la evaluación de este indicador, algunos hospitales han sido más estrictos que otros, lo que se refleja en una gran variabilidad de resultados.

Por su parte, el 82% de los informes de alta eran realizados en un plazo menor de 15 días, porcentaje que es claramente mejorable. La realización del informe de alta debe ser lo más próxima posible al alta, ya que es el momento en el que la información está aun reciente. Los hospitales con peores resultados en este indicador deberán estudiar cuál es el problema que lo origina: mala organización, pocos recursos, etc., y adoptar las medidas necesarias.

III.3. Área de la infección nosocomial

El objetivo de este área es:

- Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria de acuerdo a las necesidades del hospital.

OBJETIVO 5. IMPLANTAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL

Se denomina infección nosocomial (IN) a todo proceso infeccioso que ocurre durante la hospitalización, a veces después, y que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión del enfermo⁷. La IN es uno de los mayores problemas, en términos de morbilidad y mortalidad, y en coste económico, a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. En España se realizan sistemáticamente estudios de prevalencia anuales, desde 1990 (proyecto EPINE⁸). La prevalencia global de infecciones ha ido disminuyendo, del 9,9% en 1990, hasta el 8,1% en 1997. En Estados Unidos, aparecen aproximadamente dos millones de infecciones hospitalarias cada año⁹. Estudios como el SENIC han concluido que al menos un tercio de las tasas de IN pueden reducirse actuando sobre factores modificables.

Las tasas de IN (globales o específicas) están consideradas como un indicador válido de resultado de la calidad de la atención sanitaria¹⁰, pero para ello es preciso, por un lado, tener en cuenta los factores de riesgo y, por otro, definir métodos estándar para definir y detectar las infecciones¹¹. Cuando los métodos de vigilancia utilizados en los hospitales son dispares, surgen problemas a la hora de obtener datos comparables de infección¹².

Respondieron a la encuesta sobre los sistemas de vigilancia 73 hospitales (92,4%). Todos ellos realizaban algún estudio de incidencia o prevalencia de la IN¹³.

El servicio que con mayor frecuencia era responsable del sistema de vigilancia fue Medicina Preventiva (61,6%), seguido de Microbiología (8,2%) y Medicina Interna (5,5%):

Servicio responsable	Frecuencia
Medicina Preventiva	45 (61,6%)
Microbiología	6 (8,2%)
Medicina Interna	4 (5,5%)
Infecciosas	1 (1,4%)
M. Preventiva y Microbiología	1 (1,4%)
Microbiología y Medicina Interna	1 (1,4%)
M. Preventiva, Microbiología y Medicina Interna	1 (1,4%)
Otros	14 (19,2%)

Respecto al tipo de estudio que aplicaban, 2 hospitales (2,7%) realizaban exclusivamente incidencia, 6 hospitales, sólo estudios de prevalencia (8,2%), 61 hospitales aplicaban ambos tipos de estudios (83,6%), y 4 hospitales, una combinación de prevalencia y búsqueda de casos (5,5%).

Estudios de incidencia

Entre los hospitales que realizaron estudios de incidencia, el método utilizado fue:

- Revisión de la historia clínica, 6 hospitales (9,2%).
- Visita a las plantas, 4 (6,2%).
- Cultivos de microbiología, 4 (6,2%).
- Combinación de los tres anteriores, 50 (76,9%).
- Revisión de HC y visita a las plantas, 1 (1,5%).

16 hospitales (24,6%) utilizaban el programa VICONOS, 7 (10,8%) el programa EPIHOS, 4 (6,2%) el PREVINE (hay que señalar que este programa acababa de ser iniciado, y está en fase de implantación), y 38 (58,5%), otros. En 29 casos (43,9%) el estudio se realizaba exclusivamente sobre servicios quirúrgicos, y en 37 hospitales (56,1%), sobre servicios médicos y quirúrgicos. Dentro de cada servicio, en 53 hospitales (80,3%) se estudiaba a todos los pacientes, en 5 (7,6%), una muestra de pacientes, en 7 (10,6%), una selección de patologías, y, por último, en uno (1,5%), una muestra de pacientes y selección de patologías.

Los estudios fueron continuos en 46 hospitales (71,9%), y limitados en el tiempo, en 18 (24,7%). Entre estos últimos, se realizaba un estudio de seguimiento por un tiempo variable, de 15 días a 5 meses, (lo más frecuente era un mes), y con una periodicidad también variable, de trimestral a bianual, aunque lo más usual fue una periodicidad anual. En 39 casos (59,1%), el estudio incluía áreas de pacientes críticos (UVI, reanimación, quemados, coronarias), en 20 casos (30,3%) no se incluían, y en 5 casos (7,6%), el hospital no tenía estas áreas.

Nº de hospitales que estudian la incidencia de la IN asociada a ciertos procedimientos.

Procedimiento	Nº hospitales que estudian incidencia asociada	Nº hospitales que no estudian incidencia asociada
Instrumentación urinaria	47 (74,6%)	16 (25,4%)
Cateterización venosa	35 (56,5%)	27 (43,5%)
Respiración asistida	31 (50,0%)	31 (50,0%)

Nº de hospitales que estratifican los resultados por factores de riesgo

Factor de riesgo	Nº hospitales que estratifican por este factor	Nº hospitales que no estratifican por este factor
Grado de contaminación	54 (84,4%)	10 (15,6%)
Tiempo de intervención	34 (54,8%)	28 (45,3%)
Valoración ASA	34 (54,8%)	28 (45,3%)
Estancia prequirúrgica	23 (37,1%)	39 (62,9%)
Profilaxis antimicrobiana preoperatoria	41 (65,15)	22 (34,9%)

Respecto a la notificación a los servicios implicados, 62 hospitales (92,5%) entregaban los resultados de forma sistemática, 4 no lo hacían (6,0%), y uno (1,5%) sólo en caso de brote o aumento de la incidencia. En 43 casos (66,2%) se incluyeron en el informe propuestas de mejora, mientras que en 22 (33,8%) no se recogían. 42 (63,6%) hospitales incorporaban en el informe información histórica de la evolución de la incidencia, mientras que 24 (36,4%) no lo

hacían.

Estudios de prevalencia

De los 71 hospitales que aplicaban estudios de prevalencia, 61 hospitales (87,1%) seguían el EPINE, 7 (10,0%), otro tipo de estudios, y 2 (2,9%), el EPINE y otro estudio (un hospital no completó esta parte de la encuesta). El estudio se aplicaba a todos los servicios en 68 casos (97,1%), y sólo a parte de servicios en los otros 2 (2,9%). Se realizaba un solo corte anual en 62 casos (88,6%), y más de un corte, en 8 (11,4%). En estos últimos hospitales, la periodicidad de los cortes era cuatrimestral o semestral.

En cuanto a la notificación a los servicios implicados, 53 hospitales (75,7%) entregaban los resultados de forma sistemática, y 17 no lo hacían (24,3%). En 28 casos (40,6%) se incluyeron en el informe propuestas de mejora, mientras que en 41 (59,4%) no se recogían. 37 hospitales (54,4%) incorporaban en el informe información histórica de la evolución de la prevalencia, mientras que 31 (45,6%) no.

La siguiente tabla muestra que tipos de vigilancia y que cobertura tienen los estudios que se realizan en los hospitales, oscilando desde un nivel máximo, (A), que combina estudios de incidencia y prevalencia, hasta el mínimo (G), que se basa en realizar un corte de prevalencia anual.

NIVELES	SISTEMAS DE VIGILANCIA EN INFECCION HOSPITALARIA	1997	1998
A	Incidencia > 80% servicios quirúrgicos. + corte de prevalencia anual	26 (36%)	35 (45%)
B	Incidencia > 80% servicios quirúrgicos.	6 (8%)	4 (5%)
C	Incidencia 50-80% servicios quirúrgicos + corte de prevalencia anual	16 (22%)	21 (27%)
D	Incidencia 50-80% servicios quirúrgicos.	2 (2%)	1 (1%)
E	Incidencia <50% servicios quirúrgicos. + corte de prevalencia anual	9 (12%)	10 (13%)
F	Incidencia <50% servicios quirúrgicos.	0	0
G	Corte de prevalencia anual	14 (19%)	5 (6%)

Las siguientes tablas muestran como se agrupan los distintos niveles de vigilancia con respecto a los grupos de hospitales, para los años 1996 y 1997. Se observa un cambio en los sistemas de vigilancia de un año al siguiente. Se hacen más frecuentes los sistemas más completos (nivel A), y este fenómeno se produce en todos los grupos, y, no exclusivamente en los grupos de mayor complejidad.

Niveles de vigilancia. Año 1996

NIVEL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
A	5	6	1	3	---
B	1	1	---	1	---
C	---	4	1	4	1
D	---	---	---	---	---
E	2	7	2	---	2
F	---	---	1	---	---
(*)	1	2	1	1	1
(**)	1	---	2	2	---
G	10	5	---	1	2
H	---	---	---	---	---
I	1	---	---	---	---
TOTAL	21	25	8	12	6

(*) Búsqueda de casos+prevalencia global

(**) Búsqueda de casos

Niveles de vigilancia. Año 1997

NIVEL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
A	6	8	5	6	2
B	4	2	---	---	---
C	2	9	3	1	1
D	1	---	---	1	---
E	2	2	---	2	1
F	---	---	---	---	---
G	5	5	---	2	2
H	---	---	---	---	---
I	---	---	---	---	---
TOTAL	20	26	8	12	6

Niveles de vigilancia. Año 1998

NIVEL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
A	9	15	2	6	3
B	3	---	1	---	---
C	4	8	4	3	4
D	---	---	---	1	---
E	2	3	2	1	---
F	---	---	---	---	---
G	3	1	---	---	1
H	---	---	---	---	---
I	---	---	---	---	---
TOTAL	21	27	9	11	8

CONCLUSIONES AREA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Podemos considerar positivo que todos los hospitales que respondieron a la encuesta tuvieran en marcha algún sistema de vigilancia de la infección nosocomial. Tan sólo 4 hospitales basaron sus estudios de incidencia únicamente en los informes de los cultivos microbiológicos. La mayoría de los hospitales obtenían la información de tres fuentes combinadas: historia clínica, visita a las plantas y microbiología. Este sistema ofrece buenos resultados, aunque existen diferencias si el seguimiento se realiza de forma prospectiva o retrospectiva^{14,15}.

La parte final de cualquier sistema de vigilancia de la infección debe ser la distribución de la información a aquellos servicios que la precisen. El 92,5% de los hospitales entregaban los resultados de los estudios de incidencia de forma sistemática. Este porcentaje se reducía al 75% en el caso de los estudios de prevalencia. Es necesario insistir en la importancia de devolver los datos a los servicios implicados en la prevención de la infección hospitalaria, en forma de indicadores prácticos para los profesionales. Por ejemplo, tasas por tipo intervención y calculadas para una sección o incluso a nivel de equipo quirúrgico¹⁶. Estos datos sirven para detectar defectos de calidad.

Los responsables de los sistemas de vigilancia deberían realizar propuestas de mejora a los servicios afectados. El 66% de los servicios responsables de la vigilancia de la IN incluyeron estas propuestas en sus informes (estudios de incidencia), mientras que en los estudios de prevalencia, sólo el 40% de los informes se acompaña de propuestas. Hemos de tener presente que el objetivo final de la vigilancia es conseguir disminuir las tasas de infección.

Los autores del clásico proyecto SENIC recomendaron el establecimiento de un programa de vigilancia intensiva de la IN, supervisado por un médico con experiencia, y con la participación de al menos una enfermera por cada 250 camas. Estas recomendaciones han estimulado el desarrollo de sistemas de vigilancia complejos en los hospitales grandes, pero la situación no estaba tan clara para los hospitales pequeños. Hemos de tener en cuenta que 22 hospitales del INSALUD (27,8%) tienen menos de 200 camas. El sistema de vigilancia aplicado por los hospitales del Grupo I tiene características similares al aplicado por hospitales más grandes (Tabla 4). Los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial reportan también beneficios en los hospitales pequeños¹⁷. Por ello, parece lógico recomendar su desarrollo en todos los hospitales, si bien todavía no está claro que metodología es la más adecuada en cada caso; no existe un sistema único recomendable para todos los hospitales¹⁸.

El estudio EPINE ha proporcionado tasas de prevalencia en los hospitales españoles desde el año 1990. Los estudios de prevalencia han sido ampliamente utilizados, por su relativa sencillez y economía de medios¹⁹. Sin embargo, tienen limitaciones: recogen la situación de forma estática, y la comparación de los datos se ve afectada por las diferencias entre las estancias medias²⁰. Los datos de incidencia permiten monitorizar mejor el proceso de control de la infección nosocomial. Por ello, se ha recomendado el desarrollo en España de un sistema de seguimiento de la incidencia de la IN¹.

La comparación de tasas de infección entre hospitales es compleja. Algunos autores desaconsejan la comparación interhospitalaria de tasas crudas de infección de cualquier tipo²¹. Si se comparan tasas brutas, se está perjudicando a aquellos hospitales que atienden a pacientes con factores de riesgo intrínseco, que presentan mayor probabilidad de contraer infecciones hospitalarias. A pesar de todo ello, es posible comparar tasas de infecciones específicas (por ejemplo, tracto urinario) ajustadas por factores de riesgo²². Por ejemplo, un trabajo español compara las tasas de infección de una UCI médica con las publicadas por un informe del sistema NNIS²³.

Otra dificultad añadida a la comparación de tasas es que los diferentes tipos de sistemas de vigilancia presentan distinta sensibilidad y especificidad²⁴. No es adecuado recomendar de forma generalizada el sistema más sensible (revisión diaria por parte de un médico especializado de toda la información existente sobre el paciente, y revisión de la historia clínica tras el alta²⁵), ya que este sistema es muy costoso, y otros menos sensibles pueden ser suficientes en determinadas circunstancias.

A pesar de las limitaciones señaladas, consideramos que es posible realizar comparaciones de tasas de incidencia de la infección nosocomial entre la mayoría de los hospitales del INSALUD, siempre que se haga con la metodología adecuada (sistemas de vigilancia de la infección con características similares, ajustes de tasas por factores de riesgo, tasas específicas para localizaciones concretas). De esta forma, las tasas de infección nosocomial pueden ser utilizada como un indicador de calidad asistencial, facilitando la comparación entre hospitales, y de un mismo hospital a lo largo del tiempo.

III.4. Área de mejora de la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales

Los objetivos de este área son:

- Realizar la profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.
- Aplicar los cuidados del paciente sondado de acuerdo a protocolo.
- Implantación de protocolos de las SS.CC. para procedimientos frecuentes.
- Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo.
- Mejorar el proceso de transplante de órganos.

OBJETIVO 6. MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Este área es una de las partes más importantes del Plan de Calidad y uno de los elementos prioritarios de la mejora continua de la calidad. Los procesos en la atención sanitaria son muy complejos y requieren que todas aquellas actividades, decisiones y tareas llevadas a cabo por los distintos profesionales que participan en el proceso estén coordinadas y basadas en la mejor evidencia científica existente^{26,27,28}. El objetivo es la consecución de los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de todos los posibles clientes.

Desde el diseño, implantación y evaluación del más simple protocolo de utilización de un fármaco por un equipo de profesionales²⁹, hasta la implantación de una vía clínica, que puede incluir una multiplicidad de subprocesos relacionados con la gestión de pacientes, criterios de diagnóstico y tratamiento, cuidados de enfermería, hostelería, documentación clínica, etc., y que precisa de la participación multidisciplinar de profesionales^{30,31,32} son herramientas que ayudan a la mejora de los procesos³³. Además, si están bien diseñadas, facilitan la evaluación de la calidad de la asistencia y contribuyen a asegurar el uso efectivo de intervenciones. La participación de los profesionales puede contribuir a su puesta en práctica³⁴, ya que la simple difusión de guías y protocolos no es suficiente para asegurar su aplicación³⁵.

Una de las herramientas propuestas por el Plan de Calidad para la mejora de los procesos son los protocolos o guías de práctica, que pueden definirse como una secuencia lógica de acciones o actos médicos dirigido a la atención de un problema concreto de salud³⁶. Los protocolos se basan en el análisis de estrategias, alternativas, el estado del conocimiento sobre el tema y en los recursos disponibles en el lugar de aplicación. Su objetivo es mejorar la práctica médica evitando diferencias en la atención, fruto de criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

El programa de calidad incluye dos objetivos sobre aspectos muy concretos de la práctica asistencial y en los que ya se lleva un tiempo trabajando en los hospitales: la profilaxis antibiótica quirúrgica y el cuidado del paciente con sonda vesical. Ambos son aspectos asistenciales muy bien delimitados, frecuentes, y son grandes los beneficios de un uso apropiado. Aparte de este beneficio específico, la sencillez en su aplicación contribuye a crear extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

Otros objetivos de este área tienen como finalidad mejorar los criterios que se utilizan para decidir cuando un paciente debe ser visto por el especialista o intervenido quirúrgicamente. Esta variabilidad se ha demostrado por la diferente tasa en la utilización de determinados procedimientos quirúrgicos en poblaciones de características similares.

El trabajo llevado a cabo entre el INSALUD y las Sociedades Científicas con el propósito de establecer en patologías prevalentes unos criterios clínicos homogéneos para la intervención, se vio plasmado en unas Guías de actuación para la prótesis de rodilla y cadera, hallux valgus, adenoma de próstata, adenoamigdalectomía y cataratas. Estas guías han sido la base para el desarrollo de protocolos hospitalarios adaptados a la idiosincrasia de cada uno de los centros. El CG de todos los hospitales establecía que se debía implantar estos protocolos y evaluar si los pacientes incluidos en la LE para estas intervenciones cumplían con los criterios establecidos.

Además los hospitales con tasas de utilización de alta tecnología superior a la media de su grupo, tenían el compromiso de implantar un protocolo con los criterios de utilización adecuada de dicha tecnología. A todos los hospitales se les envió el informe sobre “Oxigenoterapia crónica a domicilio y ventilación mecánica crónica a domicilio”, elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (1995) y el informe sobre “Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética” de Osteba.

OBJETIVO 6.1. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ADECUADA A PROTOCOLO

El uso de antibióticos tiene efectos beneficiosos para la salud, pero puede tener dos tipos de inconvenientes. Por una parte, los costes económicos derivados de la automedicación y de la prescripción inadecuada y por otra, los costes económicos y sociales que se derivan de la aparición de resistencias. La existencia de bacterias resistentes supone que el tratamiento de las enfermedades se hace difícil y es necesario tener en cuenta los costes directos e indirectos que su aparición suponen para los pacientes, el hospital, el sistema sanitario y la sociedad. Para evitar la aparición de resistencias, los expertos consideran necesario, entre otras medidas, el desarrollo de guías o protocolos basados en la evidencia científica para su utilización adecuada.

La evaluación de este objetivo ha tenido como requisito indispensable que el hospital tuviera un protocolo de profilaxis quirúrgica documentado y aprobado por la comisión clínica correspondiente, que mayoritariamente ha sido la Comisión de Infecciones. No se ha planteado hacer una valoración de los protocolos, aunque a lo largo de 1999 se va a realizar una evaluación de los protocolos de los hospitales y sus indicaciones de profilaxis en intervenciones quirúrgicas frecuentes. También se está llevando a cabo un estudio multicéntrico europeo sobre el uso de antibióticos, en el que participan 8 hospitales del INSALUD. Los resultados de ambos estudios se remitirán a los hospitales cuando finalicen.

Por otra parte, las auditorías realizadas para la validación de resultados del Plan de Calidad está permitiendo observar que aspectos sobre los que mayor evidencia existe, el tiempo de la administración y la duración del tratamiento^{37,38}, a veces no se incluyen en los protocolos, especialmente en lo que se refiere a las pautas alternativas. Además, cuando están incluidos, el incumplimiento de estos criterios es una de las causas de inadecuación más frecuentes.

Han evaluado este objetivo 75 hospitales (97%). No tenían que evaluar este objetivo dos hospitales por no tener servicios quirúrgicos.

Los criterios recomendados en la evaluación han sido comunes y homogéneos para todos:

- Indicación o no de la administración de la profilaxis.
- Tipo de antibiótico utilizado.
- Momento de la administración.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Duración de la profilaxis.

La evaluación se ha llevado a cabo en los pacientes intervenidos, estuviera indicada o no la profilaxis. El objetivo ha sido detectar la adecuación al protocolo, no sólo en aquellas intervenciones que precisan profilaxis, sino también en aquellas que por el tipo de cirugía no precisan profilaxis, en los cuales la inadecuación consiste en administrarla.

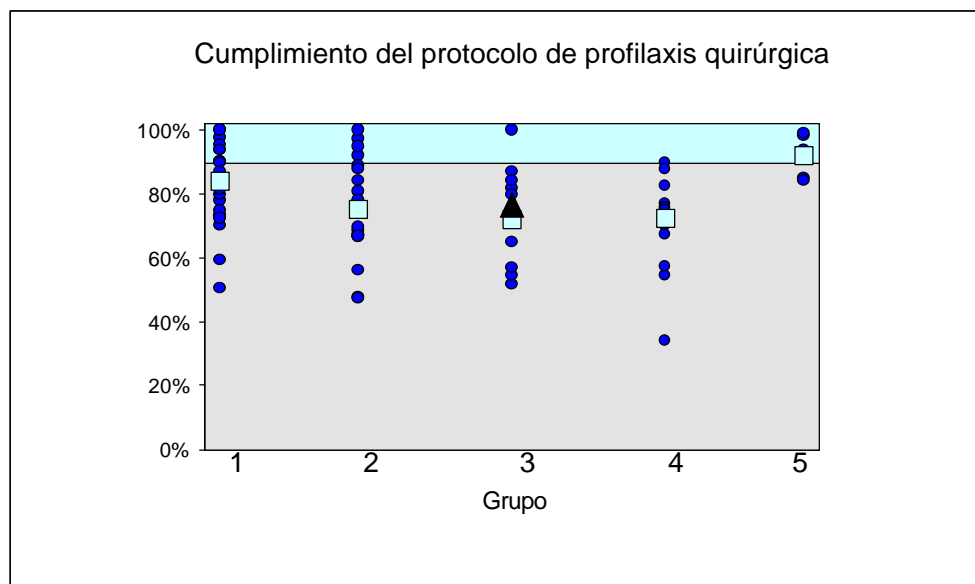
El cálculo de este indicador se realizó en el año 1996 en las dos intervenciones más frecuentes de cada uno de los servicios quirúrgicos. En 1997 se propuso una muestra mínima de pacientes recogida de forma aleatoria de un periodo establecido. El tamaño muestral, calculado para una precisión de un 10% y una confianza del 95%, para todos los grupos de hospitales, se fijó en un mínimo de 100 pacientes intervenidos.

En 1998 se mantuvo la misma recomendación. La mayor parte de los hospitales la han seguido, aunque algunos han evaluado muestras mayores, y otros, menores de 100. La muestra total del INSALUD ha disminuido: 15.315 pacientes, frente a los 20.979 evaluados el año anterior.

Porcentaje de pacientes con profilaxis adecuada a protocolo

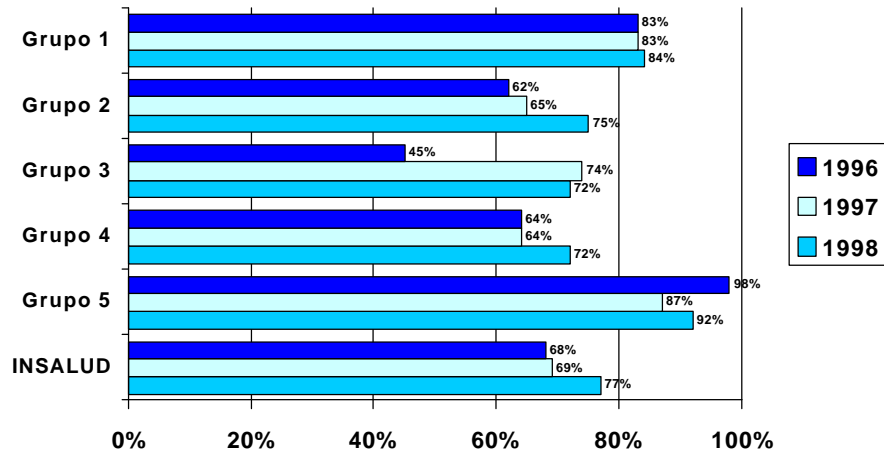
Grupo	Nº Hospitales Que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	84% (2.236 / 2.648)	51%	100%
II	26	75% (5.603 / 7.436)	47%	100%
III	9	72% (780 / 1.083)	52%	85%
IV	12	72% (2.618 / 3.616)	34%	100%
V	6	92% (490 / 532)	84%	99%
INSALUD	75 (97%)	77% (11.727 / 15.315)	34%	100%

El resultado de la evaluación muestra una mejora importante con respecto a 1997 (69%).



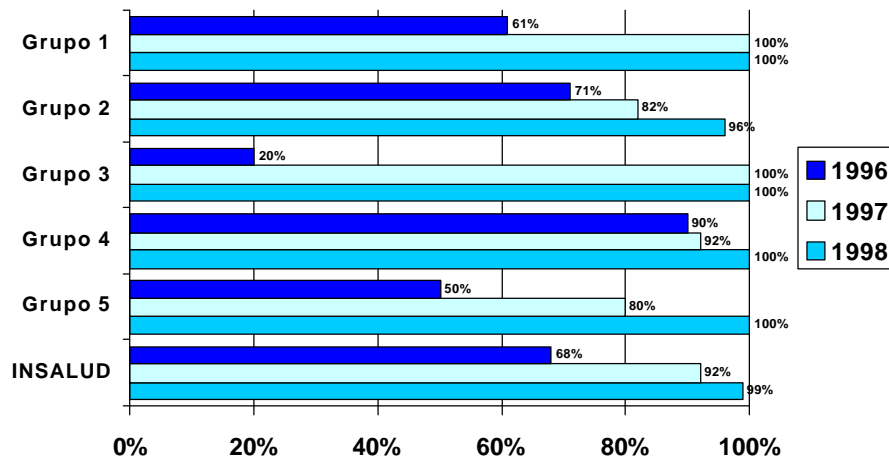
Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo

Datos comparados: 1996-98



Porcentaje de hospitales con protocolo de profilaxis antibiótica

Datos comparados: 1996-98



Hospitales en el nivel de la excelencia (*)	
Calatayud. Zaragoza. Alcañiz. Teruel. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Comarcal de Jarrío. Coaña. Can Misses. Ibiza. Comarcal de Hellín. Albacete. Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.	General San Jorge. Huesca. Sierrallana. Torrelavega. Virgen del Puerto. Plasencia. De la Princesa. Madrid. Puerta de Hierro. Madrid. Niño Jesús. Madrid. Carlos III. Madrid.

*Por considerar inadecuada la muestra de pacientes evaluada, no se han incluido 3 hospitales que alcanzaron un resultado >90%.

OBJETIVO 6.2. CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA URINARIA DE ACUERDO A PROTOCOLO

La adecuación del cuidado es el objetivo de los planes de cuidados de enfermería. Este que está incluido en el Plan de Calidad desde hace varios años, es uno de los más relevantes, pues es un aspecto clave que trata de evitar o disminuir las infecciones urinarias en los pacientes sondados y por tanto las molestias y riesgos para la salud de los pacientes, y el consiguiente aumento de costes derivados de estancias prolongadas, utilización de antibióticos, etc.

Este objetivo trata de promover que en los hospitales exista un protocolo o plan de cuidados que defina como debe ser, tanto el sondaje urinario, como los cuidados posteriores al paciente con sonda vesical. Se insiste en la necesidad de involucrar a todas las personas que participan, ya que es un proceso multidisciplinar en el que intervienen médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, e incluso el propio paciente y su familia.

Han evaluado este objetivo 76 hospitales (93%) frente a los 73 hospitales que lo evaluaron en 1997. En la evaluación del protocolo se han tenido en cuenta un promedio de 8 criterios de calidad, frente a los 7 de 1997, con un rango de rango 1-25. Esta diferencia en el número de criterios evaluados se debe a que algunos hospitales han evaluado únicamente el proceso del sondaje vesical y otros han incluido la evaluación de los cuidados de enfermería posteriores al sondaje, que era realmente lo que se pretendía en este objetivo. Esta diferencia metodológica dificulta la comparación de los hospitales entre sí y penaliza a aquellos hospitales que han hecho un esfuerzo superior en la evaluación de los cuidados de enfermería. A pesar de estas deficiencias, este objetivo lleva varios años dentro del Plan de Calidad con resultados que han ido mejorando y por tanto se puede considerar un estándar que todos los hospitales deben ofrecer.

Han aplicado un estudio de prevalencia 49 hospitales, y de incidencia, 24 hospitales

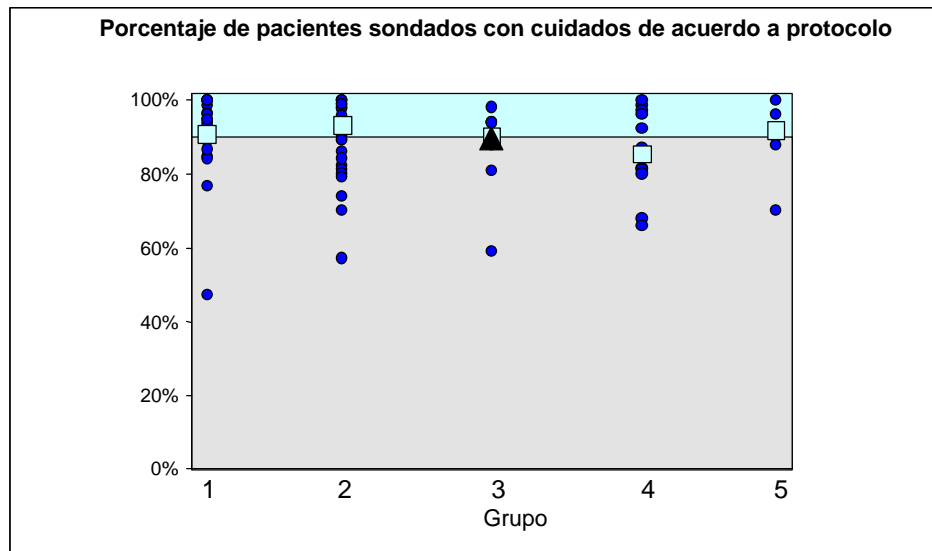
	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Otros</i>
Grupo 1	8	12	0
Grupo 2	10	15	0
Grupo 3	1	7	1
Grupo 4	2	10	0
Grupo 5	3	2	0

A la pregunta de si se utilizan en el hospital sistemas de sondaje abiertos (al margen de aquellas situaciones concretas en las que pueda estar indicado), 24 hospitales contestan que si.

Porcentaje de pacientes sondados con cuidados de acuerdo a protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	91% (797 / 878)	47%	100%
II	26	93% (2.048 / 2.199)	57%	100%
III	9	90% (554 / 616)	59%	98%
IV	12	66% (1.892 / 2.212)	66%	100%
V	8	92% (260 / 282)	70%	100%
INSALUD	76 (96%)	90% (5.551 / 6.187)	47%	100%

Este resultado mejora sustancialmente el alcanzado en el año 1997 (79%).



Podemos comprobar que, salvo en el grupo IV, el resto de grupos sitúan su media en el nivel de excelencia.

Hospitales en el nivel de la excelencia para este objetivo*	
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea.	Complejo Hospitalario de Cáceres.
Comarcal de Jario. Coaña.	Príncipe de Asturias. Alcala de Henares.
Alvarez Buylla. Mieres.	Morales Meseguer. Murcia.
Can Misses. Ibiza.	General de Albacete.
Comarcal de Laredo. Cantabria.	Complejo Hospitalario Virgen Blanca. León.
Campo Arañuelo. Naval Moral. Cáceres.	Clínico de Valladolid.
Ciudad de Coria. Cáceres.	Infanta Cristina. Badajoz.
Comarcal del Noroeste. Caravaca.	De la Princesa. Madrid.
Virgen del Castillo. Yecla.	Miguel Servet. Zaragoza.
San Agustín. Avilés.	Puerta de Hierro. Madrid.
Complejo Hospitalario de Ciudad Real.	Virgen de la Arrixaca. Murcia.
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real.	San Jorge. Zaragoza.
Del Virgen de la Concha. Zamora.	Santa Cristina. Madrid.
Comarcal de Don Benito. Badajoz.	Carlos III. Madrid.
Bierzo. Ponferrada.	Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

* Se han considerado solo aquellos hospitales que han conseguido un resultado >90%, que han evaluado más de 5 criterios y la muestra se considera adecuada al tamaño del hospital.

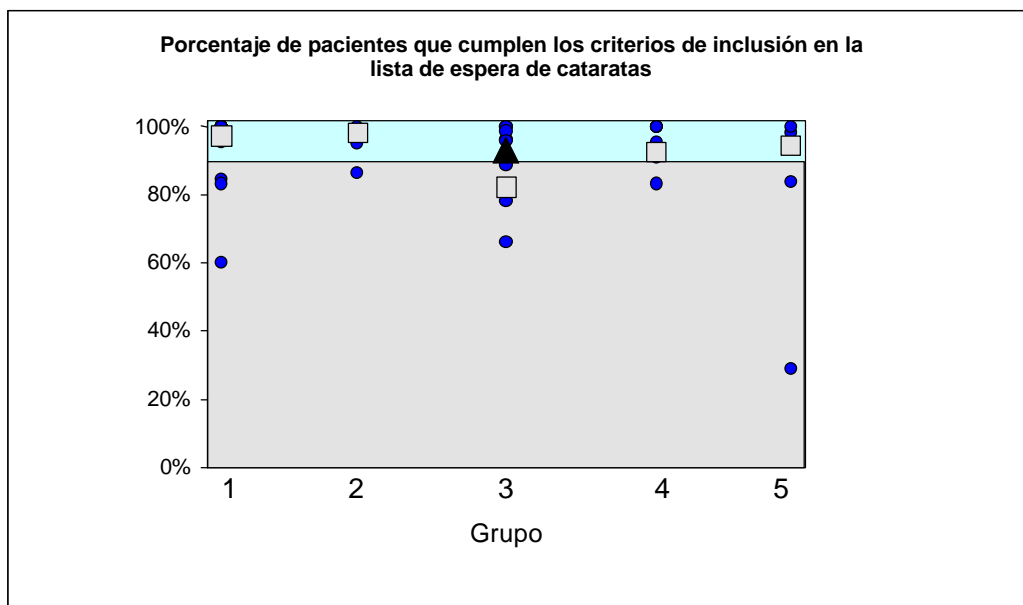
OBJETIVO 6.3. IMPLANTAR GUÍAS O PROTOCOLOS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARA LA INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS FRECUENTES

Protocolo de indicación de cataratas.

Evalúan este objetivo 63 hospitales (82%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de cataratas

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	20	97% (888/912)	60%	100%
II	22	98% (1.802/1.835)	87%	100%
III	8	82% (963/1.170)	66%	100%
IV	9	93% (749/808)	83%	100%
V	4	95% (161/170)	30%	100%
INSALUD	63 (53%)	93% (4.563/4.895)	30%	100%



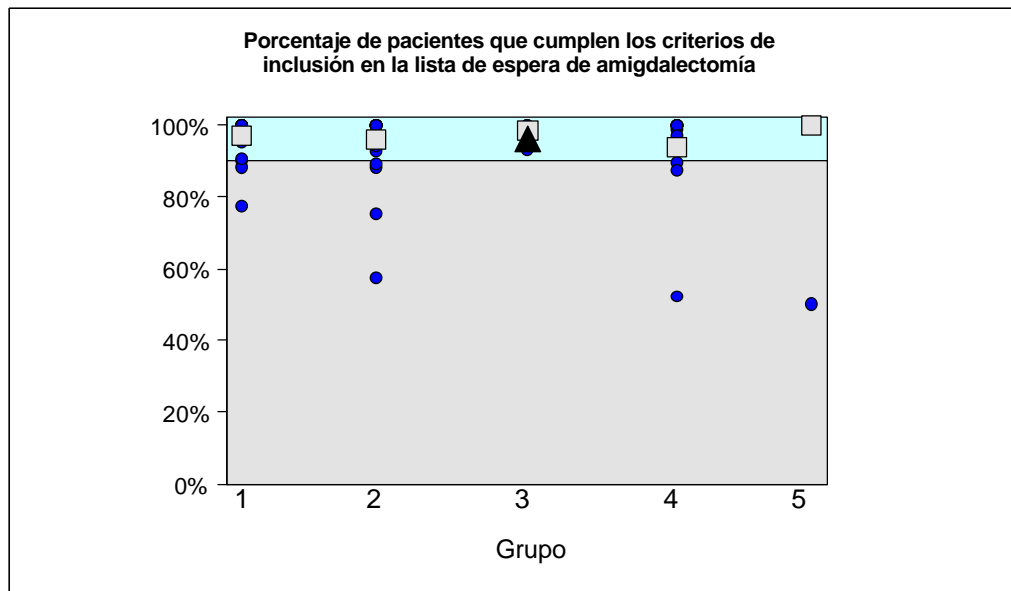
Protocolo de indicación de amigdalectomía.

Evalúan este objetivo 63 hospitales (84%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de amigdalectomía

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	19	97% (481/496)	77%	100%
II	24	96% (660/688)	57%	100%
III	6	98% (180/183)	93%	100%
IV	11	94% (494/526)	52%	100%
V	3	100% (45/45)	50% (*)	100%
INSALUD	63 (84%)	96% (1.860/1.938)	50%	100%

(*) Un hospital envía el resultado, pero no los datos del numerador y el denominador. Por ello, existe una discrepancia entre el cálculo total (45/45) y el mínimo de 50%.

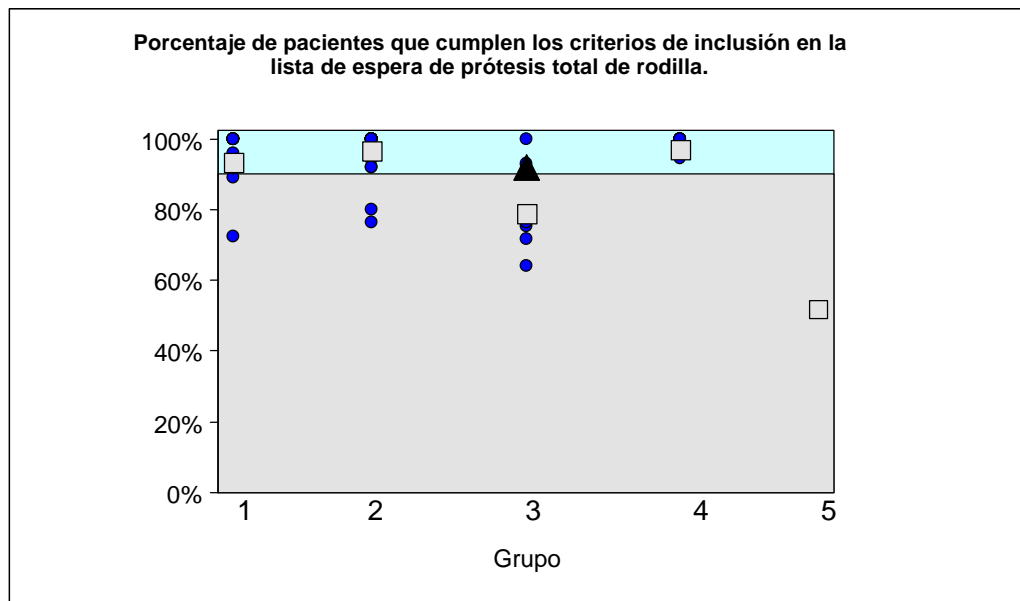


Protocolo de inclusión en lista de espera. Prótesis total de rodilla.

Evalúan este objetivo 51 hospitales (71%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de prótesis total de rodilla.

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	14	93% (190/204)	72%	100%
II	22	96% (428/444)	77%	100%
III	6	79% (137/174)	64%	100%
IV	8	97% (240/248)	95%	100%
V	1	52% (14/27)	52%	52%
INSALUD	51 (71%)	92% (1.009/1.097)	52%	100%

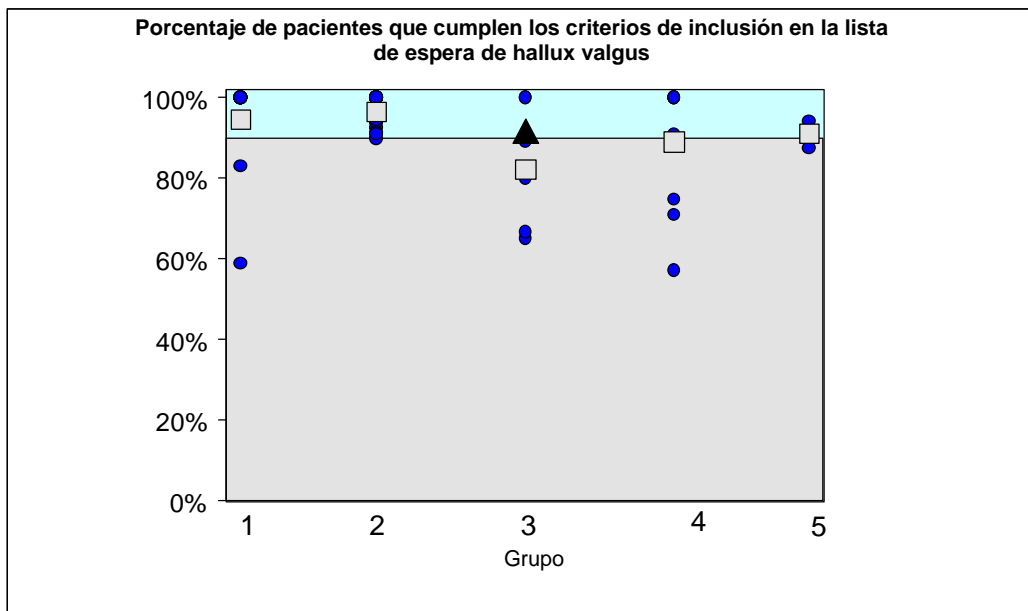


Protocolo de inclusión en lista de espera. Hallux valgus.

Evalúan este objetivo 49 hospitales (67%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de hallux valgus

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	13	95% (179/189)	59%	100%
II	20	97% (349/361)	90%	100%
III	6	82% (93/113)	65%	100%
IV	8	89% (348/391)	57%	100%
V	2	91% (119/131)	88%	94%
INSALUD	49 (67%)	92% (1.088/1.185)	57%	100%



La evaluación de las Guías o Protocolos que elaboraron las Sociedades Científicas con los criterios de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica han obtenido un buen resultado. Esta evaluación se ha realizado en general en pacientes ya intervenidos, por lo que es posible que el resultado sea superior al que se hubiera obtenido si la evaluación se hubiera hecho en pacientes en lista de espera. La depuración de la LEQ por motivos de indicación médica así lo indica.

Un aspecto negativo a destacar es que no todos los hospitales han llevado a cabo esta evaluación, lo que puede indicar que este objetivo no ha sido pactado con los servicios correspondientes, o que ha fallado la evaluación final. Ambos aspectos son relevantes y se debe tratar de mejorarlos.

Otro aspecto importante, detectado en algunos hospitales en los que se llevó a cabo la validación de resultados, por tanto no significa que sea general, son las deficiencias metodológicas en la evaluación de este objetivo.

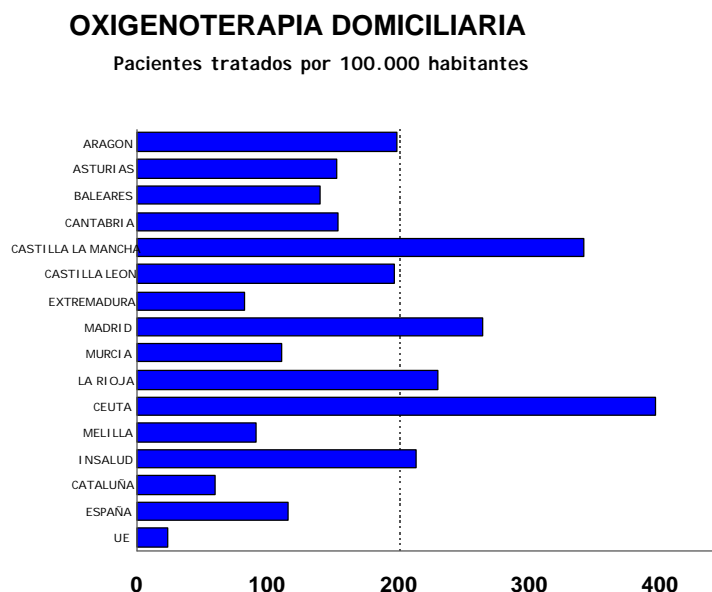
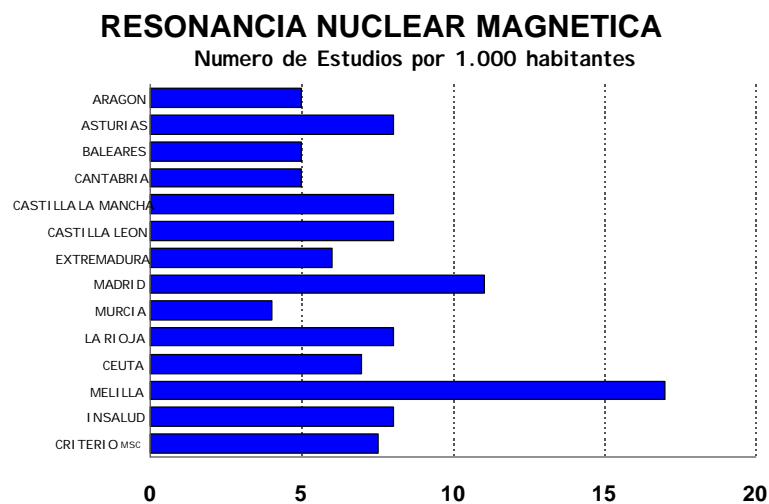
Todas estas circunstancias llevan a mantener estos objetivos en el Plan de Calidad de los próximos años y a tratar de hacer una evaluación también en pacientes en Lista de Espera, no solo en los ya intervenidos.

El impacto de la utilización de estos protocolos se podrá evaluar en los próximos años, haciendo un análisis de la variabilidad de utilización de estas intervenciones en hospitales y áreas sanitarias.

OBJETIVO 6.4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA DE ACUERDO A PROTOCOLO

El uso de una técnica puede ser apropiado, cuando tiene una base científica, es una técnica segura y técnicamente válida, económicamente posible, produce resultados positivos y es aceptada por los profesionales y usuarios. El uso equívoco es cuando existe incertidumbre en cuanto a resultados, riesgos y costes. Y, por último, el uso inapropiado se produce cuando los resultados pueden ser obtenidos por medios más sencillos y baratos, cuando el diagnóstico de la exploración no modifica el tratamiento, o cuando no existe tratamiento eficaz³⁹.

Las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología han mostrado gran variabilidad, como muestran los dos siguientes gráficos, y son la justificación para la implantación de protocolos con criterios de uso adecuado.



Datos año 1996

La implantación de estos protocolos la deben hacer en principio, y así consta en el CG, los hospitales con tasa de utilización por encima de la media de su grupo, lo que implícitamente podría sugerir inadecuación por sobreutilización. Pero, como esto no se puede asegurar, ya que no se conocen datos de derivación de unas comunidades a otras, ni las tasas de utilización en entidades privadas, y otras variables con impacto, se ha recomendado su implantación en todos los hospitales, independientemente de su tasa de utilización, para mejorar la adecuación del uso.

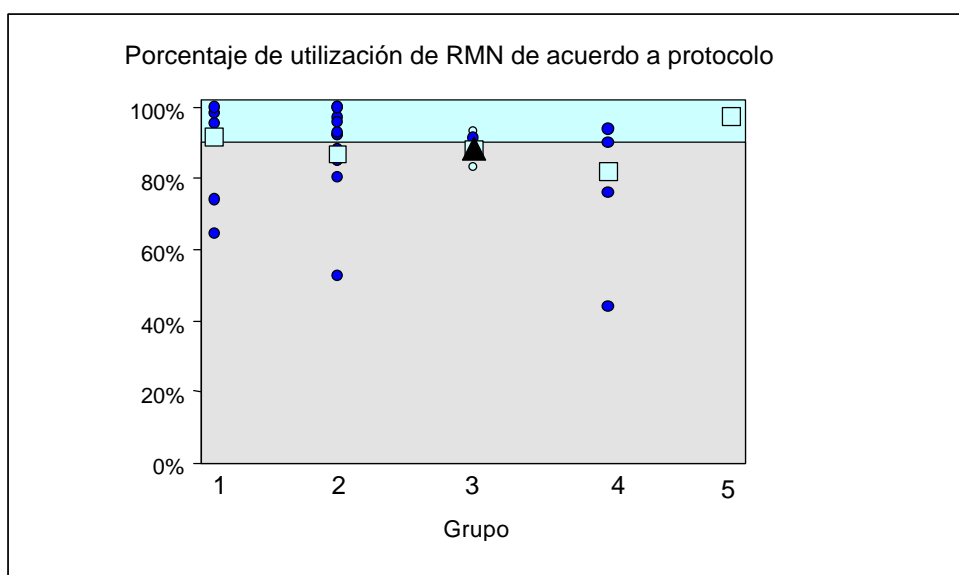
Protocolo de utilización de RNM.

La resonancia nuclear magnética es una técnica diagnóstica no cruenta, que permite diferenciar distintas estructuras anatómicas, con gran resolución. Sin embargo, su utilidad se circunscribe a determinadas patologías y situaciones clínicas.

Evalúan este objetivo 28 hospitales (53%).

Porcentaje de utilización de RNM de acuerdo a los criterios del protocolo

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	7	92% (352/384)	65%	100%
II	13	87% (526/607)	53%	100%
III	3	88% (187/212)	83%	93%
IV	4	82% (246/300)	44%	94%
V	1	98% (200/205)	98%	98%
INSALUD	28 (53%)	89% (1.511/1.708)	44%	100%

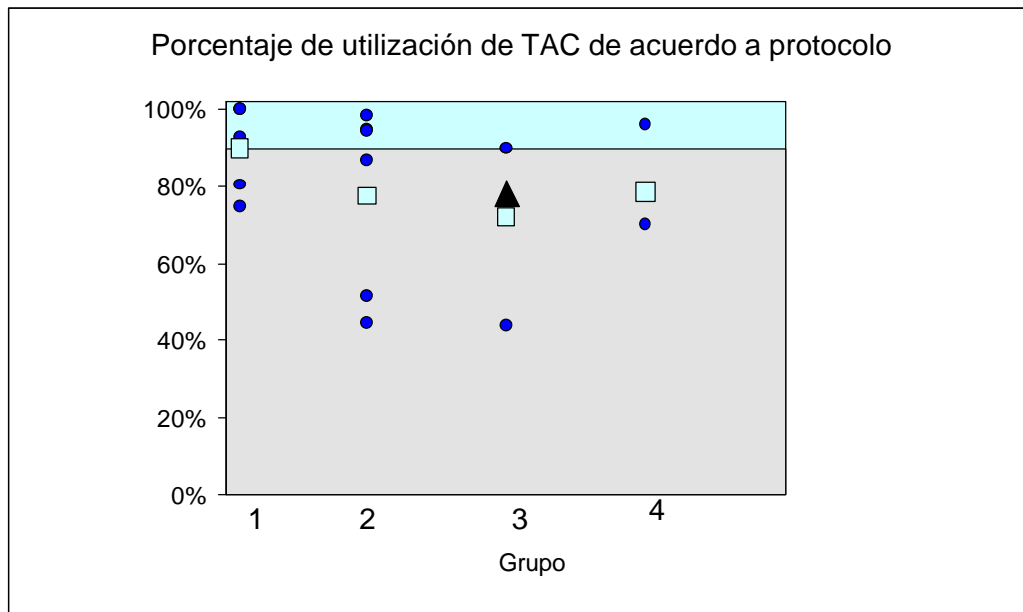


Protocolo de utilización de TAC

Evalúan este objetivo 18 hospitales (31%)

Porcentaje de utilización de TAC de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	5	90% (131/146)	75%	100%
II	8	77% (332/429)	45%	98%
III	3	72% (150/208)	44%	90%
IV	2	78% (58/74)	70%	96%
INSALUD	18 (31%)	78% (671/857)	44%	100%

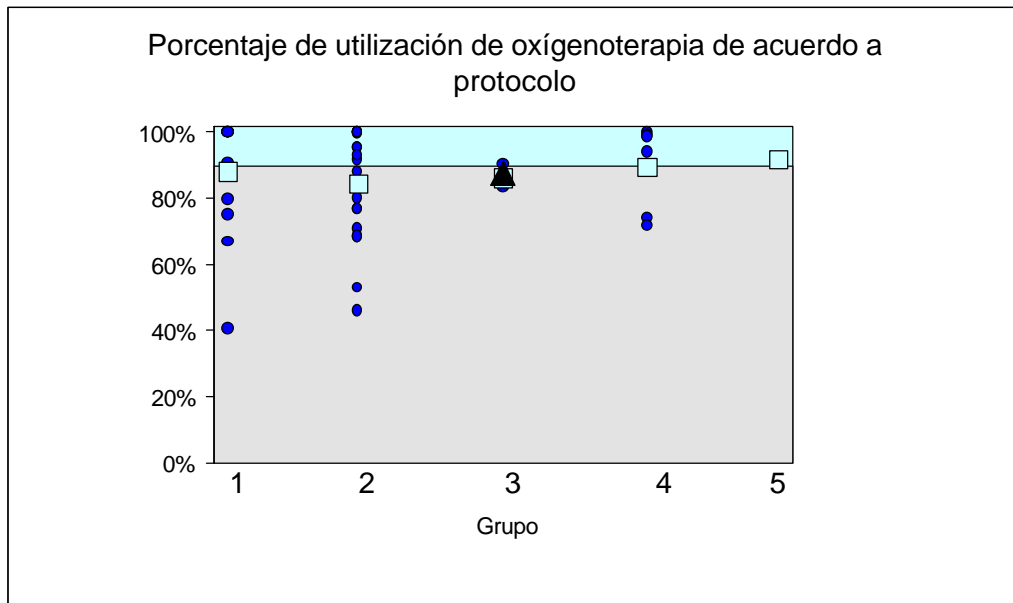


Protocolo de utilización de oxigenoterapia

Evalúan este objetivo 39 hospitales (65%)

Porcentaje de utilización de Oxigenoterapia de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	10	88% (333/378)	41%	100%
II	20	84% (1.295/1.538)	46%	100%
III	2	86% (145/168)	83%	90%
IV	6	89% (58/74)	72%	100%
V	1	92% (55/60)	92%	92%
INSALUD	39 (65%)	78% (4.108/4.700)	41%	100%

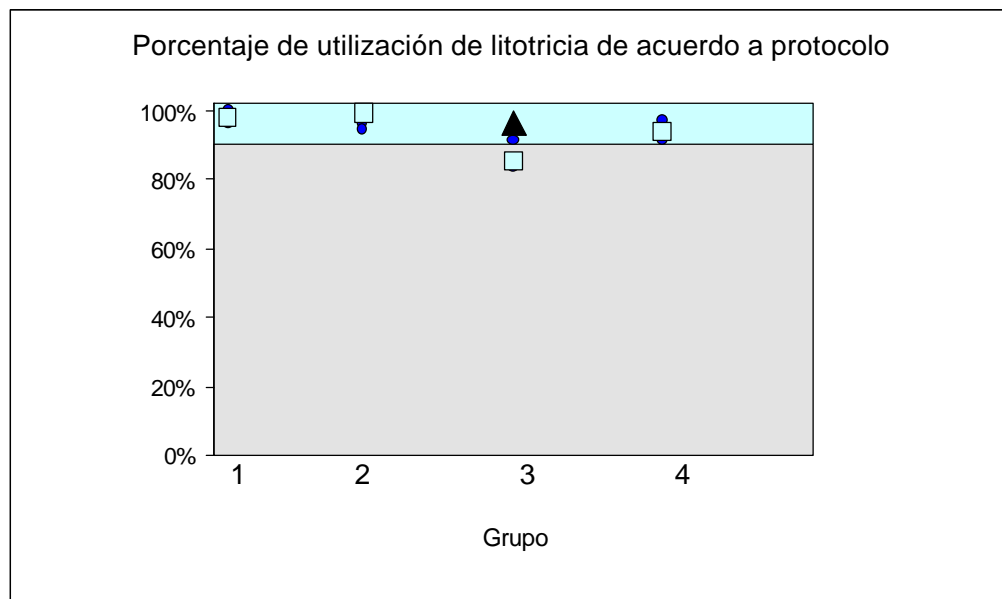


Protocolo de utilización de litotricia

Evalúan este objetivo 22 hospitales (51%)

Porcentaje de utilización de Litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	6	98% (48/49)	96%	100%
II	11	99% (265/267)	95%	100%
III	2	85% (41/48)	84%	91%
IV	3	94% (171/182)	92%	97%
INSALUD	22 (51%)	96% (525/546)	84%	100%



El CG de los hospitales indicaba que aquellos hospitales cuya tasa de utilización de Alta Tecnología fuera superior a la media de su grupo, debían diseñar y evaluar un protocolo con los criterios de utilización. El porcentaje de evaluación del cumplimiento de estos protocolos están referidas a aquellos que deberían haber llevado a cabo este objetivo por tener las tasas superiores a la media, y no al total de hospitales.

Se puede observar que la RNM y la oxígeno terapia han sido las dos tecnologías que más se ha evaluado su adecuación a protocolo y es debido posiblemente a que se contaba con dos informes de Agencias de Evaluación que han facilitado el diseño del protocolo. En el TAC ha sido diferente, ya que no se disponía de ningún informe de este tipo. A pesar de estos informes, no todos los hospitales que lo precisaban han cumplido este objetivo. Los hospitales han referido dificultades ya que, tanto la RNM como el TAC, son tecnologías de amplia aplicación y con criterios cambiantes a lo largo de los años. Sin embargo esta dificultad no ha impedido que varios hospitales hayan trabajado en la elaboración de criterios, al menos para patologías en las que más frecuentemente se usa y existe amplia variabilidad en los criterios de utilización

La utilización de la oxigenoterapia se ha evaluado en la mayoría de los hospitales a través de una consulta externa especialmente dedicada a evaluar, de acuerdo a los criterios de la Agencia de Evaluación Sanitaria, a los pacientes con oxígeno domiciliario.

OBJETIVO 6.5. MEJORAR EL PROCESO DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

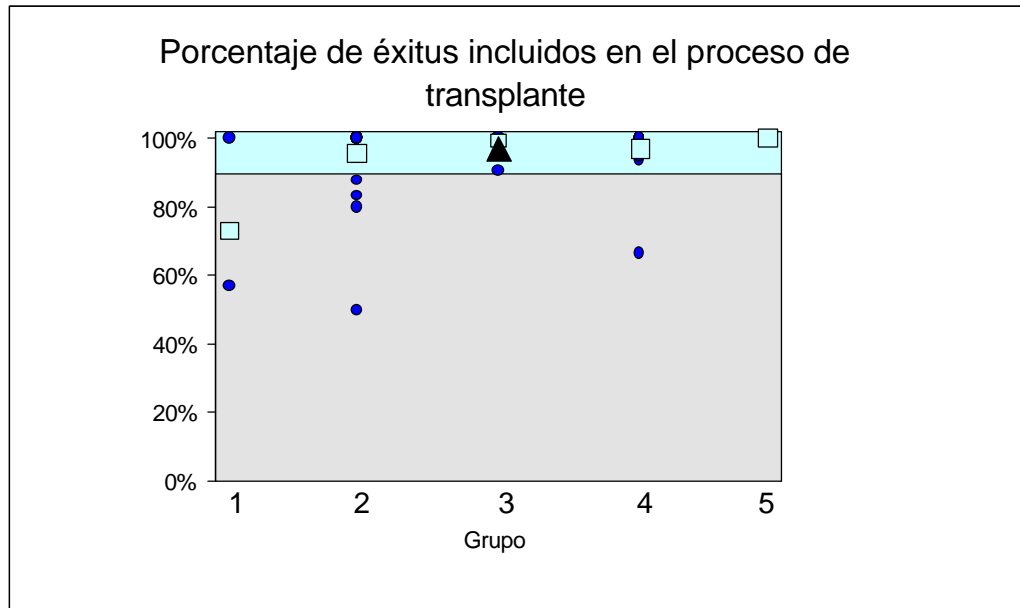
A pesar de que España es el país con mayores tasas de donación del mundo, existe aún un margen considerable de mejora sobre nuestro potencial de donación. Por esta razón, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) desarrolló un protocolo con la colaboración del Área de Calidad del INSALUD, con el objetivo de que la Unidad Coordinadora de Trasplantes (UCTX) detecte todos los fallecidos en muerte encefálica en las unidades de críticos, se analicen las causas de las pérdidas, y se implanten las acciones de mejora necesarias para conseguir la máxima conversión en donantes reales.

El protocolo ha sido implantado en hospitales acreditados para la extracción de órganos y tejidos, y el responsable del objetivo ha sido el coordinador de trasplantes del hospital.

En esta memoria recoge únicamente uno de los indicadores, el de la inclusión en protocolo de los éxitos con diagnóstico de muerte encefálica. El resto de los indicadores relacionados con pérdidas de donantes potenciales por causas médicas, negativas familiares, problemas de mantenimiento, etc, son analizadas por los hospitales y la ONT.

Porcentaje de Exitus en Unidades de Críticos, diagnosticados clínicamente de ME e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	2	73% (8/11)	57%	100%
II	25	96% (90/94)	50%	100%
III	8	99% (119/120)	91%	100%
IV	12	97% (309/318)	67%	100%
V	1	100% (6/6)	100%	100%
INSALUD	48 (94%)	97% (543/551)	0%	100%



En este indicador hubo alguna confusión en los hospitales, ya que respondieron con el porcentaje de muertes encefálicas respecto al total de muertes en la unidad de críticos. Se ha tratado de excluir estos últimos casos, pero no es posible asegurar que en los datos que se presentan, el indicador utilizado haya sido siempre el correcto.

CONCLUSIONES ÁREA DE PROTOCOLIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

En la utilización de antibióticos en la profilaxis antibiótica, se pasó de un 69% de adecuación en 1997 al 77% del 98. Además, el porcentaje de hospitales con protocolo de profilaxis antibiótica ascendió del 92% al 99%. En ambos casos, se trata de un aumento considerable, si bien todavía existen en muchos hospitales oportunidades de mejora. A partir de este nivel, es más difícil de mejorar, y hay que continuar convenciendo a algunos profesionales de la importancia de la utilización adecuada, según la mejor evidencia disponible, de cuidados y tratamientos. También es muy importante mejorar el diseño de los protocolos y actualizarlos cuando sea preciso.

En 1997 se evaluaba la implantación de un protocolo de un proceso quirúrgico. El resultado fue de un 83% de adecuación. En 1998 el cumplimiento de los seis protocolos de indicación quirúrgica de las SS.CC. superó el 90%. Es, sin duda, un resultado muy bueno, pero falta la implicación de todos los servicios que lo requieren y además está algo empañado por ciertos problemas metodológicos

Respecto a la adecuación en la utilización de alta tecnología, existió cierta confusión sobre que hospitales debían hacer la evaluación, y cuales no, ya que muchos coordinadores no siempre tuvieron disponibles los datos sobre tasas de utilización, que se centralizan en la gerencia del hospital y cuyos responsables no le dieron la importancia necesaria.

Los mejores resultados se obtuvieron en el protocolo de utilización de RNM y litotricia, mientras que para oxígeno terapia y TAC aun existe un importante margen de mejora. Hay que seguir trabajando en el desarrollo y cumplimiento de protocolos de indicación de estas técnicas, ya que su elevado coste, y a veces riesgo para el paciente, hace especialmente importante lograr una utilización apropiada.

IV. Monitorización de indicadores

Monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Es una actividad que tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir^{40,41}.

Los dos componentes básicos de la monitorización son: la identificación, selección o construcción de los indicadores a medir; y la definición de un plan de monitorización incluyendo como mínimo, la periodicidad de las mediciones y el método con que se van a realizar. Se precisa una recogida estandarizada de los datos usando definiciones comunes, datos centralizados, análisis comparativos, feedback de los resultados y mecanismos que aseguren la fiabilidad y exactitud de los datos.

Una serie de estos indicadores se obtienen del CMBD y son calculados de forma centralizada. De esta base de datos se pueden obtener un número de indicadores clínicos que miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad. La comparación de los resultados de los indicadores clínicos entre distintos hospitales tiene ciertas limitaciones (por ejemplo, la distinta complejidad de los pacientes tratados en los centros dificulta las comparaciones). De todas formas, aparecen importantes variaciones entre centros, y valores extremos en algunos de ellos, que resultan llamativos.

Parte de la variabilidad se podría atribuir a circunstancias socioeconómicas que pueden influir en la salud y en los resultados de la asistencia sanitaria, independientemente de su calidad. Estas circunstancias pueden explicar algunas variaciones, pero no las justificaban totalmente. Teniendo en cuenta estos aspectos, los resultados pueden ser utilizados, comparándolos con los hospitales del grupo, e investigando cuando sus valores se encuentren por debajo de los mejores (no sólo por debajo de la media). En tal caso, habrá que conocer las causas para implantar las acciones de mejora pertinentes.

En 1998, los indicadores de resultados clínicos que se han medido y comparado entre los distintos grupos de hospitales han sido: mortalidad en determinadas circunstancias clínicas, reingresos hospitalarios, y cesáreas.

Trimestralmente se remite a los hospitales un seguimiento de los indicadores de calidad obtenidos que se denomina "Resumen de indicadores de calidad del CMBD de altas hospitalarias" En este resumen, además de estos indicadores, figuran otros que reflejan el tipo de pacientes que atiende el hospital, indicadores de actividad e indicadores funcionales, que permiten hacerse una idea del contexto hospitalario. Su objetivo es que los hospitales puedan comparar sus resultados con los de su grupo. Próximamente se tratará de incorporar a esta hoja nuevos indicadores clínicos, como por ejemplo: mortalidad postoperatoria inmediata, mortalidad en distintos procedimientos quirúrgicos, reintervenciones, mortalidad en el IAM, embolismo pulmonar, etc.

Existen otra serie de indicadores, los que evalúan la calidad del proceso asistencial y los resultados en términos de satisfacción de los pacientes, que normalmente se obtienen en los hospitales a través de estudios especialmente diseñados, ya que no existe siempre un sistema de información para obtenerlos automáticamente. Estos indicadores son los de infección hospitalaria, tiempos de espera en urgencias, adecuación de estancias, detección de pacientes con problemas sociales, radiología innecesaria, desprogramación de consultas externas, desprogramación de quirófanos, etc. Los indicadores de satisfacción del paciente se obtendrán una vez se haya implantado la nueva encuesta post-hospitalización.

Para la mayoría de los indicadores monitorizados no existen todavía estándares aceptados. A pesar de ello, pueden ser una herramienta que ayude a evaluar la calidad de la asistencia e identificar oportunidades de mejora. El feed-back de datos permitirá una comparación de datos agregados, la comparación de los hospitales con su grupo y conocer la tendencia longitudinal de un determinado centro.

En la presentación de los resultados, se utilizarán gráficos "boxplot". Para aquellos lectores no familiarizados con estos gráficos, se incluye la siguiente explicación.

Interpretación de los gráficos Boxplot (caja) de SPSS.

En la presentación de los resultados, se utilizarán gráficos tipo caja o "boxplot". Este tipo de gráficos presentan algunos estadísticos que describen la distribución de los datos. La línea negra gruesa representa la mediana (valor que deja por encima y por debajo suyo la mitad de las observaciones). El límite inferior de la caja es el percentil 25, y el límite superior, el percentil 75 (en el caso de un boxplot, su cálculo es ligeramente diferente, y se denominan bisagras de Turkey). El 50% de los casos de cada serie presentan valores incluidos en la caja. La altura de la caja representa el rango intercuartílico.

El gráfico incluye dos categorías de valores extremos: los casos que se sitúan a una distancia mayor de tres veces la longitud del rango intercuartílico, tanto por encima como por debajo, se denominan "extreme values", y SPSS los representa mediante un asterisco. Por su parte, los valores situados de 1,5 a 3 veces el rango intercuartílico, se denominan "outliers", y son representados por un círculo. Existe cierta confusión al traducir estos nombres al español.

El gráfico además muestra los dos valores más alejados que no llegan a ser valores extremos, y lo hace mediante una línea horizontal negra, más delgada que la que representaba la media. Estas líneas se denominan "whiskers" (bigotes).

La mediana es una medida de tendencia central, alternativa a la media, y más apropiada en algunos casos (como distribuciones muy sesgadas en un sentido). Con una distribución normal de los datos, la mediana se situaría en el centro de la caja, y coincidiría con la media. La longitud de la caja, por su parte, es indicativa de la dispersión de los datos. Además, esta dispersión se refleja en la mayor o menor presencia de valores extremos.

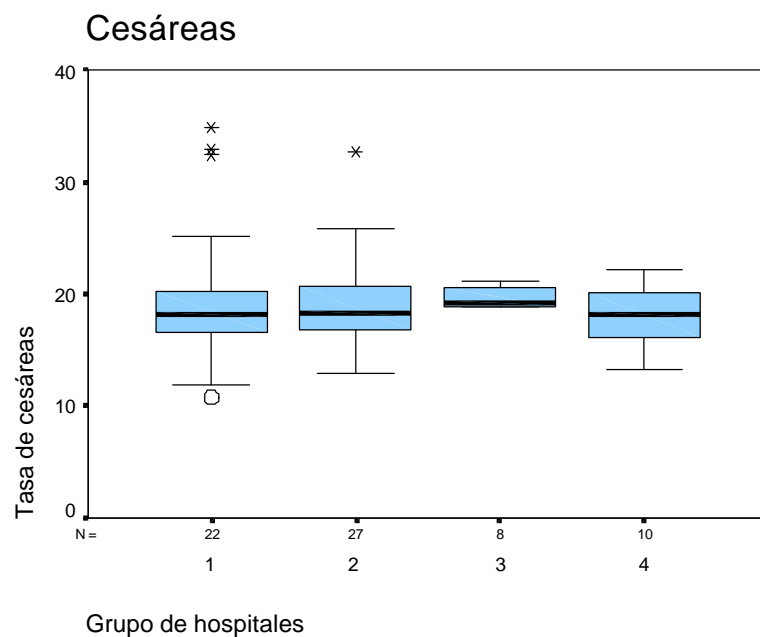
Los gráficos de caja son muy útiles para comparar las distribuciones de valores entre distintos grupos. En este caso, se ha eliminado del análisis el grupo 5, por sus características especiales, excepto los hospitales Santa Cristina, Virgen de la Torre y Central de la Cruz Roja, que se han incluido en el grupo 2.

IV.1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD o de otros sistemas informáticos

Indicador 1. Tasa de cesáreas

Es la relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	19,5%	10,8%	34,9%
II	19,2%	12,9%	32,6%
III	19,7%	18,8%	21,2%
IV	17,8%	13,3%	22,0%
INSALUD	19,1%	10,8%	34,9%



Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. Los hospitales de Nueva Jersey, por ejemplo, declaran unas tasas de cesárea del 25% (1994). En el Estado de Victoria (Australia), la tasa era del 18% en 1994. En EE.UU, la tasa subió del 5,5% en 1970 hasta el 24,7% en el año 1988, y luego se ha estabilizado. En el año 1993 se encontraba en el 22,8%. En España, la tasa más reciente de cesáreas en los hospitales del INSALUD (1999) se sitúa en el 19%.

En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, y medicina defensiva. Sin embargo, uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos.

Las tasas medias de cesáreas, aunque diferentes entre los grupos de hospitales, no varían en exceso, si bien es llamativo que el grupo de hospitales de mayor complejidad sea el que presente una tasa media más baja. Pero el dato más importante es la gran variabilidad en las tasas de cesáreas intragrupo, es decir, entre hospitales, especialmente en los grupos de hospitales 1 y 2. Los hospitales con valores extremos en estos grupos deberían de estudiar las causas que originan tasas tan altas. En principio, no es esperable que estos hospitales reciban enfermas con embarazos más complejos que los de los otros grupos. Por ello, los valores tan extremos no parecen justificables.

El estudio de la Variabilidad de la Práctica Médica (VPM) ha cobrado gran importancia desde los años 70^{42,43}. Existen distintos factores que tratan de explicar las grandes diferencias de tasas halladas para distintos procedimientos. Algunas de ellas se deben simplemente a errores de la fuente de datos. También existen factores dependientes de la población, ya que la prevalencia de ciertas enfermedades puede variar, justificando parte de la VPM. Las diferencias de la estructura demográfica de las poblaciones también puede influir. La estructura y organización del sistema sanitario han sido asociadas a VPM. Otro de los factores de gran importancia es el estilo de práctica de los médicos.

Indicador 2. Porcentaje de reingresos urgentes con la misma Categoría Diagnóstica Mayor en el plazo de 30 días tras el alta.

Se incluyen en el numerador de este indicador los ingresos producidos en un periodo de 30 días tras un ingreso anterior, siempre que el caso cumpla las siguientes características:

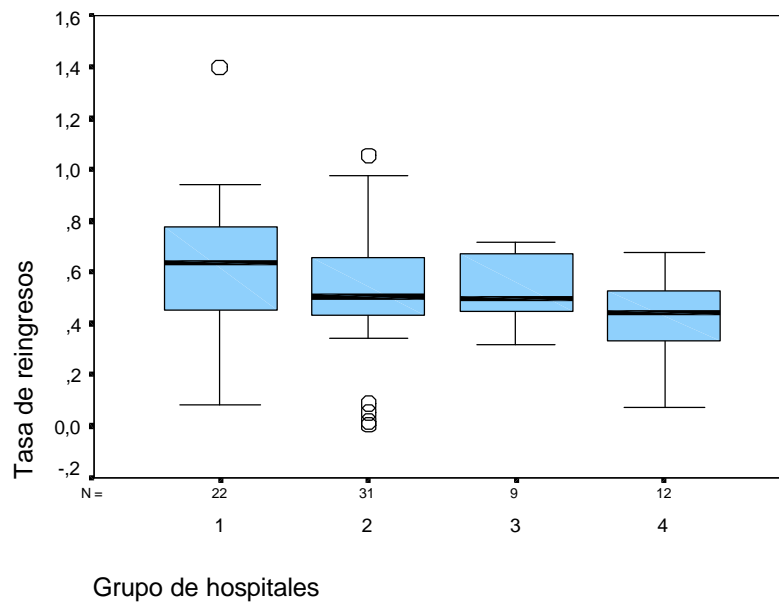
- Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.
- Que la Categoría Diagnóstica Mayor del reingreso sea igual a la del episodio previo.

Los reingresos con estas características se cuantifican en tres periodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días, y de 8 a 30 días.

Reingresos de 0 a 2 días.

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	0,62%	0,08%	1,40%
II	0,52%	0%	1,05%
III	0,53%	0,31%	0,71%
IV	0,42%	0,07%	0,67%
INSALUD	0,53%	0%	1,39%

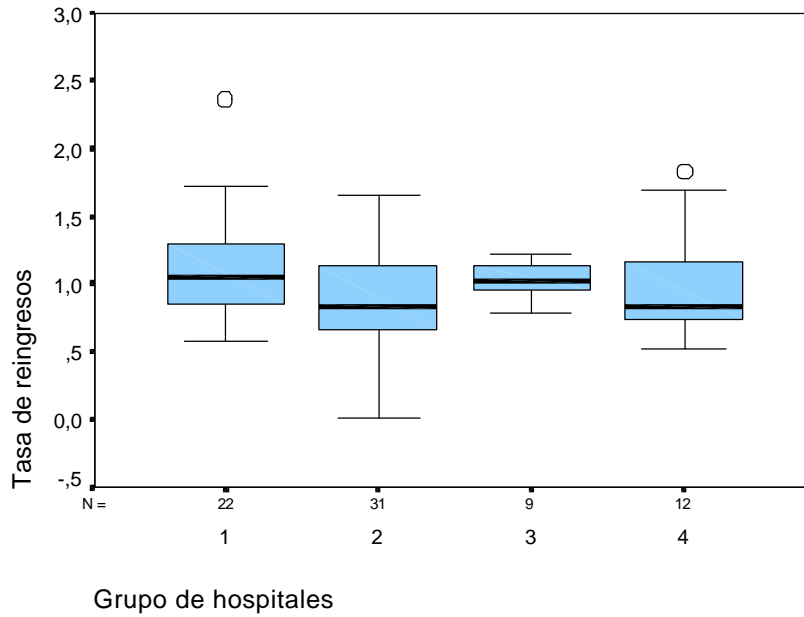
Reingresos de 0 a 2 días



Reingresos de 3 a 7 días.

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	1,11%	0,58%	2,36%
II	0,89%	0%	1,65%
III	1,02%	0,77%	1,21%
IV	0,98%	0,52%	1,82%
INSALUD	0,98%	0%	2,36%

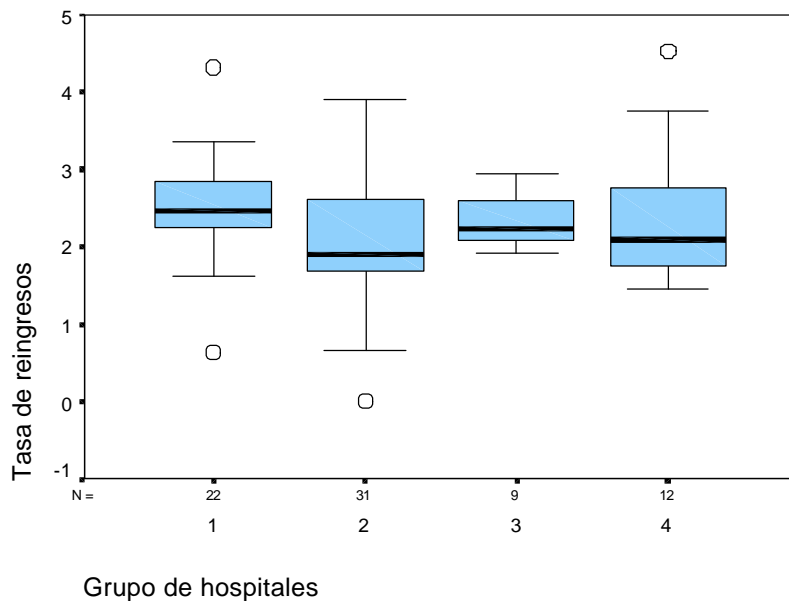
Reingresos de 3 a 7 días



Reingresos de 8 a 30 días.

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	2,49%	0,62%	4,31%
II	2,03%	0%	3,89%
III	2,32%	1,92%	2,93%
IV	2,38%	1,44%	4,53%
INSALUD	2,26%	0%	4,53%

Reingresos de 8 a 30 días



La monitorización de los reingresos forma parte de los indicadores centinelas propuestos para evaluar los resultados de la asistencia sanitaria, junto a la mortalidad y las complicaciones. Son un indicador de calidad relativamente fácil de obtener, y permite medir la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos⁴⁴. La mortalidad es un suceso raro para ciertas patologías, y las complicaciones, aunque más frecuentes, no dejan de ser un suceso relativamente poco frecuente. Los reingresos si son más comunes, en casi todos los servicios.

Una de las limitaciones del cálculo bruto de reingresos es que no tiene en cuenta las readmisiones programadas. Por otra parte, la readmisión puede deberse a una exacerbación de una enfermedad crónica o intercurrente, no relacionada con la asistencia recibida en el ingreso previo. Por todo ello, sólo una fracción de los reingresos producidos se debe a problemas de calidad asistencial.

Reingreso es cualquier ingreso hospitalario precedido en el tiempo por un alta. Sin embargo, se suelen establecer ciertas condiciones: la primera, el límite temporal, que se ha considerado de forma distinta según los autores. Por ello, se ha considerado interesante mostrar los reingresos producidos en distintos rangos de tiempo.

Por otra parte, otra condición restrictiva propuesta para los reingresos es que se hayan producido por una causa similar a la del diagnóstico de entrada del episodio anterior, o derivada de procedimientos aplicados. En nuestro caso, se han considerado exclusivamente los reingresos por la misma Categoría Diagnóstica Mayor. Otra característica limitante propuesta para este indicador es que el ingreso sea urgente; de esta forma, se eliminan aquellos reingresos programados, que no indican mala calidad de la asistencia. De nuevo, también este factor ha sido tenido en cuenta en el cálculo, incluyendo sólo los reingresos urgentes. Si lo que se quiere es detectar situaciones de mala calidad, esta medida aumenta la especificidad del indicador, ya que excluye los reingresos para continuación del tratamiento o para administración de quimioterapia, que no son efectos adversos de la asistencia. Como aspecto negativo, sin embargo, se reduce la sensibilidad, ya que se excluyen aquellos reingresos por procesos quirúrgicos programados que no han sido resueltos en el primer episodio (y deberían haberlo sido).

Otro ajuste propuesto en la literatura ha sido eliminar del denominador del cálculo de este indicador a los éxitos, ya que no son pacientes susceptibles de volver a ingresar. Esta última selección no ha sido realizada en nuestro estudio, pero posiblemente su influencia en el resultado final es mínima.

La diferente definición del indicador hace muy difícil comparar los resultados obtenidos con la bibliografía publicada. Por ello, todavía no se puede ofrecer un valor estándar. Algunos estudios ofrecen datos en torno al 3,5-5% de reingresos a los 30 días. Por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud incluye como indicador del CG el estudio de los reingresos, pero su definición es distinta a la nuestra: incluye todos los reingresos en 30 días, urgentes y programados, que tengan el mismo diagnóstico principal. En un estudio realizado en un hospital del SAS, los diagnósticos principales que causaban más reingresos fueron: amenaza del parto, SIDA y angor inestable⁴⁵.

Otra limitación de este indicador es que puede estar reflejando aspectos de la organización sanitaria que trascienden la calidad asistencial del hospital: atención primaria y

recursos sociales. En cualquier caso, los hospitales situados por encima de la media de su grupo deben estudiar con profundidad las posibles causas, de acuerdo a lo especificado en el CG.

Una característica de la mayor parte de las definiciones de reingresos, es que no tienen en cuenta los reingresos producidos a causa de complicaciones del ingreso anterior, cuando el diagnóstico principal o la categoría mayor diagnóstica son diferentes en el nuevo ingreso. Estos casos reducen la sensibilidad y la especificidad del indicador. Existe otro aspecto que hay que tener en cuenta en la interpretación de este indicador. Los pacientes más graves pueden causar más reingresos en periodos cortos, pero si se estudian los ingresos al año, en este grupo de pacientes se reducen respecto al resto, debido a una mayor mortalidad⁴⁶.

Indicador 3. Mortalidad pencialmente evitable.

Aunque clásicamente la mortalidad hospitalaria ha sido uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado, la relación entre la calidad de los cuidados y la mortalidad hospitalaria está hoy en entredicho^{47,48,49}. El impacto potencial de la intervención de los servicios hospitalarios sobre las tasas de mortalidad hospitalaria, así como la parte proporcional de la mortalidad posthospitalización que puede ser atribuible a la atención hospitalaria son de difícil medida. Se ha abandonado el empleo de tasas brutas de mortalidad hospitalaria para valorar la calidad de los cuidados hospitalarios.

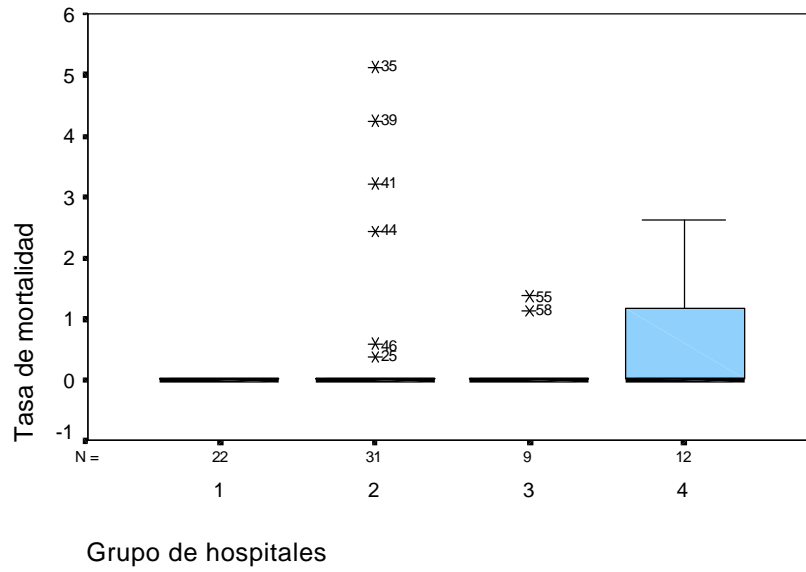
Es imprescindible utilizar como indicadores la mortalidad específica por causas y si es posible, el ajuste de dichas tasas por diferentes variables como pueden ser la comorbilidad, calculados por índices como el de Charlson^{50,51}, por la edad de los pacientes atendidos, o por diferentes índices de severidad o casuística, etc.

La mortalidad sanitariamente evitable clasificada según Rutstein o modificaciones posteriores como la de Charlton o Holland⁵², y similar a la denominada en España como Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE)⁵³, parece ser uno de los indicadores más útiles para valorar la calidad de las intervenciones sanitarias, evitando el peso de otros factores como pueden ser los medioambientales o socioeconómicos sobre la salud de la población.

El indicador presentado en esta memoria se basa en la mortalidad originada por una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deben producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland, quien estableció una tabla de mortalidad potencialmente evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es lo que se conoce como un indicador centinela. La presencia de un solo caso obliga a una investigación formal del mismo, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

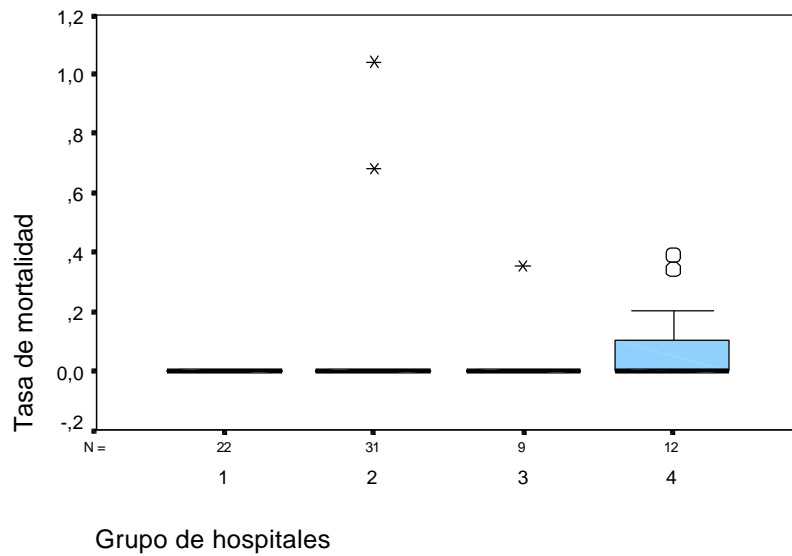
Mortalidad potencialmente evitable por asma

Pacientes 5-64 años



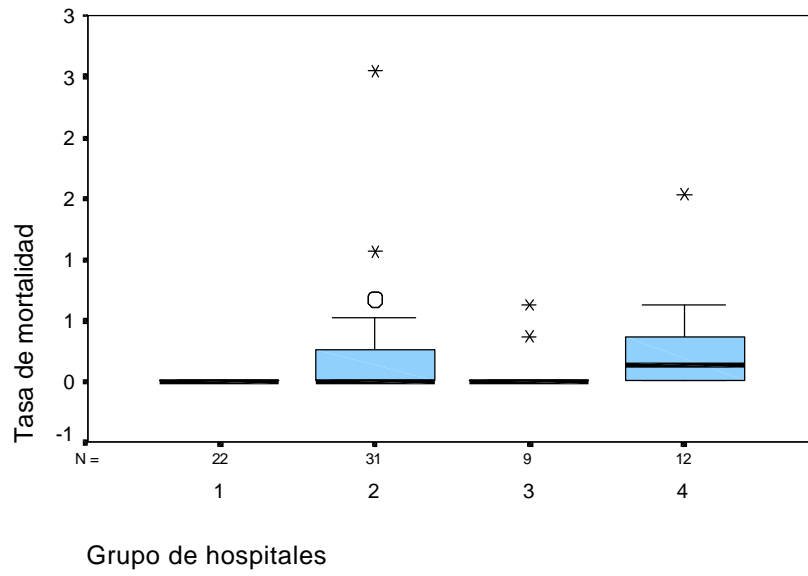
Mortalidad potencialmente evitable en apendicectomía

Pacientes de 5 a 64 años



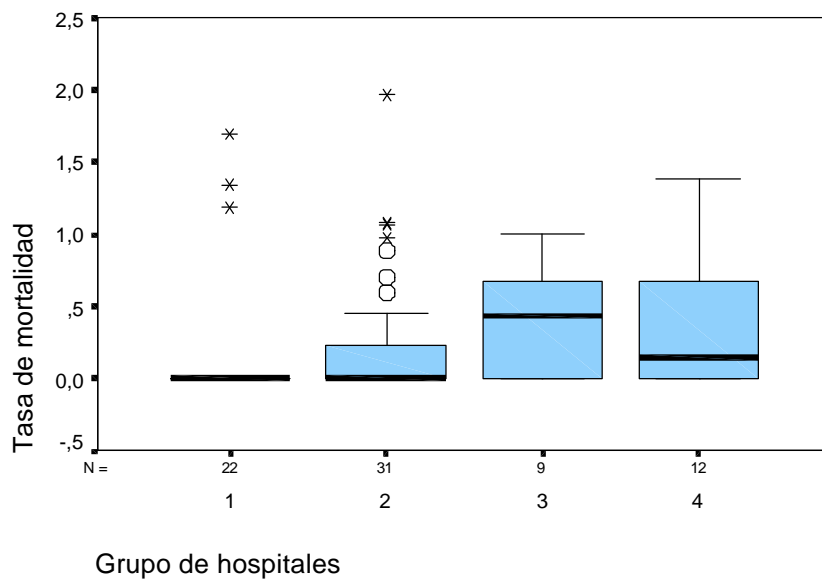
Mortalidad potencialmente evitable en hernia

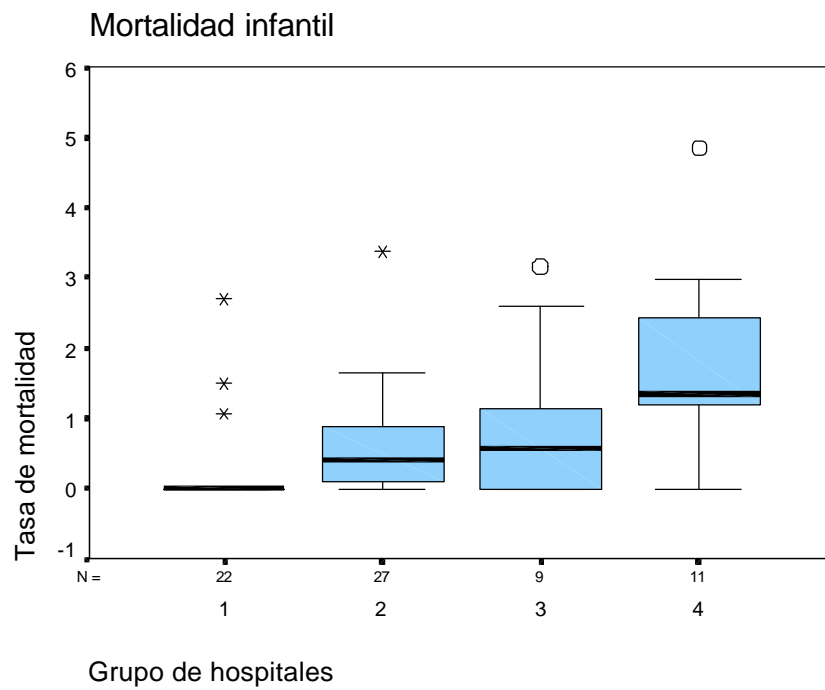
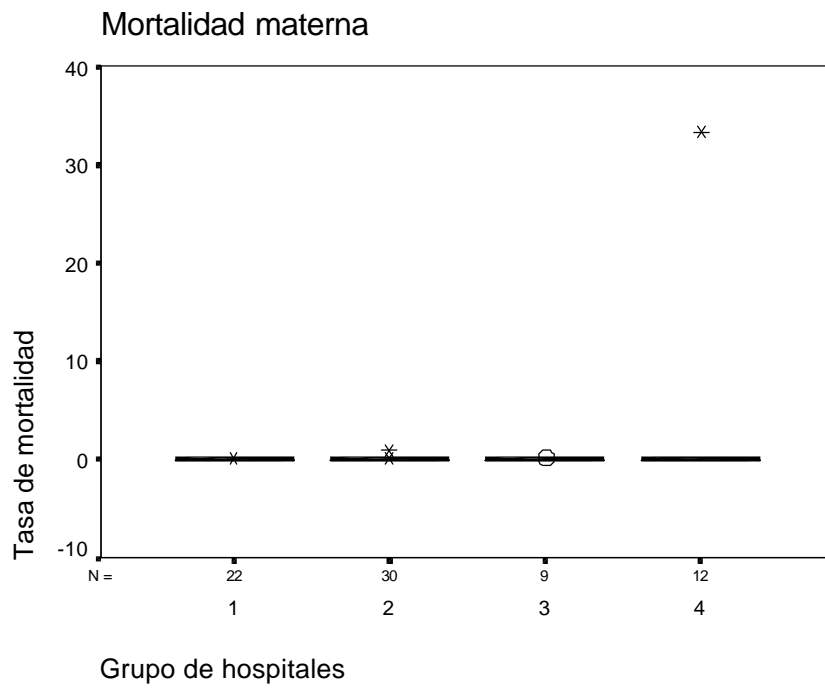
Pacientes 5-64 años



Mortalidad potencialmente evitable en colecistectomías

Pacientes de 5 a 64 años





Indicador 4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias

El interés en incorporar al sistema sanitario el tratamiento ambulatorio de ciertas patologías de mediana complejidad, que habitualmente eran ingresadas, se debe a los efectos beneficiosos de estos tratamientos⁵⁴:

- Reducción de listas de espera para el ingreso.
- Racionalización del costo sanitario.
- Reducir las molestias al paciente, distorsionando lo menos posible su vida normal.
- Disminuir la frecuencia de efectos adversos relacionados con la hospitalización.

La mayor parte de los tratamientos susceptibles de realizar de forma ambulatoria son procedimientos quirúrgicos. Entre ellos, cabe distinguir la Cirugía Mayor Ambulatoria (técnicas de mediana complejidad, que se practican con anestesia general, locorregional o local, sobre pacientes que regresan al domicilio en la misma jornada tras un periodo de observación⁵⁵, que antes permanecían ingresados de dos a siete días), y Cirugía Menor Ambulatoria (intervenciones sobre pequeñas lesiones que tradicionalmente se efectuaban con anestesia local, permitiendo el regreso inmediato al domicilio).

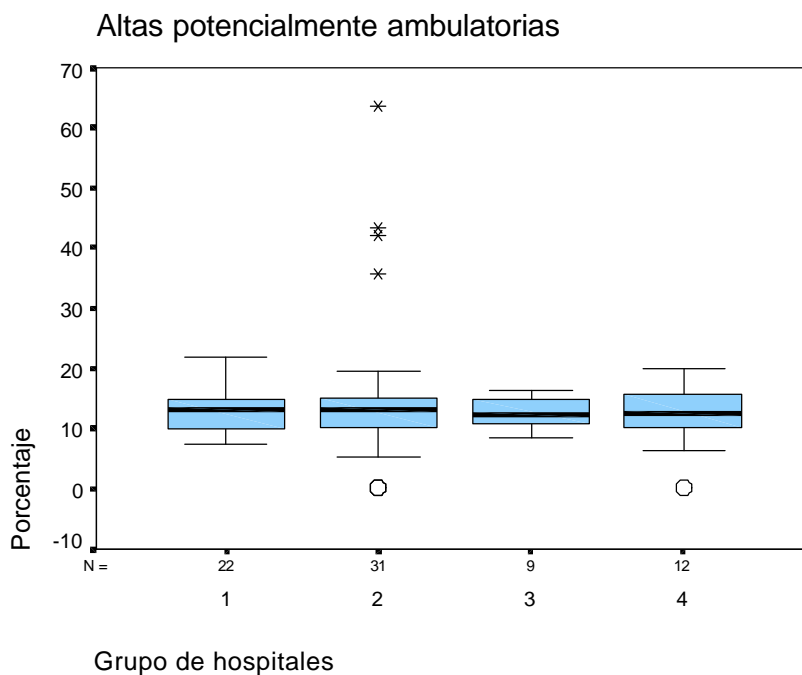
El indicador presentado es exclusivamente de actividad, y no entra a valorar la calidad de los procedimientos aplicados. Es importante que se monitorice también los resultados de los programas de CMA, en términos de resultados⁵⁶.

El indicador presentado en esta memoria es el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años),

correspondientes a los GDR definidos como potencialmente ambulatorios en el CG de 1998, dividido por el total de altas y estancias.

Altas potencialmente ambulatorias

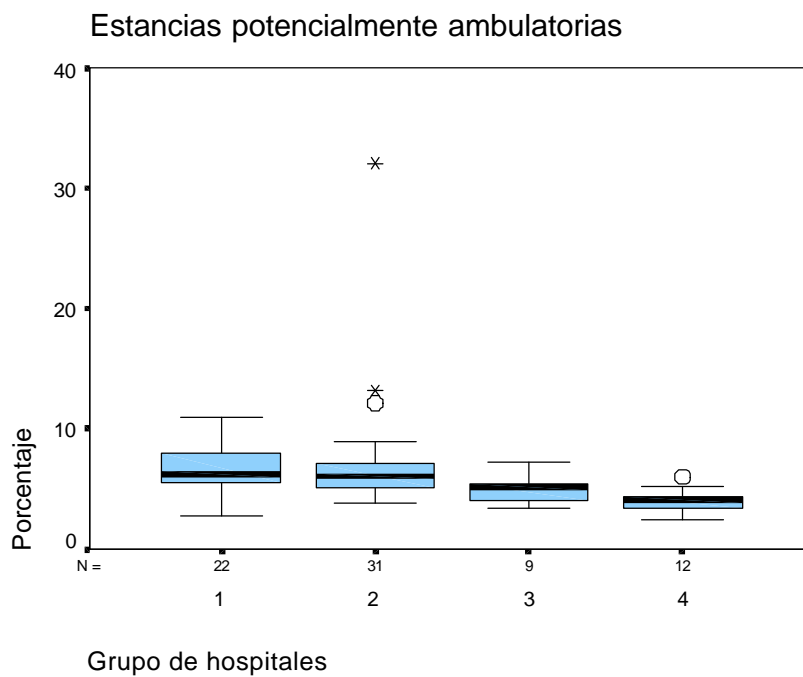
Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	13,3%	7,5%	21,8%
II	16,0%	0%	63,6%
III	12,6%	8,5%	16,4%
IV	12,2%	0%	19,9%
INSALUD	14,1%	0%	63,6%



Es interesante observar que las desviaciones se sitúan principalmente en el grupo II.

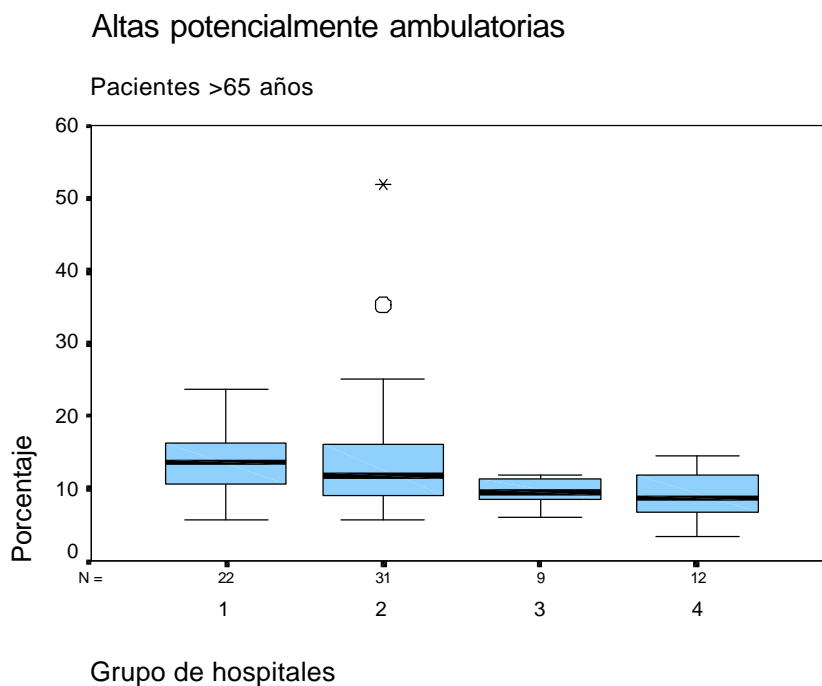
Estancias potencialmente ambulatorias

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	6,5%	2,7%	10,8%
II	7,1%	3,8%	32,0%
III	5,0%	3,4%	7,2%
IV	4,0%	2,5%	5,9%
INSALUD	6,2%	2,4%	32,0%



Altas potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	13,8%	5,6%	23,5%
II	14,2%	5,7%	52,0%
III	9,5%	6,1%	12,0%
IV	8,9%	3,4%	14,5%
INSALUD	12,65%	3,38%	52,0%

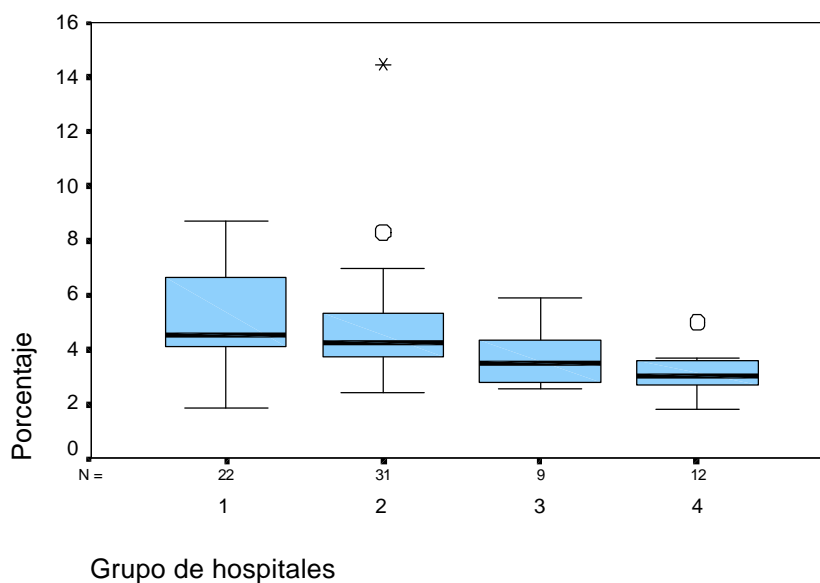


Estancias potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)

Grupo	Media	Mínimo	Máximo
I	5,13%	1,9%	8,7%
II	4,8%	2,4%	14,5%
III	3,7%	2,6%	5,9%
IV	3,1%	1,8%	4,9%
INSALUD	4,48%	1,8%	14,5%

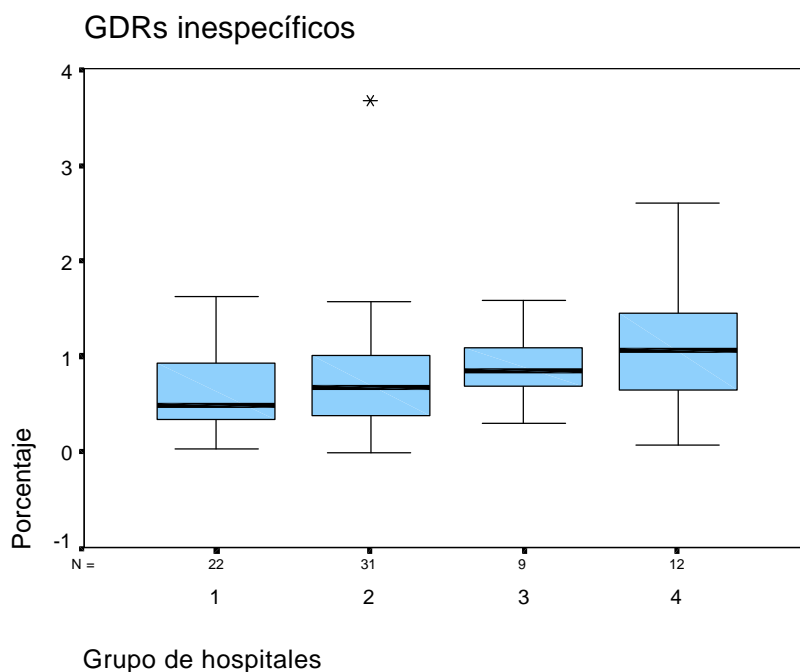
Estancias potencialmente ambulatorias

Pacientes >65 años

**Indicador 5. Porcentaje de GDR inespecíficos e inagrupables**

La evaluación de la calidad de la codificación y asignación del GDR puede efectuarse mediante distintos indicadores: porcentaje de codificación sobre el total de altas, número de diagnósticos y procedimientos al alta, porcentaje de GDR no válidos⁵⁷; siendo este último indicador el utilizado en esta memoria.

Se ha calculado el porcentaje respecto al total de altas correspondiente a los GDR: 467, 468, 469, 470, 476 y 477. Dentro de estos GDR inespecíficos hay dos que siempre corresponden a algún tipo de error, y por tanto tienen un peso de 0.

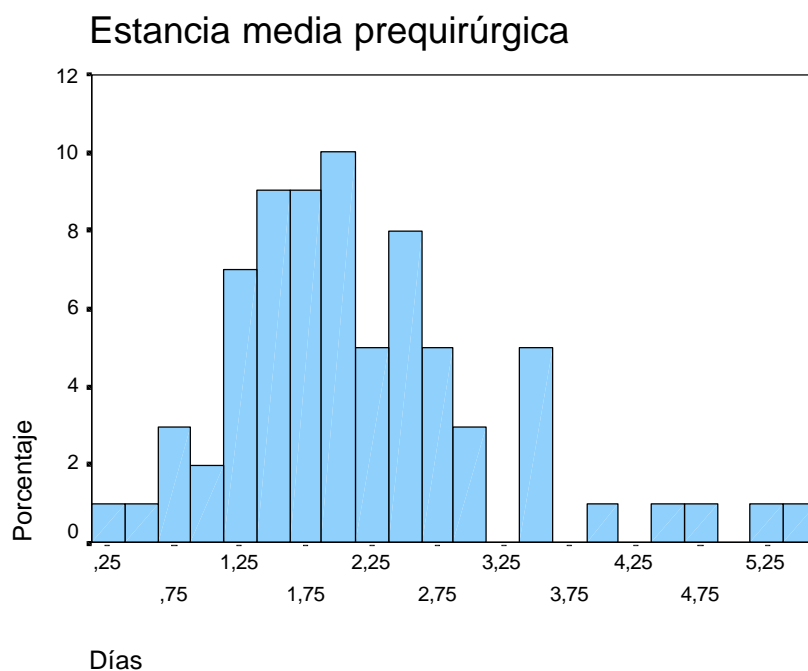


Indicador 6. Estancias prequirúrgicas

Estancia media preoperatoria de las altas (totales y sólo programadas) con GDR quirúrgico que tiene cumplimentado el campo fecha de la intervención y que esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico.

Estancia media prequirúrgica (total)

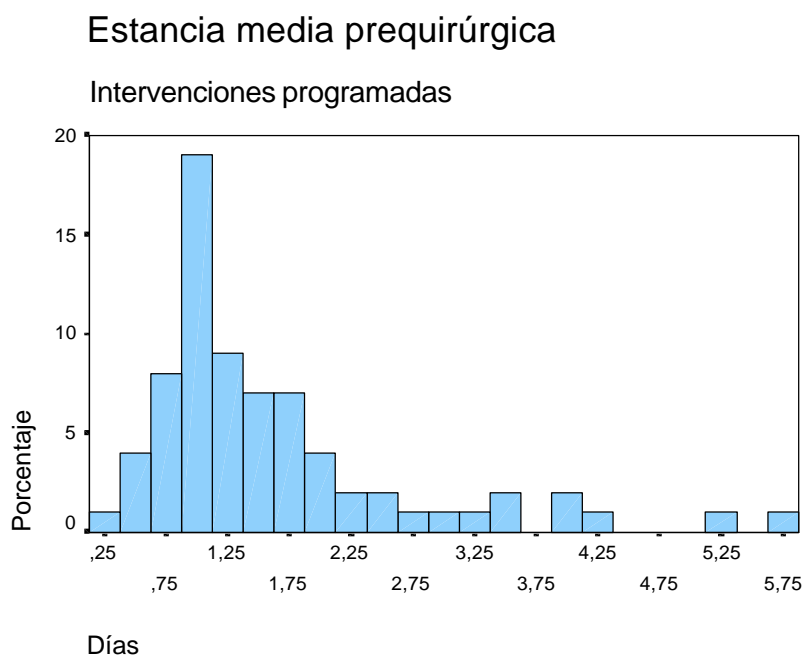
Grupo	Media (días)	Mínimo	Máximo
I	1,86	0,75	5,14
II	1,89	0,35	3,09
III	2,70	1,83	4,04
IV	3,16	2,11	5,61
INSALUD	2,38	0,35	6,51



Estancia media prequirúrgica (programada)

Grupo	Media (días)	Mínimo	Máximo
I	1,50	0,60	5,62
II	1,41	0,35	4,13
III	1,79	1,09	3,27
IV	2,30	0,82	5,67
INSALUD	1,62	0,35	5,66

Cuanto más días de estancia prequirúrgica se presenten, más probable es que sean inadecuados; es decir, inactivos, al aplicar una herramienta de medición como el Appropriateness Evaluation Protocol, o AEP.



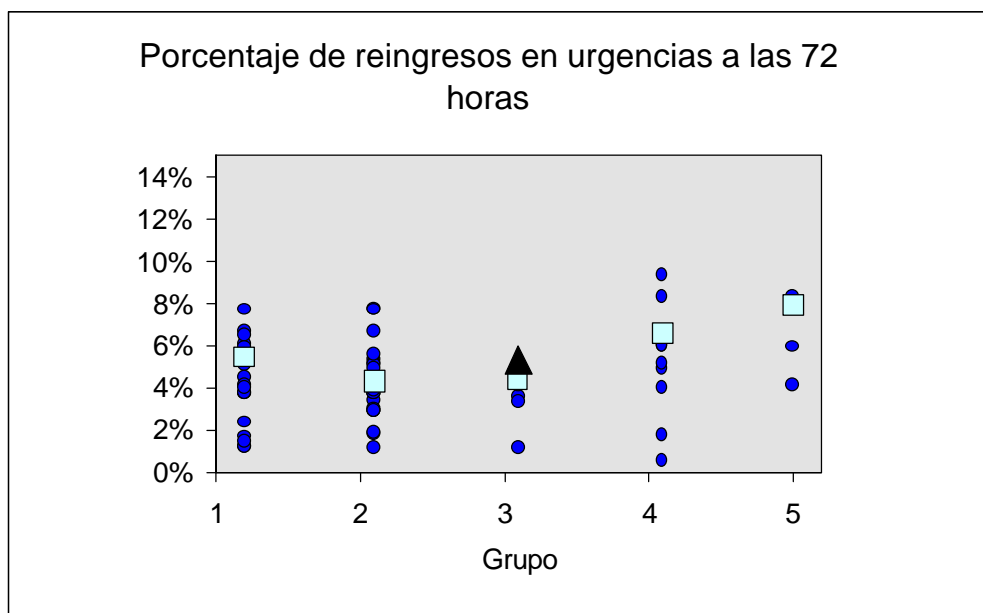
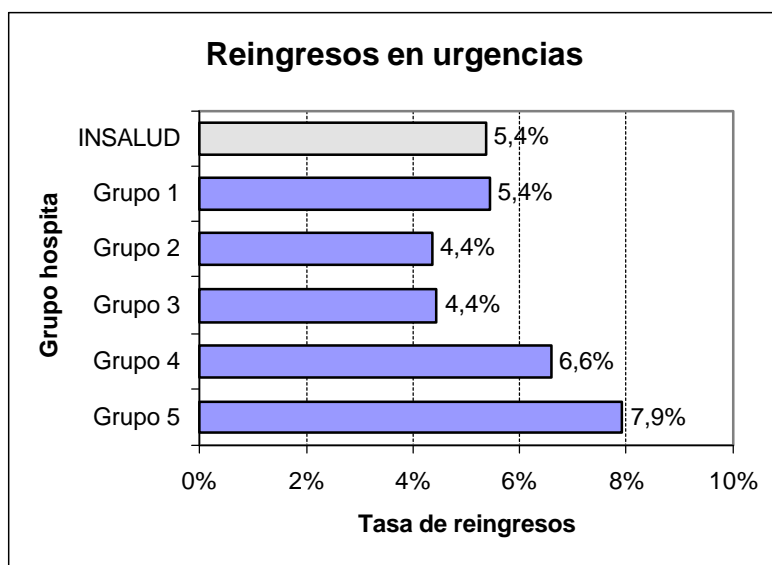
Conclusiones de los indicadores obtenidos del CMBD

Tal como se decía en la introducción, no se pretende elaborar estándares con estos indicadores, sino ofrecer a los hospitales una herramienta para mejorar. La primera mejora ya ha ocurrido. Varios hospitales al ver que algunos de sus resultados tenían valores alejados del resto de los hospitales y hacer un estudio de esos casos, han comprobado un error en la codificación. La mejora de los sistemas de información es un valor añadido al de la mejora de los resultados como consecuencia de la monitorización de indicadores y su representación gráfica comparando los resultados de todos los hospitales. El resto de las mejoras se podrán ir apreciando en evaluaciones sucesivas.

IV.2. Indicadores no incluidos en un sistema de datos centralizado y que deben ser obtenidos en los hospitales

Indicador 13. Tasa de reingresos en urgencias

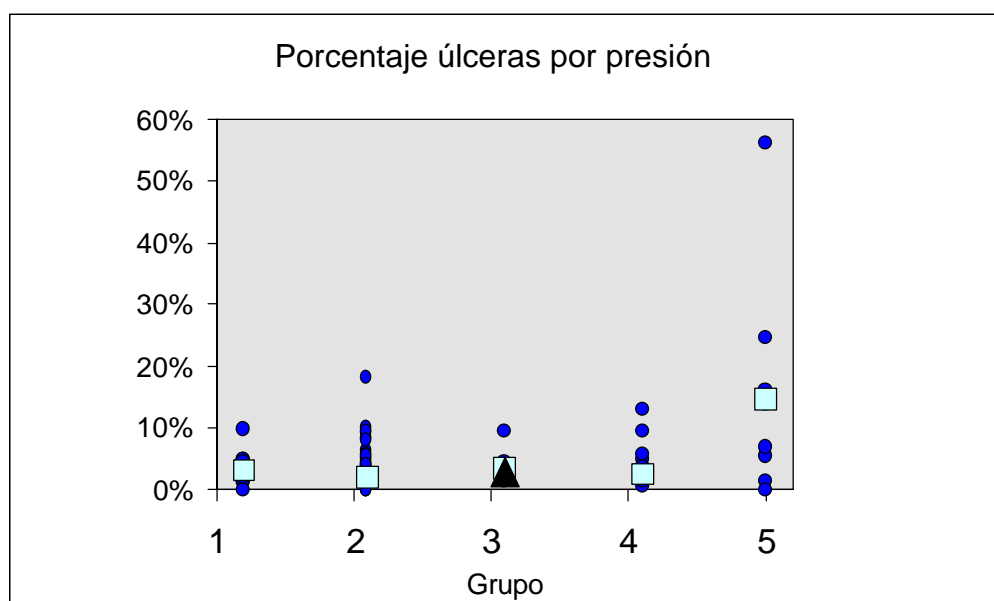
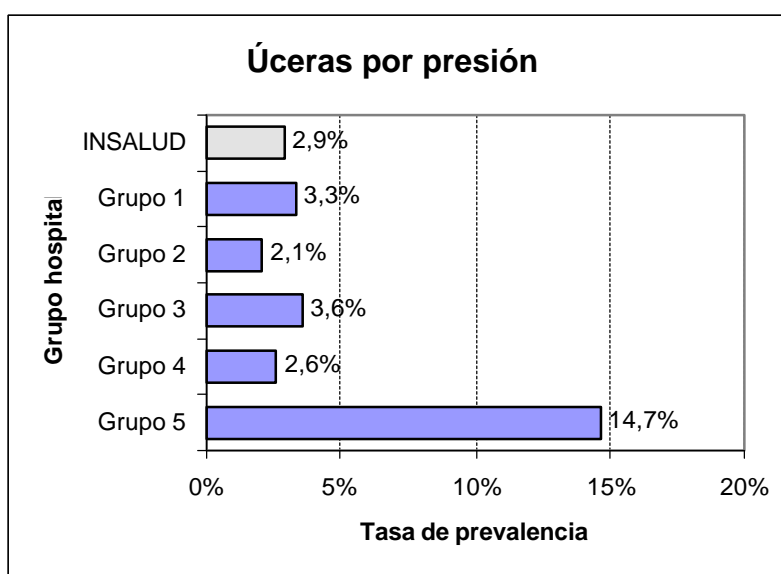
Se trataba de determinar que porcentaje de pacientes acude a un servicio de urgencias por segunda vez dentro de un plazo de 72 horas tras haber sido dados de alta. En realidad, no es un reingreso propiamente dicho. Esta vuelta a urgencias puede indicar un problema de falta de calidad asistencial, cuando a un paciente no se le ha resuelto el problema, pero puede deberse también a otros factores: falta de recursos extrahospitalarios, expectativas de los pacientes, etc.



Se observa una mayor tasa de "reingresos" en los grupos 4 y 5. Sin embargo, este resultado es muy elevado debido a dos hospitales, que presentan tasas muy altas y han utilizado tamaños muestrales grandes.

Una de las limitaciones de este estudio es la no discriminación entre los pacientes que acuden porque su problema no ha sido resuelto, de aquellos otros que lo hacen por que se les ha indicado así. A veces se aprovecha la capacidad resolutoria del servicio de urgencias para citar a pacientes, pero los hospitales deben implantar las acciones necesarias para que el tratamiento del paciente que no necesita ingreso hospitalario continúe en consultas o en atención primaria.

Indicador 14. Tasa de prevalencia de úlceras por presión



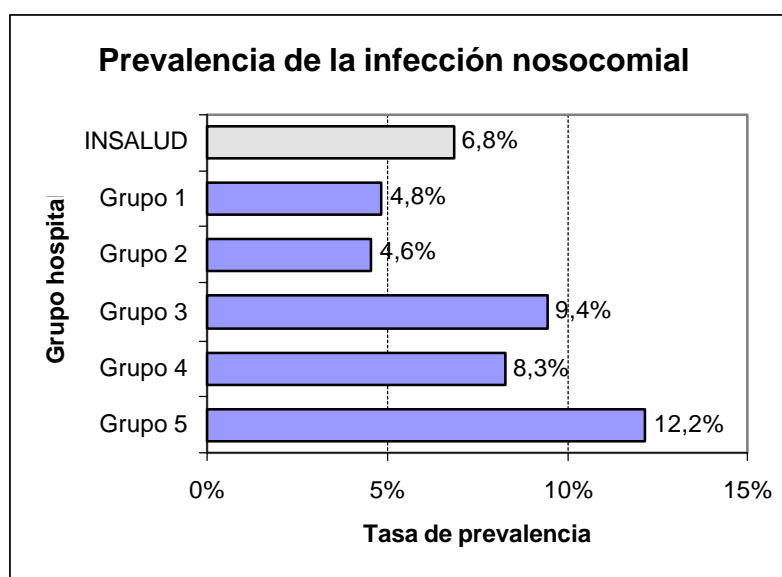
La diferente metodología utilizada en el cálculo de este indicador limita enormemente la comparabilidad de los datos. De hecho, algunos hospitales aplicaron estudios en todas las áreas de hospitalización, y otros sólo en áreas de riesgo. A pesar de ello, incluimos los datos, porque pueden servir de referencia para algunos hospitales. En el próximo año, se refinará el diseño del indicador. Al examinar los datos, se observa gran variabilidad en las tasas, incluso cuando se comparan hospitales que han evaluado las mismas áreas. Esta variación puede estar reflejando diferencias reales de prevalencia, pero también se puede ver influida por la sensibilidad del sistema de vigilancia utilizado.

Como es lógico por sus características, son los hospitales del grupo V los que presentan una prevalencia de úlcera por presión considerablemente mayor.

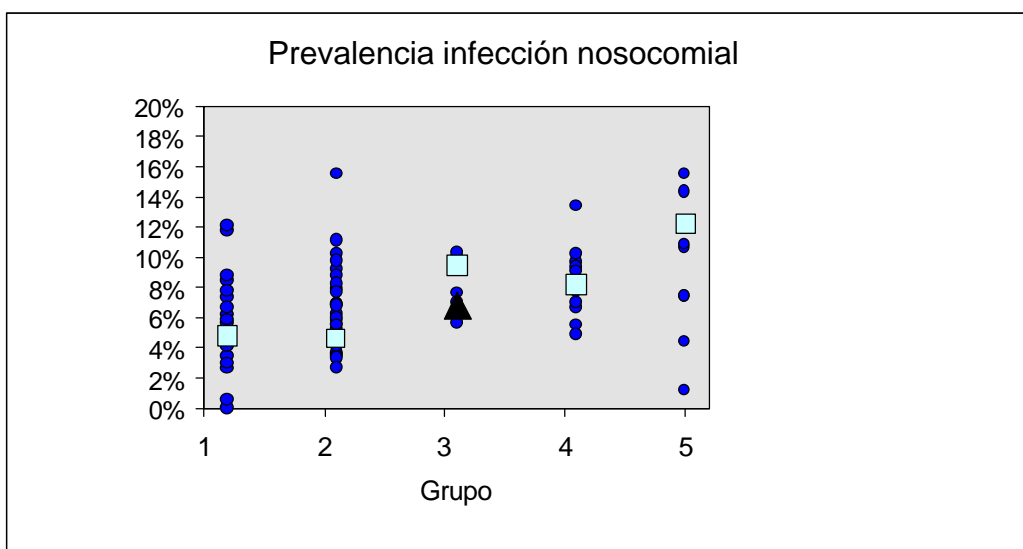
INDICADORES DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Los indicadores de infección hospitalaria son de los más comúnmente utilizados en la evaluación de la calidad asistencial. Dada la experiencia en su utilización, también son bastante fiables y comparables, especialmente los de prevalencia, desarrollados en casi todos los hospitales con una metodología similar (estudio EPINE⁵⁸).

Indicador 15. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

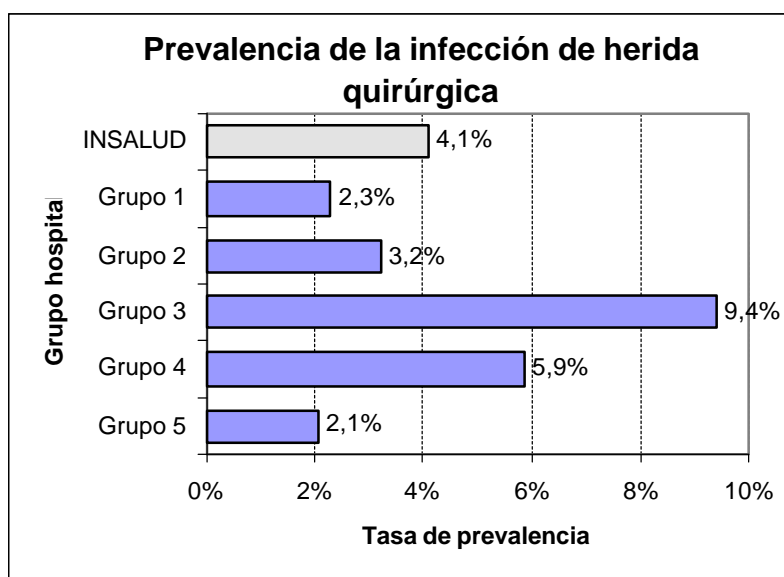


La prevalencia de la infección nosocomial en España se sitúa en el 8,10% en 1997, según el estudio EPINE. Por ello, el dato obtenido para los hospitales del INSALUD en 1998 es bastante positivo.

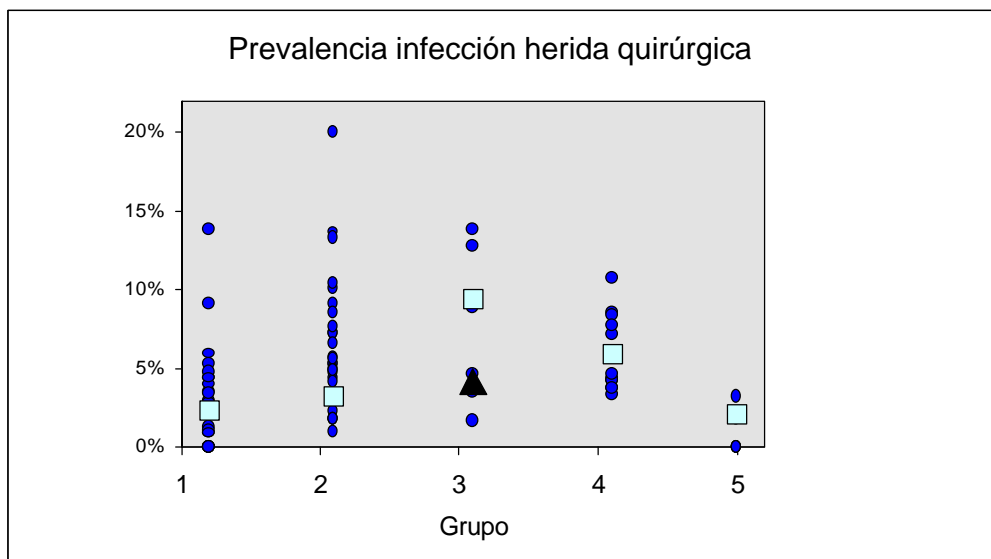


Las tasas de prevalencia ofrecidas por los grupos 1 y 2 de hospitales son bajas, si bien existen una serie de ellos situados por encima del 10%. Este grupo debería adoptar mayores medidas de control de la infección. También resulta llamativa la gran variabilidad de los resultados.

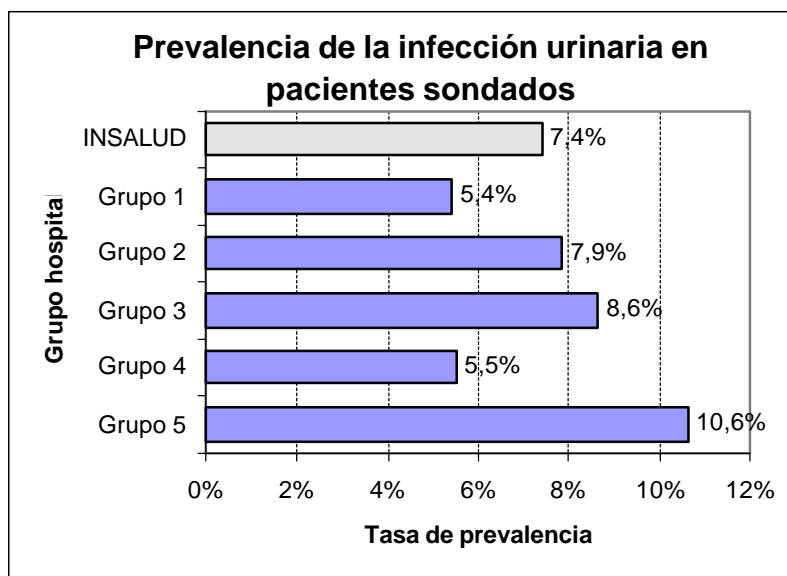
Indicador 16. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica



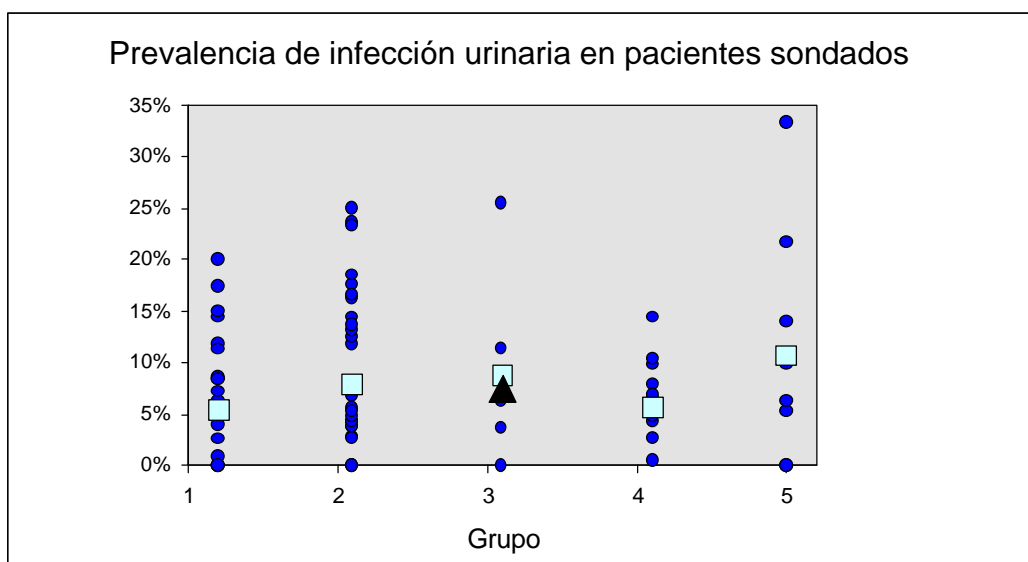
La prevalencia de la infección de herida quirúrgica en España, según datos del EPINE de 1997, se situaba en el 4,70%. De nuevo, los datos del INSALUD están algo por debajo de esa cifra.



Indicador 17. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados



La prevalencia de infección en pacientes sondados fue del 6,52% (sonda abierta) y del 5,77% (sonda abierta), en el estudio EPINE 1997, datos en este caso algo mejores que los del INSALUD.



Indicador 18. Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s

En el Plan de Calidad se solicitaba el dato incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica para un procedimiento, que debía ser definido por el centro en función de sus necesidades, y estratificado por factores de riesgo (ASA). Dada la gran variabilidad de procedimientos elegidos, no es posible calcular datos medios, pero si que exponemos datos puntuales para algunos procedimientos. Estos resultados pueden servir de referencia a los hospitales interesados.

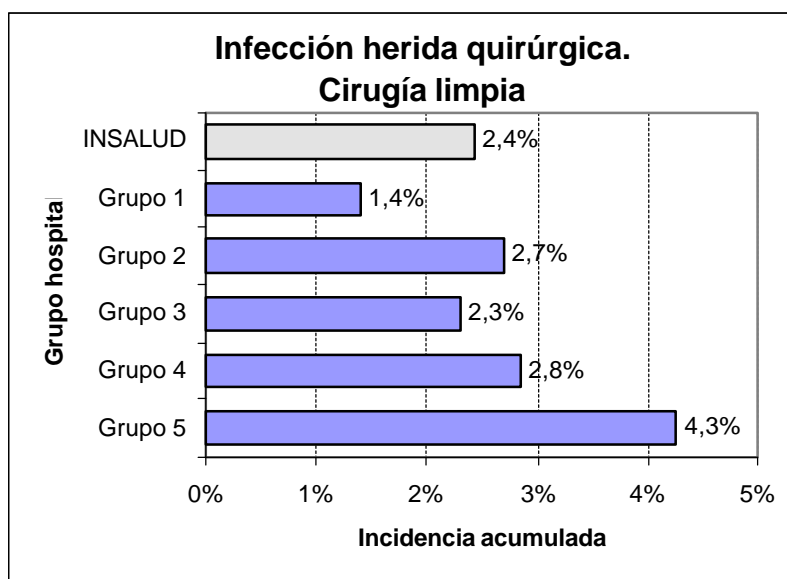
Procedimiento quirúrgico	Incidencia acumulada IHQ	Prevalencia (EPINE 97)
Apendicectomía	1,60% 2,38% 7,89% 14,08% 14,42%	8,83%
Cataratas	0,3% 1,67%	
Cesárea	1,11% 4,48% 6,35%	
Colecistectomía	3,79% 6,58% 6,67% 8,00% 9,64% 17,39%	5,94%
Colecistectomía laparoscópica	0,67% 3,03%	
Fijación espinal	2,86%	
Hemorroides	3,70%	

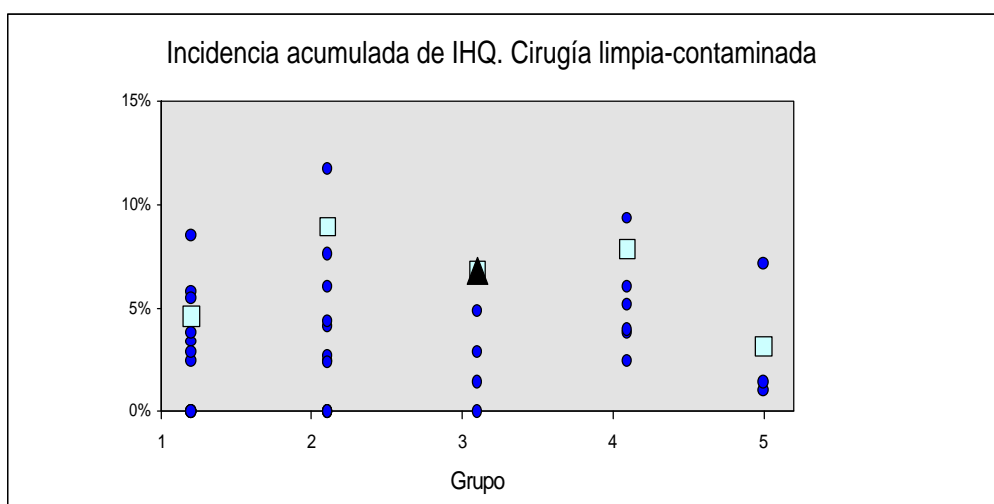
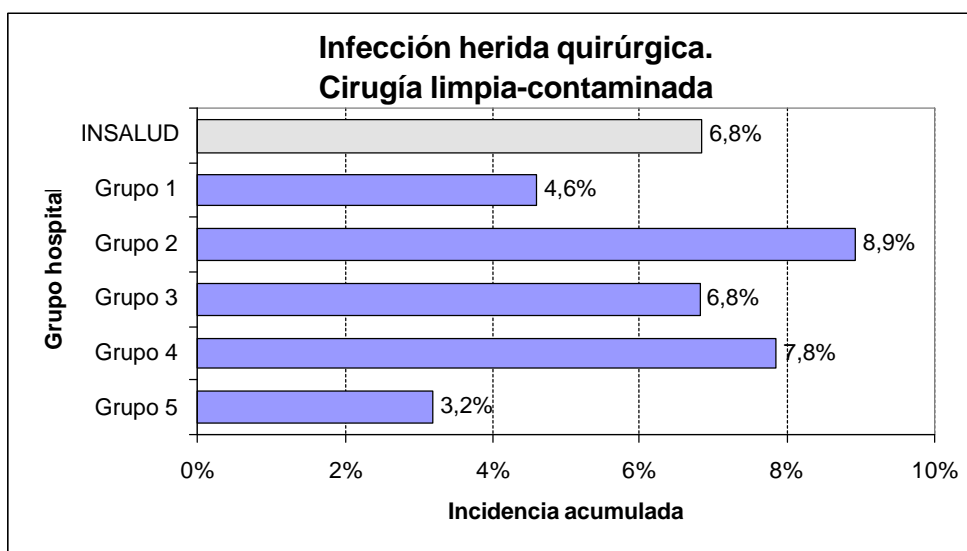
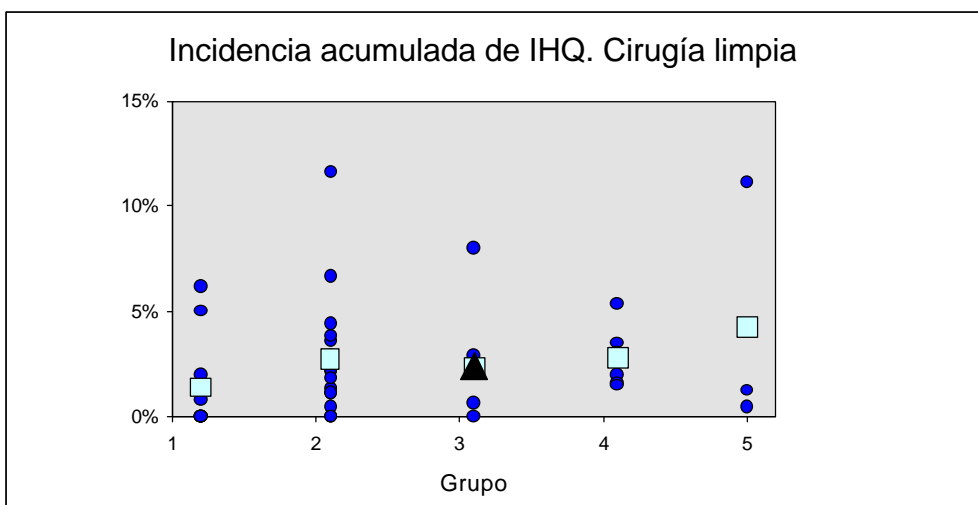
Herniorrafia	0%	2,31%
	1,26%	
	1,64%	
	1,85%	
	2,06%	
	2,42%	
	3,52%	
	4,39%	
	4,55%	
7,41%		
Histerectomía	1,59%	1,71% (vaginal) 4,77% (abdominal)
	9,38%	
Mastectomía	8,70%	3,12%
Neoplasia colorrectal	11,11%	
Prostatectomía	0%	6,17%
Prótesis articular	0%	4,13%
	0,63%	
	8,45%	
Tiroidectomía	0%	

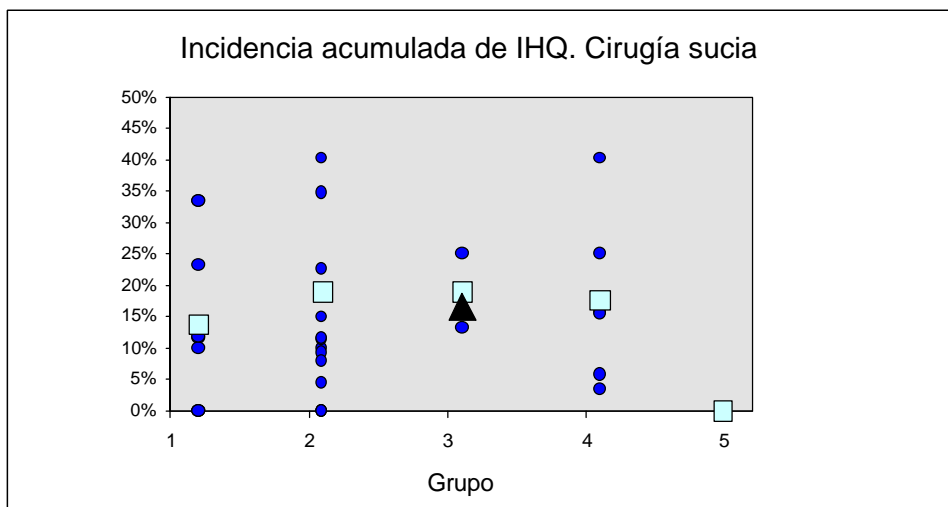
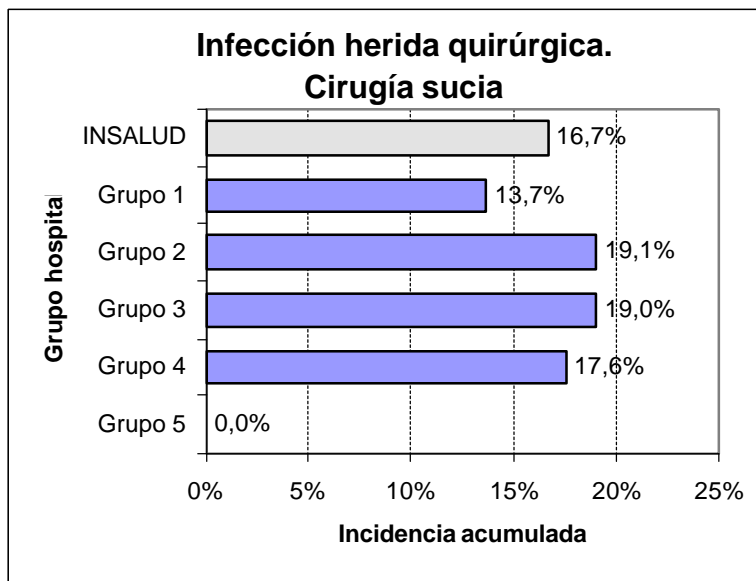
Es necesario señalar que en esta tabla se disponen datos de incidencia acumulada (INSALUD) y prevalencia (EPINE 97), que no son directamente comparables, aunque pueden servir de orientación.

Los resultados por tipo de cirugía fueron:

- Promedio IA en cirugía limpia (42 hospitales): 2,43%
- Promedio IA en cirugía limpia-contaminada (42 hospitales): 6,84%
- Promedio IA en cirugía contaminada (5 hospitales): 11,92%
- Promedio IA en cirugía sucia (32 hospitales): 16,67%

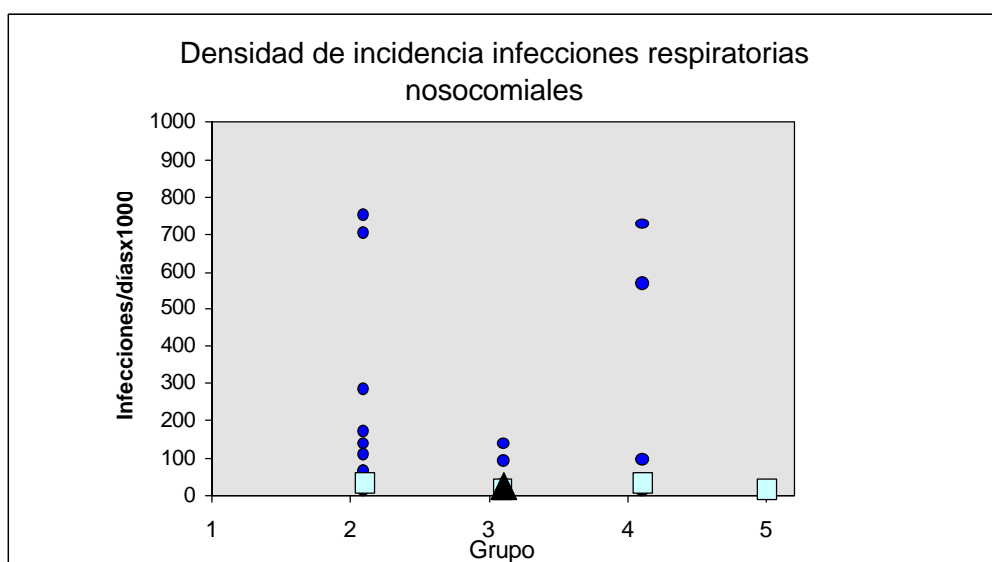
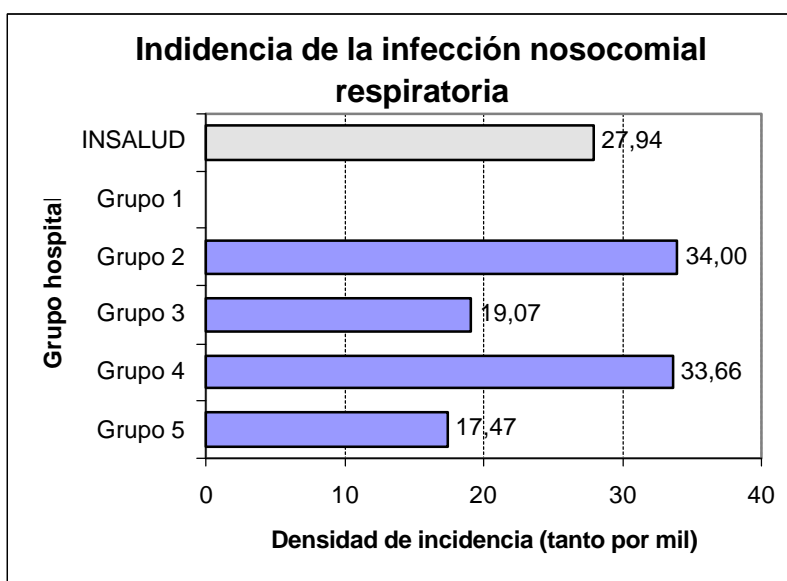






Indicador 19. Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)

La aparición de una infección respiratoria se asocia a factores extrínsecos (edad, patología asociada como EPOC, etc.) y a factores intrínsecos⁵⁹. Estos últimos son fundamentalmente instrumentaciones realizadas sobre el paciente: cirugía torácica, nutrición parenteral o enteral, y especialmente, instrumentación respiratoria.



Cuatro hospitales presentaron valores muy extremos, y deberían evaluar lo que ha sucedido. De todas formas los tamaños muestrales de estos hospitales fueron bajos, lo que puede haber influido. Su peso en el resultado global fue bajo.

Indicador 20. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GDR con estancia más desviada de la media.

Existe una lógica preocupación por el aumento del gasto sanitario, pero una reducción del gasto de forma indiscriminada puede afectar la accesibilidad y la calidad asistencial de forma negativa⁶⁰. Una forma de disminuir el gasto hospitalario excesivo y mejorar la eficiencia y la calidad de la actividad asistencial es optimizando el uso adecuado del hospital^{61,62}. Para ello

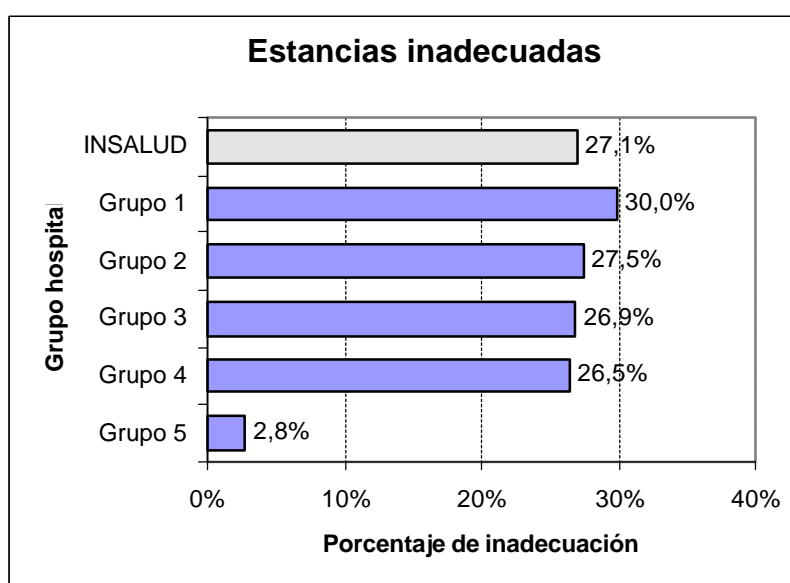
habría que identificar y disminuir las admisiones y estancias inapropiadas (aquellas realizadas en hospitales de agudos cuando podrían haber sido realizadas en niveles asistenciales distintos)^{63,64,65,66}.

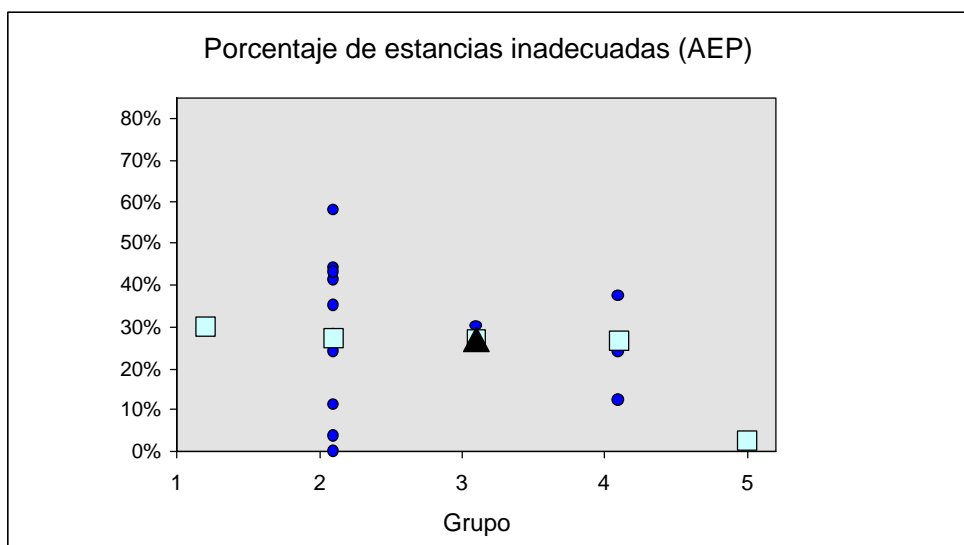
El concepto de uso inapropiado (tanto de inadecuación de ingresos como de días inactivos) asume que, aunque los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico, podrían haber sido ofrecidos en niveles asistenciales inferiores menos costosos (o en el mismo nivel asistencial pero en un menor período de tiempo).

La prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de infección nosocomial, deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia y gastos para las familias. La reducción del uso innecesario produce un acortamiento de los plazos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes⁶⁷.

El Protocolo de evaluación de la adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol AEP)⁶⁸ es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar problemas de organización hospitalaria cuando el paciente ya no requiere ingreso y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico, por lo tanto existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducir el uso innecesario.

En 1998 se produjo cierta confusión en la medida de este indicador. Algunos hospitales no utilizaron el protocolo AEP y enviaron el resultado de un indicador que mide las estancias potencialmente evitables, teniendo en cuenta la estancia media de su mismo grupo de hospitales en el GRD estudiado. Se han tratado de excluir estos últimos casos, pero no es posible asegurar que en los datos que se presentan (19 hospitales), el indicador utilizado haya sido siempre el AEP.



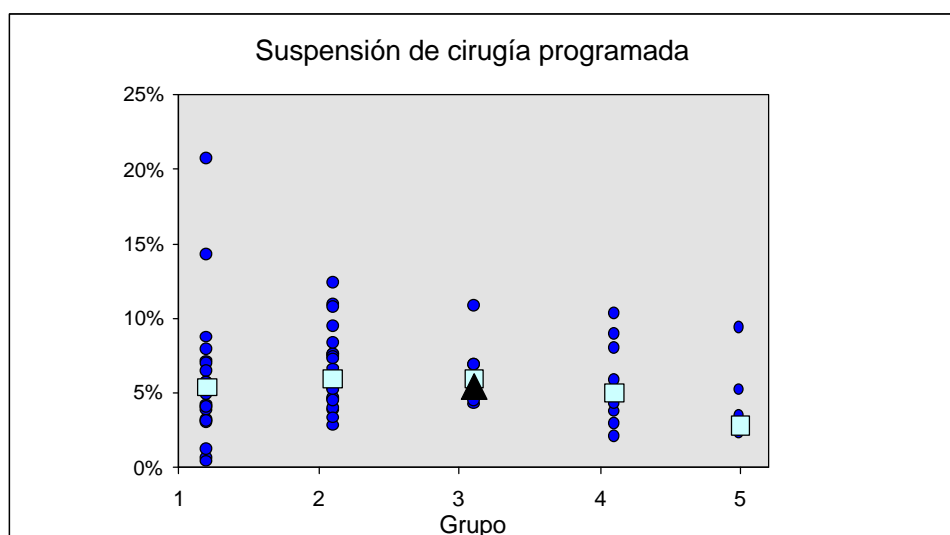
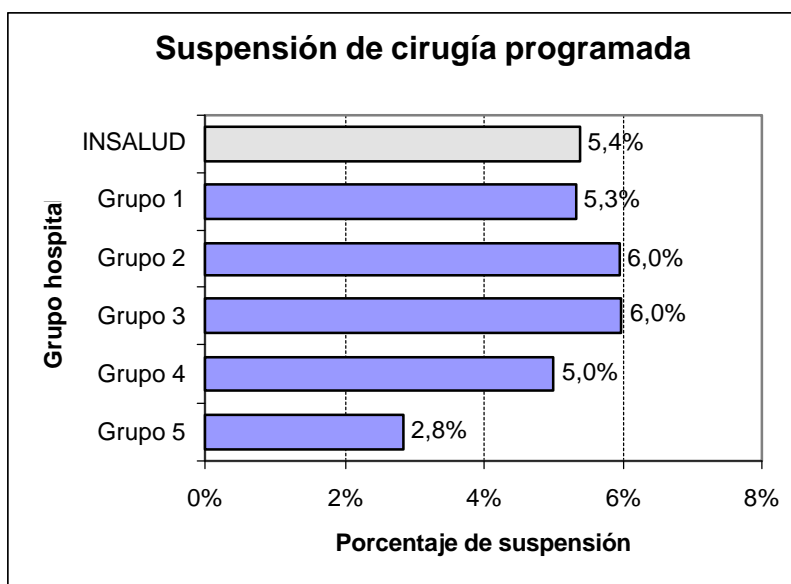


No se ha establecido el grado aceptable de inadecuación de ingresos^{69,70}. Existiría, sin embargo, un punto óptimo, dependiente de factores tales como la estructura del sistema sanitario o la disponibilidad de asistencia a enfermos crónicos. Sus desviaciones indicarían una asistencia deficitaria o un aumento innecesario del gasto hospitalario^{71,72}.

En España, los estudios publicados ofrecen unos resultados de inadecuación de estancia en torno al 35-40%, aunque existe un amplio rango (15-77%)⁷³. Los resultados del INSALUD se sitúan próximos a los publicados.

Indicador 21. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología.

La suspensión de cirugía programada puede ser costosa para un hospital⁷⁴. Puede suponer un periodo de inactividad para el equipo quirúrgico, tiempo de trabajo para reprogramar la cirugía, etc., con las molestias añadidas para el paciente y los familiares⁷⁵. La cancelación quirúrgica puede evitarse en gran medida, si se detectan los factores que la originan.



CAUSA DE SUSPENSIÓN	
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, decisión médica, complicación clínica, etc.)	61 (35%)
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	47 (27%)
Modificación del la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	38 (22%)
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, falta por completar el estudio preoperatorio, problemas técnicos, averías, etc.)	19 (11%)
Varios, desconocida	8 (5%)

La monitorización de la tasa de suspensión de cirugía puede ser útil para la detección de problemas en la gestión de la programación de cirugía. Es importante que los hospitales adopten medidas de mejora en relación a las causas principales que hayan detectado. Para reducir las cancelaciones debidas a reevaluación clínica de la condición del paciente, hay que insistir en la importancia de la utilización adecuada en el tiempo de las pruebas diagnósticas prequirúrgicas, evitando periodos prolongados entre la realización de dichas pruebas y la cirugía. Por otra parte,

una causa muy frecuente es la "prolongación de cirugía previa"; tal vez en este caso habrá que realizar una programación más ajustada a los tiempos reales.

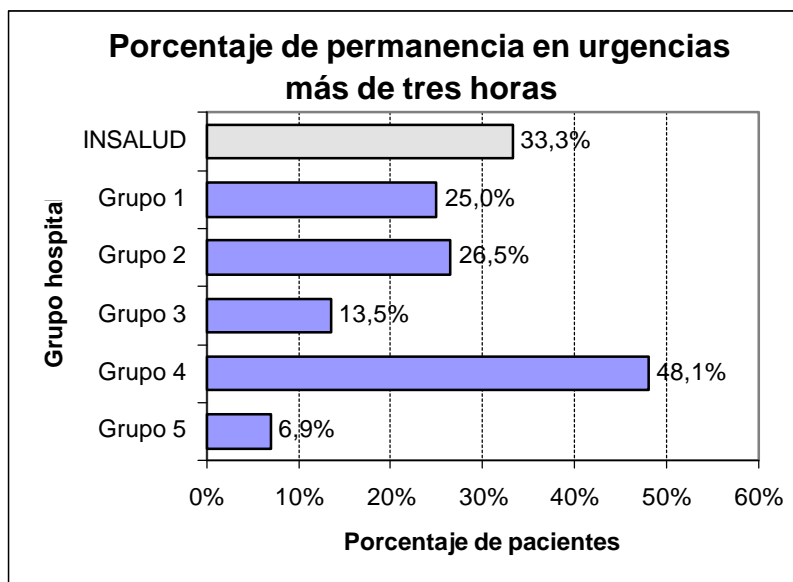
Estudio del tiempo de permanencia de los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

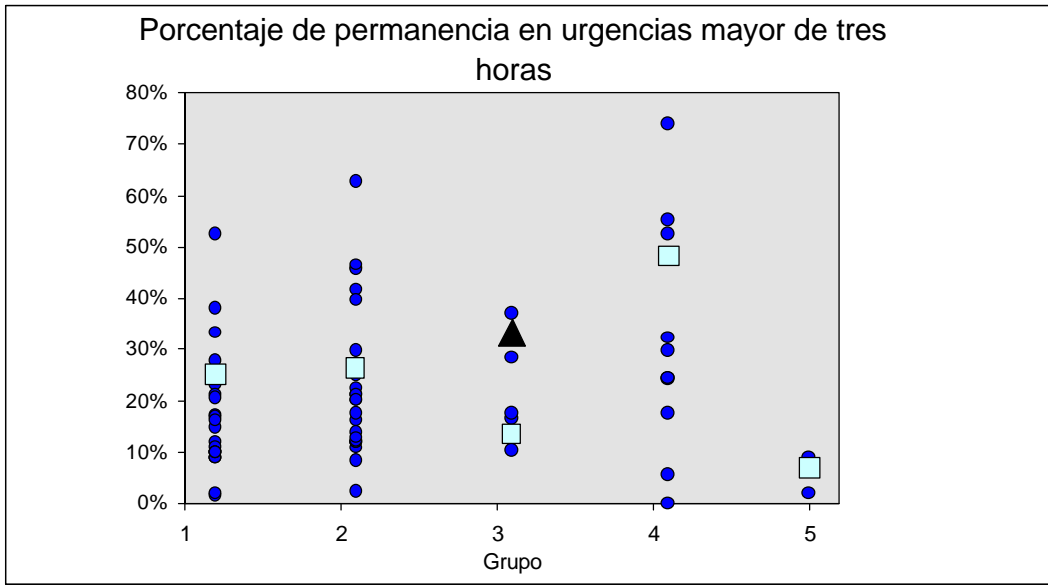
Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos⁷⁶. La imagen del centro está muy influida por la de su servicio de urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios⁷⁷. El tiempo de espera de los usuarios⁷⁸ puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

El indicador propuesto en el Plan de calidad no mide la espera a ser atendido, sino el tiempo que el paciente permanece en urgencias hasta que se le ingresa en planta, si precisa, o se resuelve su problema y se traslada a su domicilio, o a otro nivel asistencial.

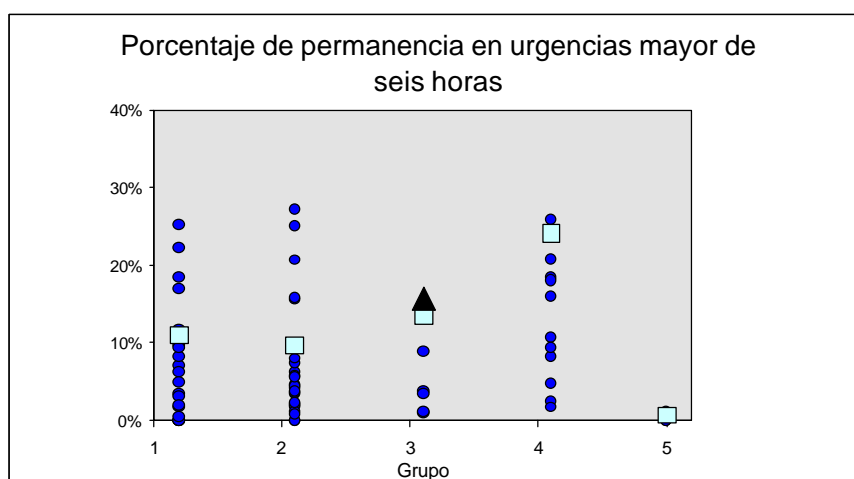
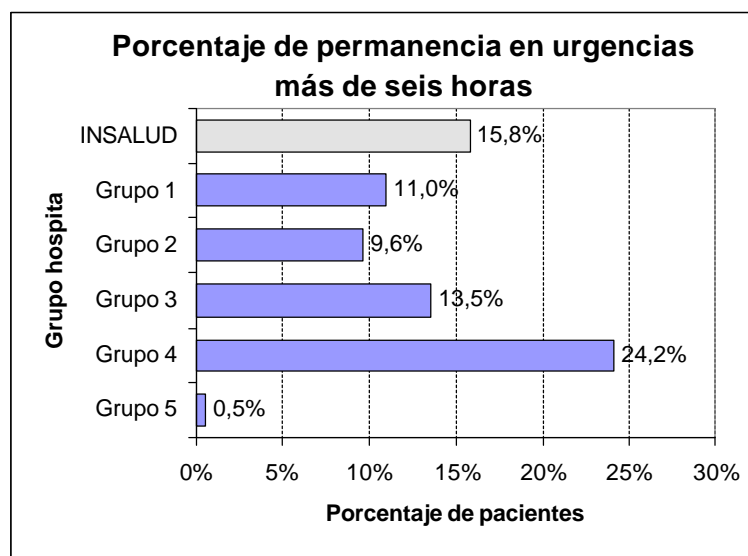
El tiempo de permanencia en urgencias hasta la resolución del problema lo consideramos también un indicador de calidad, ya que los problemas organizativos del hospital y del propio servicio pueden prolongar este tiempo más de lo necesario y ocasionar trastornos a los pacientes y al funcionamiento del servicio de urgencias.

Indicador 22.1. Porcentaje pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias





Indicador 22.2. Porcentaje pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias

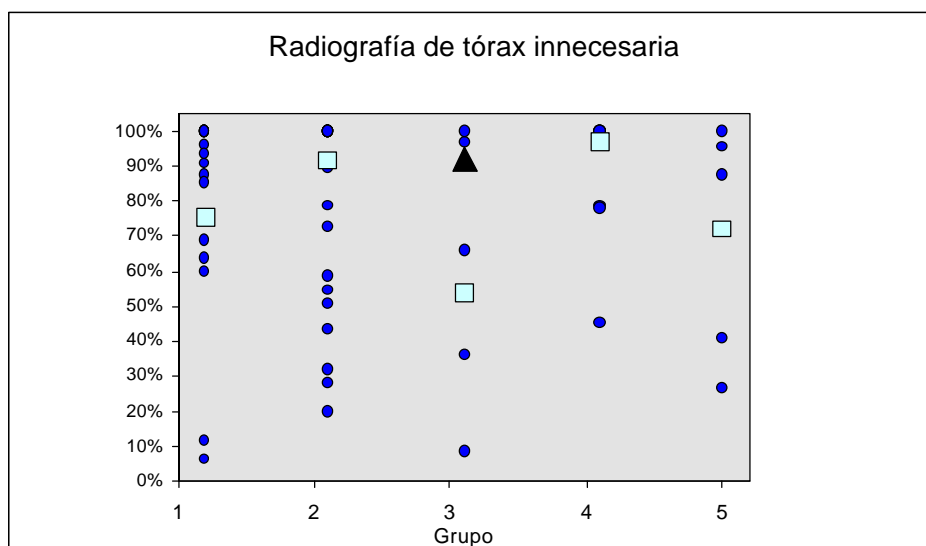
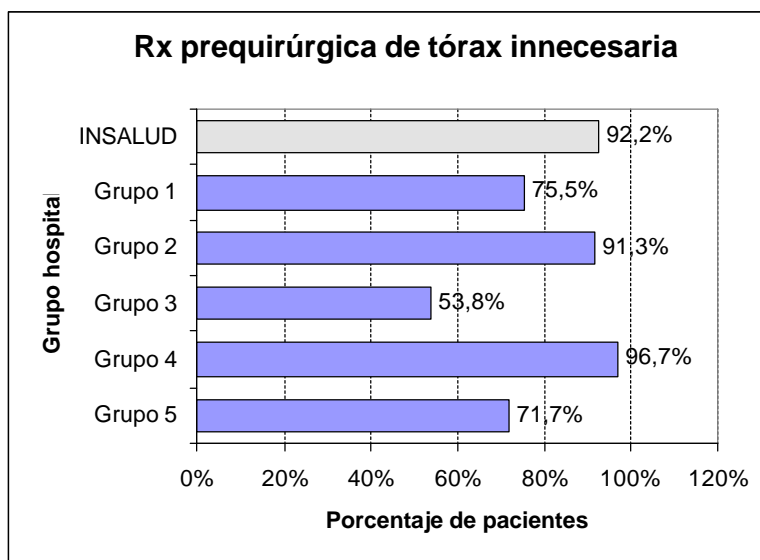


No parece lógico mantener tiempos de permanencia de más de 6 horas en urgencias, en porcentajes tan importantes de pacientes como el 20-30%.

Indicador 23. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio.

La American Society of Anesthesiology (ASA) clasifica el riesgo anestésico entre uno y cinco. Al paciente sano/asintomático (ASA I), considerado de bajo riesgo, no es necesario realizarle pruebas clínicas complementarias antes de una intervención quirúrgica programada, salvo excepciones⁷⁹. Sin embargo, la radiografía de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto costo y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones.

Como argumento para hacer la medición de este indicador, se envió a todos los hospitales el informe “ Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático para cirugía electiva programada”, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Vasca (OSTEBA).



Este es sin duda uno de los campos donde existe mayor margen de mejora, aunque el cambio en la actitud de los profesionales al respecto puede resultar problemática. De hecho, existen numerosos protocolos de actuación que indican la realización de una placa de tórax a todos los pacientes que se van a someter a cirugía.

Indicador 24. Porcentaje de pacientes mayores de 75 años que tienen una valoración del riesgo social al ingreso en el hospital.

La atención sociosanitaria es el estudio, diagnóstico, tratamiento y atención continuada de los problemas y dificultades de las personas o sus familias cuando tienen que enfrentarse a pérdidas importantes de salud y /o autonomía⁸⁰. Por concepción, la atención sociosanitaria presta una atención más amplia y duradera que la atención sanitaria de agudos. Ambos tipos de atención deben complementarse y coordinarse para aprovechar mejor los recursos existentes.

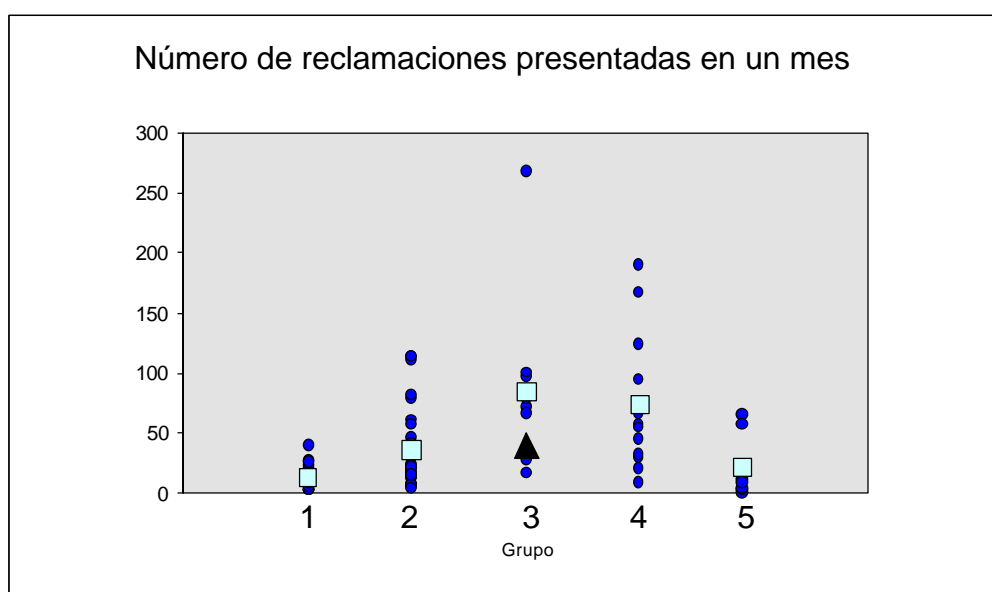
Desafortunadamente, el indicador que evaluaba la atención sociosanitaria prestada en los hospitales fue interpretado de distintas formas en algunos hospitales. En algunos se entendió como el porcentaje de pacientes mayores de 75 años que estaban en riesgo social. Por ello, no se pueden ofrecer los resultados de este indicador.

V. Análisis de la Evaluación

El objetivo de este apartado es discutir brevemente algunos aspectos destacables de la evaluación llevada a cabo por los hospitales. Para obtener una visión adecuada de los resultados de los indicadores, es preciso no perder de vista las condiciones en las cuales se han medido. A veces, muestras reducidas o poco representativas, pueden comprometer la validez de algunos resultados. Las gráficas de diversidad, ya introducidas al inicio de la memoria, permiten exponer fácilmente la variabilidad observada en las muestras, así como los valores extremos que pueden indicar algún problema.

La estructura de la sección mantiene la división por objetivos que se utilizó en la exposición de los resultados de los indicadores, resaltando en cada caso algún detalle de interés. Algunos objetivos no han sido incluidos por no presentar problemas destacables en su evaluación.

Objetivo 1. Mejorar la gestión de las reclamaciones



El número de reclamaciones medio por grupo aumenta, como era de esperar, con la complejidad y tamaño del hospital. Más llamativo es el hecho de la gran diversidad encontrada en algunos hospitales de los grupos dos, tres y cuatro, en donde las diferencias pueden estar mostrando variaciones en la forma de registro o gestión, más que una verdadera diferencia en el número de reclamaciones. En todo caso, sería recomendable que los hospitales con mayor número de reclamaciones estudiaran las causas.

Objetivo 2.1. Plan para la información a familiares

El número de servicios que a criterio del hospital precisarían lugar y horario explícito para la información, presenta una variabilidad importante dentro de hospitales del mismo grupo, especialmente el grupo 4. Esto hace pensar que ha habido hospitales que se han mostrado más exigentes al considerar el número de Servicios clínicos que precisan lugar y horario explícitos, o bien han seguido un criterio diferente a la hora de contabilizarlos. Esto puede haber tenido cierta influencia en los resultados.

Número de Servicios que precisan lugar y horario explícitos para la información

Grupo	Nº Hospitales	Número de servicios	Mínimo	Máximo
I	22	10,1	6	21
II	27	16,3	9	25
III	9	28,3	19	38
IV	12	37,5	10	66
V	8	10,0	1	22
INSALUD	78	18,5	1	66

Objetivo 2.2. Mejora de la información clínica. Documentos de consentimiento informado avalados

Existe una gran variabilidad en el número de documentos de consentimiento avalados. En este objetivo, se está evaluando el número de documentos, y no la calidad, lo que podría incentivar el desarrollo de documentos, sin tener en cuenta su calidad; si bien, la necesidad de una validación previa puede contrarrestar esta tendencia. En cualquier caso, es importante insistir en la necesidad de que los documentos nuevos sean desarrollados de acuerdo a la teoría de la ética médica, y sean consensuados y validados en el hospital.

Objetivo 2.3. Implantación del documento de consentimiento informado específico

Se solicitó a los hospitales que evaluaran la implantación del CI en la intervención más frecuente de cada servicio quirúrgico. De los 77 hospitales que han evaluado este objetivo:

Servicio	Nº hospitales 1997	Número Hospitales que evalúan (1998)	Procedimiento más frecuente
Cirugía General	64	69 (90%)	Hernia inguinal
Traumatología	59	69 (90%)	Prótesis cadera
O.R.L.	47	59 (77%)	Adeno/amigdalectomía
Oftalmología	63	71 (92%)	Cataratas
Tocoginecología	62	70 (91%)	Cesárea/histerectomía
Urología	57	69 (90%)	Prostatectomía
Cirugía Torácica	8	26 (34%)	Neumectomía
Cirugía Cardiovascular	13	26 (34%)	By-pass aorto-coronario
Neurocirugía	15	26 (34%)	Hernia discal
Anestesia	60	68 (88)	

Si escogemos un servicio concreto como Cirugía general, y analizamos el número de historias clínicas (HC) evaluado, observamos una gran variabilidad en el tamaño muestral (rango, 5-97). En algunos hospitales la muestra evaluada fue demasiado pequeña (alguno con tres historias clínicas). En estos casos, es posible que el tamaño muestral total sea suficiente para obtener el dato global del hospital, pero es insuficiente para conocer la situación en cada servicio. Es recomendable estudiar más historias, al menos en unos cuantos servicios seleccionados, para poder establecer medidas de mejora de forma más dirigida. El tamaño

muestral medio en cirugía general fue de 23 historias, algo menor que en el año anterior (25 historias).

Número de historias clínicas evaluadas en Cirugía General

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de HC eval. en 1997</i>	<i>HC evaluadas 1998</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	19	15,8	16,9	8	24
II	27	24,2	23,6	5	97
III	8	34,6	32,6	6	77
IV	11	36,1	22,3	8	62
V	4		39,0	12	67
INSALUD	69	25,5	23,5	5	97

Para la implantación del CI en pruebas diagnósticas, el tamaño muestral medio ha resultado más alto (media, 75 HC para la primera prueba evaluada, casi igual que el año pasado), aunque nuevamente se puede apreciar una gran variabilidad (rango, 6-575).

Número de pruebas diagnósticas evaluadas

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de HC evaluadas en primera prueba 1997</i>	<i>Media de HC evaluadas 1998</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	21	31,8	59,2	10	291
II	26	118,7	82,4	10	337
III	9	130,8	152,2	12	575
IV	11	60,6	55,0	6	264
V	7	19,3	29,3	7	69
INSALUD	74	76,1	75,2	6	575

Las pruebas más evaluadas fueron: endoscopia digestiva, broncoscopia y radiología con contraste.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 2.3.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	21	243,8	85	702
II	28	390,1	75	1471
III	9	556,6	98	1154
IV	12	466,6	81	1187
V	7	225,0	27	443
INSALUD	77	366,6	27	1471

Objetivos 2.5. y 2.6. Satisfacción con la información clínica y general

La cumplimentación de estos indicadores se basa en todos los casos en información extraída de la encuesta post-hospitalización (EPH) de cada centro. La metodología utilizada es

diferente de unos centros a otros; la principal diferencia es la tasa de respuesta. Los porcentajes reducidos de respuesta disminuyen la validez de los resultados de la EPH. Además, también influyen otros factores, como el momento de aplicar la encuesta (inmediatamente tras el alta, o al cabo de un cierto tiempo), si la encuesta es personal o telefónica, etc. Por todo ello, la comparabilidad de los resultados se reduce.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 2.5.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	21	152,5	40	355
II	27	270,0	31	1730
III	9	304,0	58	822
IV	12	534,7	78	1740
V	8	117,0	42	208
INSALUD	77	267,3	31	1740

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 2.6.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	20	151,2	50	355
II	27	289,0	30	1730
III	8	333,1	58	822
IV	12	459,4	54	1334
V	7	122,4	42	208
INSALUD	74	268,4	30	1730

Objetivo 3. Mejora del informe de alta

Indicador 3.1. Porcentaje de altas con informe

En el cálculo de este indicador, llama la atención la gran variabilidad de tamaños muestrales utilizados. Esto parece indicar que algunos hospitales obtienen la información de forma automatizada, de tal manera que no necesitan realizar estudios con muestras, sino que obtienen el total de pacientes.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 3.1.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	22	611,6	20	7073
II	28	1207,6	18	16698
III	8	355,1	105	1312
IV	12	12608,8	178	31998
V	8	970,1	31	6824
INSALUD	78	2681,7	18	31998

Indicador 3.2. Porcentaje de informes de alta que cumplen criterios de calidad

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 3.2.

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	22	615,8	20	7073
II	28	266,6	36	1000
III	8	193,5	105	370
IV	12	605,8	97	2046
V	8	138,0	31	323
INSALUD	78	396,6	20	7073

Indicador 3.3. Realización del informe de alta en un plazo de 15 días

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 3.3.

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	21	496,0	20	7073
II	27	389,0	42	1521
III	8	252,5	101	481
IV	12	2439,0	122	17506
V	8	149,9	23	303
INSALUD	76	702,7	20	17506

Objetivo 4. Mejorar la gestión de la lista de espera

En la evaluación de este objetivo, el principal problema metodológico es que algunos hospitales han establecido alguna excepción a los criterios obligatorios de la Circular 3/94, en lo que respecta a los datos administrativos.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	22	173,4	50	939
II	28	317,1	50	1496
III	8	648,8	100	3723
IV	12	918,4	94	7523
V	3	260,0	56	400
INSALUD	73	406,6	50	7523

Objetivo 6.1. Profilaxis antibiótica adecuada a protocolo

La siguiente tabla muestra la media de pacientes evaluados para el objetivo de profilaxis antibiótica adecuada a protocolo. En este objetivo se pedía a los hospitales una muestra de 100 pacientes escogidos aleatoriamente. Bastantes hospitales, sin embargo, han utilizado tamaños muestrales menores, si bien la media del INSALUD es bastante alta. De hecho, se ha tenido que excluir del nivel de excelencia a tres hospitales que, estando por encima del 90% de cumplimiento, habían utilizado tamaños muestrales muy bajos.

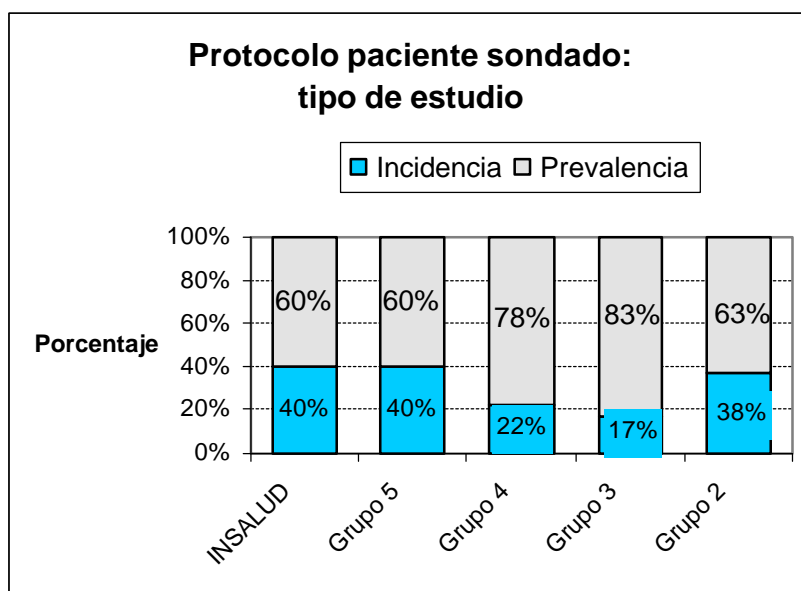
Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.

Grupo	Nº	Media de historias	Mínimo	Máximo
--------------	-----------	---------------------------	---------------	---------------

	Hospitales	evaluadas		
I	22	120,4	34	558
II	26	286,0	15	1534
III	9	120,3	50	191
IV	12	301,3	62	1672
V	6	88,7	30	102
INSALUD	75	204,2	15	1672

Objetivo 6.2. Sondaje urinario de acuerdo a protocolo

La siguiente gráfica muestra el tipo de estudio de evaluación escogido por los hospitales para evaluar la adecuación a protocolo del sondaje urinario.



Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.2.

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	21	41,8	9	82
II	26	84,6	17	679
III	9	68,4	39	157
IV	12	184,3	55	715
V	8	35,3	8	79
INSALUD	76	81,4	8	715

En algunos casos el tamaño muestral resultó excesivamente bajo.

Objetivo 6.3. Protocolos de las SS.CC. para la indicación de procedimientos frecuentes

6.3.a. Protocolo de indicación de cataratas

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.a.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	20	45,6	10	209
II	22	83,4	9	840
III	8	146,3	19	833
IV	9	89,8	21	253
V	4	42,5	50	60
INSALUD	63	77,7	9	840

En algunos casos los tamaños muestrales fueron excesivamente bajos. En la metodología se solicitaba el total del periodo estudiado, o una muestra adecuada a dicho periodo. En ciertos casos, el número de casos en el periodo estudiado fue bajo. Por ello, sería apropiado aumentar el periodo de estudio cuando el número de casos es bajo.

6.3.b. Protocolo de indicación de amigdalectomía

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.b.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	19	26,1	2	108
II	24	28,7	4	62
III	6	30,5	14	61
IV	11	47,8	11	127
V	3	15,0	15	30
INSALUD	63	30,8	2	127

6.3.c. Protocolo de hiperplasia benigna de próstata

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.c.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	17	19,2	3	51
II	24	30,7	5	91
III	6	40,3	14	100
IV	8	31,6	5	70
V	2	26,5	53	53
INSALUD	57	28,3	3	100

6.3.d. Protocolo de prótesis total de rodilla

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.d.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	14	14,6	1	31
II	22	20,2	5	44
III	6	29,0	7	64

IV	8	31,0	4	113
V	1	27,0	27	27
INSALUD	51	21,5	1	113

6.3.e. Protocolo de prótesis total de cadera

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.e.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	16	16,0	3	43
II	25	21,3	5	40
III	6	25,7	10	49
IV	8	86,0	9	483
V	2	27,5	25	30
INSALUD	57	29,6	3	483

6.3.f. Protocolo de hallux valgus

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.3.f.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	13	14,5	3	25
II	20	18,1	1	41
III	6	18,8	10	25
IV	8	48,9	4	267
V	2	65,5	64	67
INSALUD	49	24,2	1	267

Objetivo 6.4. Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.4.a (RMN)

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	7	54,9	17	200
II	13	46,7	5	87
III	3	70,7	30	94
IV	4	75,0	40	160
V	1	205,0	205	205
INSALUD	28	61,0	5	205

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.4.b. (TAC)

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	5	29,2	20	43
II	8	53,6	31	104
III	3	69,3	28	100
IV	2	37,0	24	50
V	0		0	0
INSALUD	18	47,6	20	104

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.4.c. (oxigenoterapia)

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	10	37,8	7	99
II	20	76,9	4	369
III	2	84,0	72	96
IV	6	426,0	146	648
V	1	60,0	60	60
INSALUD	39	120,5	4	648

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 6.4.d. (litotricia)

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	6	8,2	3	23
II	11	24,3	6	91
III	2	24,0	11	37
IV	3	60,7	31	83
V	0			
INSALUD	22	24,8	3	91

VI. Clasificación de los hospitales en función de los resultados del Plan de Calidad

El hecho de tener un programa de calidad común y hacer una medición con la misma metodología en todos los hospitales, ha permitido no sólo comparar los resultados conseguidos en cada uno de los objetivos, como se ha mostrado en la sección anterior, sino también puntuar a los hospitales según unos criterios uniformes en función de sus resultados (si bien hay que tener presente las limitaciones que se han ido señalando).

En la siguiente tabla se muestran los hospitales que obtuvieron una mejor puntuación de cada grupo, y la puntuación del resto de los hospitales del grupo. Esta puntuación es la versión corregida tras la visita a los hospitales para la validación de resultados. Algunos hospitales han sufrido un cambio en la posición respecto a la versión inicialmente enviada a los hospitales.

Hospitales Grupo 1	Puntos	Hospitales Grupo 2	Puntos
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	142,3	Valle del Nalón. Langreo	146,1
Comarcal de Jarrío. Coaña	136,8	General San Jorge. Huesca	139,0
De Alcañiz. Teruel	135,4	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares	138,1
	134,3		135,6
	133,5		135,4
	129,6		135,0
	129,1		134,2
	128,5		133,6
	127,9		132,5
	125,3		132,5
	124,9		132,1
	122,2		132,1
	120,4		132,0
	119,5		130,9
	117,5		130,0
	114,6		128,0
	114,5		128,0
	113,9		127,4
	107,9		124,9
	105,3		123,5
	103,7		121,5
	87,8		118,6
			114,0
			113,6
			107,8
			102,2
			101,0
			95,1

Hospitales Grupo 3	Puntos	Hospitales Grupo 4	Puntos
General de Albacete	137,3	Miguel Servet. Zaragoza	146,7
	135,5		131,5
	135,3		130,0
	120,5		128,6
	117,6		128,0
	114,9		126,1
	110,3		122,6
	100,5		121,0
			120,5
			117,4
			104,9
			103,4

Dada la heterogeneidad de las características de los hospitales del grupo 5, la comparación entre estos centros tiene poco sentido. Por ello, se ha decidido no incluirlos aquí.

ANEXO 1:

Validación de los resultados del Plan de Calidad de 1998

1. Introducción

El INSALUD ha implantado un Plan de Calidad con una serie de objetivos comunes de mejora de calidad. La medición de los resultados de dichos objetivos se lleva a cabo con una metodología común: se han utilizado los mismos indicadores, en el mismo tipo de pacientes y en periodos de tiempo semejantes, lo que permite comparar los resultados entre hospitales. En base a estos resultados se ha establecido una clasificación de hospitales, que se ha utilizado para vincular los resultados de la calidad al pago de productividad a los hospitales y para la asignación de diversos conceptos presupuestarios.

Comparar hospitales y establecer incentivos en función de la calidad, obliga a establecer una serie de mecanismos que garanticen la fiabilidad de los resultados. Este es el motivo por el que se procedió a comprobar in situ los resultados. Ya el año anterior se realizó la verificación de los resultados de cinco hospitales.

En algunos objetivos se quiso confirmar que existía un sistema que permitía la evaluación: persona responsable de la evaluación, hoja de recogida de datos, listados de historias clínicas evaluadas, etc. En otros objetivos, además de lo previo, se obtuvo una micromuestra de la población estudiada, en la que se ha midió el indicador, y se comprobó el grado de discrepancias. En ningún caso la validación de resultados por este método trataba de obtener el resultado sin errores, sino comprobar la exactitud de los datos enviados.

A cada hospital se desplazó un equipo compuesto por una persona de la Subdirección General de Atención Especializada, dos coordinadores de calidad y generalmente una enfermera de Unidades de Calidad de hospitales del INSALUD. La evaluación se realizó durante dos o tres días. El plan de trabajo fue el siguiente:

Día 1. Reunión a primera hora del equipo evaluador con la Dirección-Gerencia del hospital y con el Coordinador de Calidad del hospital visitado, para explicar el motivo de la evaluación y el plan a seguir. A continuación se celebraba una reunión con los responsables de los objetivos, presidentes de las comisiones clínicas, equipo directivo y equipo evaluador, para explicarles el plan de validación. Posteriormente se realizaron las entrevistas del equipo evaluador con cada uno de los responsables de los objetivos de calidad.

Día 2. Continuación de las reuniones con los responsables de los objetivos. Evaluación de las historias clínicas para verificar los resultados sobre cumplimiento del CI y la utilización de profilaxis prequirúrgica de acuerdo a protocolo. Revisión con el Coordinador de Calidad de la metodología utilizada en la monitorización de indicadores.

2. Informe general de la validación del Plan de Calidad de 1998

La auditoría de los resultados del Plan de Calidad se ha llevado a cabo en un hospital del grupo I, dos del grupo II, uno del grupo III y dos del grupo IV.

Indicador 1.1. Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días que cumplen los criterios establecidos.

En todos los hospitales visitados el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora declaradas. Se comprobó la existencia de un registro con las reclamaciones. En un hospital no hubo evidencia de que se llevaran a cabo acciones de mejora a partir del resultado de la evaluación de las reclamaciones ni de que los profesionales conocieran las reclamaciones en las que estaban implicados.

En uno de los hospitales se halló una pequeña discrepancia en los datos enviados por el hospital y el recuento realizado por el revisor.

Como aspecto positivo, en otro de los hospitales se tramitaban también las reclamaciones verbales. Aquellas consideradas de mayor importancia recibían la resolución por vía telefónica. Además, existían en el hospital varios buzones de recogida de sugerencias, que eran evaluadas para establecer medidas de mejora.

Otro hospital contaba con un servicio de atención al paciente bien organizado que centra su trabajo en la resolución inmediata de los problemas y tiene incorporado entre sus métodos de trabajo un mecanismo automático para garantizar la tramitación de las reclamaciones escritas en tiempo y forma. En este hospital llamó la atención el número de reclamaciones que recibía el hospital, que es mucho menor que el de los hospitales de su grupo. La explicación dada por los responsables era que solucionaban muchos de los problemas de los pacientes y esto evita en muchos casos que se ponga una reclamación. El equipo auditor planteó la duda de la dificultad en la accesibilidad al SAP de las personas que están ingresadas en el resto de edificios que componen el hospital, así como de que sólo estaba abierto en horario de mañana.

Indicador 2.1 Porcentaje de servicios clínicos que tienen un plan documentado para la información a familiares.

En todos los hospitales el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora declaradas. Existió un listado de los servicios que precisaban lugar y horario para la información, salvo en un hospital, en el que no existía este listado, porque según el responsable, todos los servicios lo precisaban, y por tanto, no era necesaria su elaboración.

Se visitaron varios servicios al azar, entre aquellos que declararon tener plan de información. Se hallaron algunas discrepancias (pocas), y aspectos a mejorar, como por ejemplo, carteles colocados en lugares altos, y redactados con letra poco visible. En uno de los hospitales todos los pacientes que ingresan reciben una hoja informativa en la que se especifica, entre otras cosas, el nombre de su médico responsable, la planta y servicio en el que está ingresado y los horarios y lugares de información.

Indicador 2.2. Número de procedimientos con documento de consentimiento informado específico.

En todos los centros el responsable de este objetivo conocía que había sido designado, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Además, se habían implantado las medidas de mejora declaradas. Profundizando en este objetivo, un hospital había realizado una encuesta a los pacientes sobre su grado de comprensión de los documentos, obteniendo un resultado bajo.

En casi todos los hospitales se comprobó la existencia de grupos de trabajo muy activos, dependientes en unos casos del Comité de Ética, y en otros donde no existía ese Comité, de forma autónoma. En todos los casos estaban haciendo una gran labor en el intento de transmitir la importancia de la información al paciente y de mejorar el contenido y la forma de los documentos de CI.

Indicador 2.3. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI debidamente firmado por el médico y el paciente, en su historia clínica.

En todos los hospitales el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora declaradas. Existió un registro de las historias clínicas evaluadas.

En tres hospitales el revisor halló discrepancias, y en uno de ellos, estas fueron suficientemente importantes para tener que anular el resultado declarado por el hospital. Las discrepancias básicas fueron: haber dado por válidos documentos de CI genéricos, y dar por válidos documentos no firmados por el médico.

Indicador 2.4. Implantación de un programa de acogida al paciente hospitalizado.

En todos los centros el responsable de este objetivo conocía que había sido nombrado, y había trabajado en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existía un programa de acogida documentado y un folleto informativo para los pacientes, salvo en un hospital, en el que no existió un programa de acogida documentado, cuando el hospital había respondido que sí (aunque sí existió folleto informativo para los pacientes). En el folleto siempre constaban los derechos y deberes del paciente.

Indicador 2.5. Porcentaje de pacientes satisfechos con la información clínica.

Indicador 2.6. Porcentaje de pacientes satisfechos con la información general.

En todos los hospitales, el responsable de este objetivo conocía que había sido designado, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. La encuesta aplicada fue la de 1998, y el dato estaba documentado, coincidiendo con el resultado enviado. Uno de los hospitales participa en la elaboración de la nueva encuesta post-hospitalización del INSALUD.

Indicador 3.1. Porcentaje de altas con informe.**Indicador 3.2a. Porcentaje de informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad.**

En general los responsables de este objetivo conocían que había sido designado como tal y habían tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados, salvo en un centro, en el que la persona responsable ya no se encontraba allí. Existió un responsable de la evaluación y se comprobó el registro de historias clínicas evaluadas.

Uno de los hospitales realizó una evaluación extensa y muy exhaustiva en la que se identificaron los principales defectos de calidad del informe de alta, aunque se detectó que dicha información no era posteriormente enviada a los servicios, por lo que se pierde uno de los fines y beneficios de la evaluación.

En un centro, al revisar el registro, se encontró una discrepancia. El resultado enviado había sido 111 informes con criterios de calidad de 120 evaluados, y el revisor encontró 98/120. En otro de los hospitales, en la evaluación de este objetivo, se fue especialmente riguroso, ya que contrastaron los informes de alta con la historia clínica.

Uno de los hospitales empleó una metodología que no se ajustaba al indicador pedido. Esta metodología le había sido más útil al hospital para mejorar. El equipo auditor consideró que los resultados podían ser superponibles y que era además uno de los cambios de la evaluación que se habían propuesto para 1999, y por tanto se consideró verificado el resultado.

Indicador 3.3. Realizar los informes de alta en un plazo inferior a 15 días.

En todos los centros el responsable de este objetivo conocía que había sido designado, y tuvo ocasión de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de las historias clínicas evaluadas, salvo en un centro, en el que el registro de las historias clínicas evaluadas era parcial.

Un hospital fue muy estricto al evaluar este objetivo, ya que estudiaron sólo las historias clínicas que estaban en el archivo. Parte de las historias se encontraban en codificación, con el informe de alta ya realizado, pero no fueron contadas. Por ello, el resultado hubiera podido ser más alto.

Indicador 4.a. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen todos los criterios obligatorios establecidos en circular 3/94.

En todos los hospitales estudiados el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de las inclusiones en lista de espera evaluadas.

En uno de los centros se evidenció muy buena sistemática por parte del servicio de admisión, como celebrar reuniones con los jefes de servicios quirúrgicos para mostrarles la importancia del cumplimiento de todos los criterios del procedimiento de inclusión en lista de espera.

Indicador 5. Sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

Nos encontramos ante un objetivo evaluado de forma bastante desigual por parte de los hospitales, posiblemente por limitaciones en el propio sistema de clasificación de los sistemas de vigilancia. Dos hospitales pueden declararse en el mismo nivel, cuando en realidad están utilizando sistemas muy diferentes de vigilancia (por ejemplo, incidencia con búsqueda activa e incidencia pasiva basada en informes de microbiología).

En uno de los centros se había declarado un nivel E (incidencia <50% de los servicios quirúrgicos y prevalencia), pero el sistema implantado se basaba exclusivamente en prevalencia (nivel G). En otro centro se había señalado un nivel A (incidencia >80% de los servicios quirúrgicos y prevalencia), pero el sistema implantado se centraba en la búsqueda de casos a través de cultivos de microbiología y visita posterior a la planta. En realidad, es un sistema algo distinto a lo que se pretendió definir en nivel A, pero no había otro nivel donde situar su sistema de vigilancia.

En un hospital complejo, con varios centros, el sistema de vigilancia pareció insuficiente para un centro de su tamaño y complejidad. El sistema era poco homogéneo, y se realizaban tres actividades puntuales de vigilancia por diferente personal, de forma aislada y sin coordinación aparente (estudio EPINE, incidencia de infecciones de herida en cirugía limpia en uno de los centros, e incidencia de infecciones en otro de los centros del complejo hospitalario)

En otro de los centros, se declaró realizar un sistema de vigilancia de nivel A (incidencia en más del 80% de los servicios quirúrgicos y prevalencia en todo el hospital). En realidad se realizaba el estudio anual de prevalencia EPINE y estudios de incidencia mensuales en algunos servicios quirúrgicos, de forma rotatoria. No se aplicaban estudios de incidencia en los servicios médicos, ni en la UCI. Se mantenía un seguimiento de los informes de microbiología de todo el hospital. Por último, en otro hospital no se pudo entrevistar al responsable por motivos personales.

Indicador 6.1. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.

En tres hospitales, el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas y existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas. Se tomaron al azar 10 historias, y se realizó una nueva evaluación. Los resultados concordaban en un 100% con los registrados por el responsable.

En otro centro, sin embargo, no existió registro de historias clínicas evaluadas, ni hoja de recogida de datos. Por ello, no se pudo realizar la verificación de los datos. Por último, en dos hospitales se encontraron importantes discrepancias de criterio a la hora de evaluar la adecuación de la profilaxis, y se tuvo que dar por no válido el resultado declarado.

Indicador 6.2. Porcentaje de pacientes sondados de acuerdo a protocolo.

En todos los centros el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas.

En uno de los hospitales el estudio consistió en un corte de prevalencia de un día. En la evaluación del cumplimiento del protocolo se utilizó una hoja en la que se valoraban el cumplimiento de 10 criterios. La certeza del cumplimiento de alguno de ellos sólo se puede tener mediante observación directa del sondaje y según la entrevista con las responsables del objetivo; esa no fue la fuente de los datos, sino la entrevista con las enfermeras y la consulta de la historia clínica.

En un hospital se comprobó la existencia de protocolo y un plan de cuidados específico para los pacientes sondados. Sin embargo, en la evaluación se emplearon únicamente dos criterios (ambos de registro en historia clínica), lo que hace dudar de que el resultado de la evaluación reflejara con suficiente fiabilidad el grado de cumplimiento real de protocolo.

Indicador 6.3a. Cumplimiento del protocolo de cataratas.

El responsable de este objetivo conocía que había sido nombrado, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas (salvo en un centro) y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

Uno de los hospitales decidió modificar el protocolo en lo que respecta a los pacientes diabéticos, haciendo una indicación más conservadora de la cirugía, desarrollando por tanto un protocolo específico para la cirugía de cataratas en diabéticos.

En otro hospital, el método de evaluación empleado, (evaluación inmediata tras decisión clínica) daba la impresión de que en lugar de adoptar decisiones clínicas en función del protocolo, se adaptaba la evaluación a las decisiones clínicas ya tomadas. Es de reseñar en este hospital que la persona responsable de la evaluación del objetivo no era un facultativo del servicio, sino una auxiliar de clínica. Esta persona era plenamente consciente de la pretensión y alcance de esa responsabilidad que, además, parecía haberse convertido en una de sus principales fuentes de motivación profesional. En un objetivo como el del cumplimiento del protocolo de cataratas, cuyos criterios de evaluación son tan claros y fáciles de utilizar, el reparto de responsabilidades hacia otros niveles de cualificación profesional puede ser un buen estímulo para fomentar la cohesión interna y la participación en los servicios. Sin embargo, es diferente realizar la evaluación, que ser el responsable del protocolo, responsabilidad que debería corresponder a profesionales vinculados con la práctica de los criterios incluidos en el protocolo.

Indicador 6.3b. Cumplimiento del protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía.

En dos centros, el responsable de este objetivo no pudo ser entrevistado. En el resto, el responsable conocía que había sido designado, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas.

Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas (salvo en un hospital), y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas. Un hospital realizó un muestreo sistemático, que es menos recomendable que el aleatorio, ya que puede introducir sesgos.

Indicador 6.3c. Cumplimiento del protocolo de hiperplasia benigna de próstata.

En la mayoría de hospitales el responsable de este objetivo conocía que había sido nombrado como tal, y había tenido ocasión de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas, y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas. En un centro, el responsable comentó que el criterio de la Valoración Internacional de la Sintomatología Prostática (I-PSS) del protocolo es muy complejo de aplicar, y no lo utilizan.

En un hospital con dos servicios de urología, sólo uno de ellos había implantado el protocolo y evaluado los resultados. El coordinador de calidad evaluó la práctica del otro servicio donde no se había implantado el protocolo. El equipo auditor no consideró recomendable que el coordinador haga las evaluaciones cuando los servicios no han aceptado implantar el protocolo, ni tampoco haga las evaluaciones de aspectos de la práctica tan específicos, por la dificultad que conlleva el conocer los criterios que se evalúan.

En otro hospital, aunque existió un responsable de la evaluación, no se pudo comprobar la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

Indicador 6.3d. Cumplimiento del protocolo de prótesis total de rodilla.

Indicador 6.3e. Cumplimiento del protocolo de prótesis total de cadera.

Indicador 6.3f. Cumplimiento del protocolo de hallux valgus.

En todos los hospitales el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia en la mayoría de hospitales de un registro de historias clínicas evaluadas, y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

En un hospital los criterios de inclusión y exclusión en lista de espera parecían examinarse una vez que la decisión clínica está ya tomada y el enfermo se encuentra en el quirófano, por lo que da la impresión de que el protocolo, en lugar de servir de guía para conducir las actuaciones médicas, se amolda a las peculiaridades de cada decisión ya tomada. En este hospital no se dispuso de la relación de pacientes evaluados ni de las hojas de recogida de datos.

El responsable en un hospital de uno de los protocolos admitió que la selección de la muestra estaba sesgada. En otro hospital, las hojas de recogida de datos no incluyeron todos los criterios de indicación de intervención establecido por el protocolo de las SS.CC. Por último, en otro centro el cumplimiento de los criterios clínicos de inclusión para intervención estaba sintetizado en un "sí" o "no", no utilizando una hoja de recogida de datos más específica, como la propuesta por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Indicador 6.4a. Utilización de alta tecnología adecuada a protocolo. RNM.

Indicador 6.4b. Utilización de alta tecnología adecuada a protocolo. TAC.

Indicador 6.4c. Utilización de alta tecnología adecuada a protocolo. Oxigenoterapia.

Indicador 6.4d. Utilización de alta tecnología adecuada a protocolo. Litotricia.

Al menos el 50% de los hospitales auditados no habían llevado a cabo el diseño y la implantación de protocolos, a pesar de que sus tasas de utilización estaban por encima de la media de su grupo. En un hospital parece que no existió un claro responsable de llevar adelante este objetivo.

En el resto, el responsable conocía que había sido designado y había tenido oportunidad de trabajar en los objetivos para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas, y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

Un hospital que llevó a cabo el de oxigenoterapia con una muy buena sistemática de trabajo e implicación de su responsable, el resultado había permitido reducir en un 40% la inadecuación de la prescripción. Otro hospital, llevó a cabo el diseño del protocolo de la RNM para unas patologías neurológicas muy concretas, y el resultado de su aplicación estaba siendo muy satisfactorio.

Indicador 7.1b. Porcentaje de exitus en Unidades de Críticos diagnosticados clínicamente de muerte encefálica, detectados por la Unidad Coordinadora de Transplantes, e incluidos en el protocolo de donación de órganos.

En todos los hospitales, el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existió un responsable de la evaluación. Se comprobó la existencia de un registro de historias clínicas evaluadas, y de las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

3. Verificación de la monitorización de indicadores

Se señalan a continuación los indicadores monitorizados, realizando algún comentario en alguno de ellos.

Indicador 13. Porcentaje de reingresos en urgencias en 72 horas siguientes al alta de urgencias.

Un hospital intentó realizar un estudio específico, para eliminar a los paciente que acudían de nuevo a urgencias por cita. No lo hicieron, pero lo plantean para este año. En otro hospital, el coordinador de urgencias había sido el responsable de evaluación de estos indicadores y tenía un sistema de información que le ha permitido la obtención de los datos.

Indicador 14. Tasa prevalencia úlceras por presión.

En un hospital se realizó un corte de prevalencia, en toda la hospitalización, pero no se utilizó la escala de Norton. Según el responsable, este año se implantaría. Se ha planteado realizar un seguimiento de la incidencia de las úlceras en todo el hospital.

Indicador 18. Incidencia de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos

En un centro se habían recogido los datos a partir del informe de alta, lo que reduce la sensibilidad. En otro hospital no quedó claro como obtuvieron el dato, ya que el sistema de vigilancia se basaba en estudios de prevalencia. El responsable no pudo ser entrevistado.

Indicador 20. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GDR con estancia más desviada.

En un hospital el estudio sobre la adecuación de las estancias se hizo con una metodología equivocada al confundir la aplicación del protocolo del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) con el cálculo de las estancias potencialmente ahorradas teniendo en cuenta la estancia media del grupo en un determinado GRD.

Indicador 22. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en urgencias.

En un hospital se planteó un estudio aprovechando el registro de la hora en la historia clínica. Sin embargo, cuando el dato faltaba, se obtuvo del registro administrativo. Ambas formas de registro varían, y por ello, el resultado obtenido no es muy real.

Indicador 23. Porcentaje de pacientes menores de 60 años, con riesgo ASA 1 con RX tórax en el preoperatorio.

En todos los centros se realizaba siempre placa de tórax, en todos los pacientes, y no parece haber intención de cambiar este protocolo. En un hospital se calculó de forma errónea ya que se incluyó como denominador la totalidad de las intervenciones realizadas por el hospital en el período de estudio.

Indicador 24. Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con riesgo social evaluado.

La responsable de la evaluación en un hospital fue una trabajadora social que la llevó a cabo en una unidad de traumatología.

4. Conclusiones

En general, el nivel de concordancia entre los datos declarados por los hospitales y los obtenidos por el equipo evaluador ha sido alto, pero se detectaron fallos que obligaron a no validar los resultados de algunos indicadores.

En varias ocasiones en la validación de los resultados de los protocolos, el equipo auditor no consideró que se debiera invalidar el resultado, pero propuso una evaluación con mayor rigor de los distintos criterios incluidos y que quedara correctamente documentado.

Los responsables de algunos objetivos no tuvieron disponible la documentación necesaria para llevar a cabo la validación de los resultados. En varios hospitales las historias clínicas estaban bastante desordenadas, lo cual ha dificultado su revisión. Hay que insistir en la importancia de ordenar correctamente la información de las historias.

En algunos hospitales dio la impresión de que el coordinador estaba asumiendo funciones de evaluación de objetivos e indicadores cuando las personas que debieran haberlo hecho, por ser los profesionales directamente vinculados con esos objetivos, no lo habían realizado. En vez de plantear la solución de este problema a otro nivel, trataban de suplir esa deficiencia llevando a cabo ellos mismos la evaluación. Cuando esto ocurría con protocolos de servicios, de temas de especialidades complejas, la evaluación no se hacía bien y además era poco útil, ya que es posible que los datos no se acepten por los servicios y se pierde el beneficio de la evaluación.

El liderazgo de los equipos directivos en el Plan de Calidad se ha mostrado, en lo que ha sido posible reconocer en dos o tres días de auditoría, bastante variable. Existían equipos directivos muy implicados y bien comunicados con el coordinador, y otros que daban la impresión de delegar más que de implicarse y liderar, con falta de apoyo efectivo al coordinador.

Esta validación ha tenido un valor añadido, que ha sido la experiencia adquirida por las personas que han formado parte del equipo evaluador. Todos hemos podido compartir experiencias, intercambiar ideas y documentos, etc. Y se ha aceptado, sin ninguna excepción, la importancia de la validación para dar mayor solidez a la evaluación anual.

ANEXO 2:

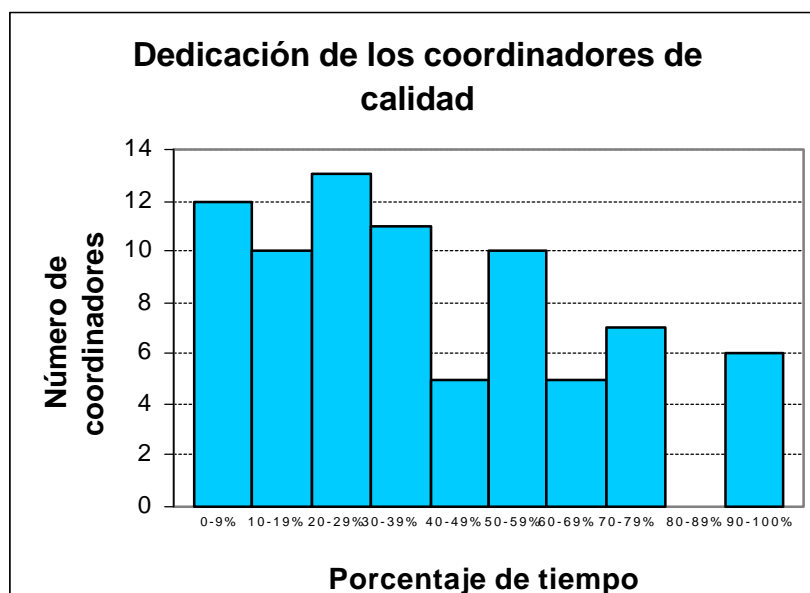
Encuesta de actividad en calidad asistencial

Los hospitales del INSALUD respondieron a la encuesta del mes de junio, y 64 hospitales a la del mes de diciembre, que recoge toda la actividad del año. Para aquellos hospitales que no respondieron la encuesta de diciembre, se ha realizado una extrapolación de la actividad declarada en junio (multiplicándola por 1.5, ya que la segunda mitad del año comprende los meses de verano).

1. Coordinador de Calidad.

En dos hospitales no había Coordinador del Programa de Calidad.

La dedicación de los coordinadores a su tarea resultó ser a tiempo parcial en 74 casos (95%) y a tiempo completo en los 5 restantes. La media de dedicación de tiempo a las tareas de coordinador de calidad fue de un 41% (37,2% en 1997) del tiempo de trabajo (rango 3%-100%). En el gráfico se observa la distribución de los coordinadores según el tiempo de dedicación.



2. Número de Comisiones Constituidas.

El Programa de Calidad trata de impulsar el funcionamiento de la Comisiones Clínicas porque se consideran órganos de participación multidisciplinar de profesionales para la mejora de la calidad. La participación es una de las claves en el éxito del Programa de Calidad^{81,82,83}. Las Comisiones son un instrumento que deben funcionar en relación a los objetivos del centro y no son un fin en si mismas. Por lo tanto el objetivo no es formar muchas comisiones, sino tener objetivos de mejora de la calidad cuya realización se crea debe ser abordada por una comisión.

La Comisión Central de Garantía de Calidad existía en 70 hospitales (89%), frente a 55 (71%) en 1997. De las 70 comisiones constituidas hubo 3 que no se reunieron en ninguna ocasión. La media de reuniones fue de 3,4 (1,8 en el año anterior) con una desviación estándar de 1,9 (rango 0 – 10).

En el año 1996: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 7,8.

En el año 1997: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 8,1. El 75% de los hospitales tenía más de 5 comisiones clínicas.

En el año 1998: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 9,0. El 87% de los hospitales tenía más de 5 comisiones clínicas.

Grupo	Nº medio de Comisiones 1996	Nº medio de Comisiones 1997	Nº medio de Comisiones 1998	Mínimo	Máximo
Grupo I	5,6	6,4	6,6	3	13
Grupo II	7,9	8,1	9,4	5	15
Grupo III	9,3	8,5	10,2	7	14
Grupo IV	11,2	11,3	12,8	7	18
Grupo V	6	6,3	6,3	3	13
INSALUD	7,8	8,1	9,0	3	18

Tabla 2. Número de comisiones por tipo de hospital. Años 1996-1998.

Las comisiones más frecuentes se muestran en la siguiente tabla (señalando el número de hospitales que tenían cada comisión), junto con el número medio de reuniones para cada comisión.

Comisiones	1996	1997	Reun. 97	1998	Reun. 98
Farmacia y Terapéutica	68 (97%)	77 (100%)	5,3	79 (100%)	5,9
Infección Hospitalaria y Política antibiótica	73 (95%)	73 (95%)	5,1	78 (99%)	5,7
Historias Clínicas	65 (93%)	67 (87%)	4,6	77 (97%)	5,4
Tejidos, Tumores y Mortalidad	35 (50%)	47 (61%)	3,7	54 (68%)	5,1
Ensayos clínicos y Ética de la Investigación clínica.	37 (53%)	25 (32%)	8,5	34 (43%)	5,1
Tecnología y adecuación de Medios diagnósticos	38 (54%)	48 (62%)	3,4	55 (70%)	5,6
Docencia y Formación continuada	58 (83%)	51 (66%)	4,5	56 (71%)	5,4
Quirófano	30 (43%)	28 (38%)	5,2	18 (23%)	5,5
Comité Asistencial de Ética	18 (26%)	33 (43%)	5,8	21 (26%)	7,7
Dietética y Nutrición	18 (26%)	23 (30%)	2,8	12 (16%)	4,4
Hemoterapia y Transfusión	27 (39%)	27 (37,5%)	2,3	22 (28%)	4,2
Urgencias	14 (20%)			22 (28%)	4,4
Biblioteca	8 (11%)	16 (21%)	3,4	21 (26%)	4,0
Trasplantes	5 (7%)	5 (7%)	5,0	9 (11%)	4,5

Observamos en general, un aumento de la presencia y actividad de las comisiones más importantes, y una disminución de las comisiones que ya eran menos frecuentes en años anteriores.

Respecto a la presencia de grupos de trabajo, se muestra el número de hospitales de cada grupo que tienen grupos de trabajo; y el número de grupos de trabajo por grupo de hospital.

Grupo	1996		1997		1998	
	Tienen g.t.	Nº medio	Tienen g.t.	Nº Medio	Tienen g.t.	Nº Medio
Grupo I	2 (9%)	1,5	11 (50%)	3,4	7 (32%)	2,9
Grupo II	8 (33%)	3,7	17 (60%)	2,9	23 (82%)	4,2
Grupo III	4 (57%)	4	4 (44%)	6,0	7 (78%)	5,9
Grupo IV	9 (69%)	6,8	11 (84%)	3,8	10 (83%)	7,2
Grupo V	3 (60%)	6	2 (33,3%)	3,5	7 (87%)	3,3
INSALUD	26 (37%)	5	45 (58,4%)	3,8	49 (62%)	4,4

Se observa un aumento de la proporción de hospitales con grupos de trabajo, así como de su número.

3. Conclusiones

Las Comisiones Clínicas forman parte de la estructura organizativa del Plan de Calidad de los hospitales. Son un instrumento indispensable para la definición de la práctica clínica correcta o adecuada en situaciones concretas, es decir en las condiciones del medio en que son atendidos los pacientes y para resolver de forma interdisciplinar los problemas que puedan darse en cada institución. Los criterios de actuación que elaboran estos grupos de trabajo son fruto del consenso entre profesionales expertos y son por tanto un modo importante de participación de los profesionales en la gestión y mejora de la calidad. Su papel es fundamental y constituye un índice de calidad de un hospital.

En 1998 ha habido un aumento, tanto del número de comisiones clínicas constituidas en los hospitales como en el número de reuniones que han realizado durante 1998. Además las Comisiones Clínicas han definido y pactado sus objetivos en una mayoría de hospitales, la mayoría de ellos relacionados con los objetivos de calidad incluidos en el CG.

ANEXO 3:

Estructura hospitalaria del INSALUD

Hospitales del Grupo I	
De Calatayud. Zaragoza De Alcañiz. Teruel De Barbastro. Huesca Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea Comarcal de Jarrio. Coaña Alvarez Buylla. Mieres Virgen Monte Toro. Mahon. Menorca Can Misses. Ibiza Comarcal de Laredo. Cantabria Comarcal de Hellin. Albacete Santa Barbara. Puertollano. Ciudad Real	Gutierrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos Santiago Apostol. Miranda de Ebro. Burgos Comarcal de Medina del Campo. Valladolid De Llerena. Badajoz Campo Arañuelo. Navalmoral. Caceres Ciudad de Coria. Caceres Comarcal del Noroeste. Caravaca Virgen del Castillo. Yecla Cruz Roja. Ceuta Comarcal de Melilla

Hospitales del Grupo II	
General Obispo Polanco. Teruel General San Jorge. Huesca De Cabueñes. Gijón De San Agustín. Avilés Valle del Nalón. Langreo De Sierrallana. Torrelavega Complejo Hospitalario Ciudad Real Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real Virgen de la Luz. Cuenca General de Guadalajara Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila Del Bierzo. Ponferrada. León Rio Carrión. Palencia	Complejo Hospitalario de Segovia General de Soria Virgen de la Concha. Zamora Comarcal Don Benito. Badajoz Merida. Badajoz Virgen del Puerto. Plasencia. Caceres Complejo Hospitalario de Caceres San Millan-San Pedro. Logroño Complejo Hospitalario Móstoles-Alcorcón Severo Ochoa. Leganés. Madrid Príncipe de Asturias. Alcala de Henares Morales Meseguer. Murcia Santa María del Rosell. Murcia Rafael Méndez. Lorca

Hospitales del Grupo III	
General de Albacete Complejo Hospitalario de Toledo General Yagüe. Burgos Complejo Hospitalario Virgen Blanca. León Clinico de Valladolid	Rio Hortega. Valladolid Infanta Cristina. Badajoz Universitario de Getafe. Madrid De la Princesa. Madrid

Hospitales del Grupo IV	
Miguel Servet. Zaragoza Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza Central de Asturias. Oviedo Son Dureta. Palma de Malloca Marques de Valdecilla. Santander Complejo Hospitalario de Salamanca	La Paz. Madrid Ramon y Cajal. Madrid 12 de Octubre. Madrid Clinico San Carlos. Madrid Puerta de Hierro. Madrid Virgen de la Arrixaca. Murcia

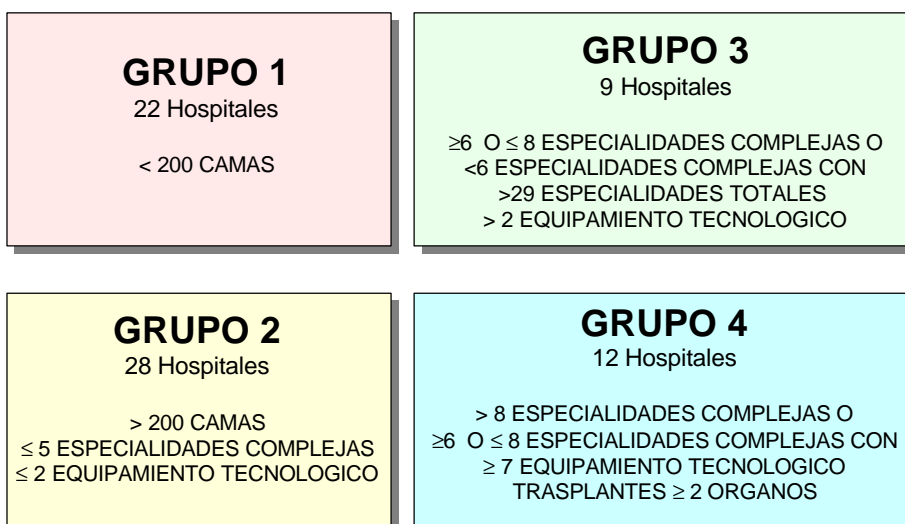
Hospitales del Grupo V	
San Jorge. Zaragoza Niño Jesús. Madrid De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid Santa Cristina. Madrid	Virgen de la Torre. Madrid Hospital Carlos III. Madrid Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid Hospital de Parapléjicos. Toledo

Población cubierta: 13.838.867

Camas instaladas: 37.091

Camas instaladas/1.000 habitantes: 2,68

CLASIFICACION HOSPITALES INSALUD



Sub. Gral At. Especializada



ANEXO 4:

Metodología común de evaluación

PLAN DE CALIDAD DEL CONTRATO DE GESTION DE 1998 METODOLOGIA DE EVALUACION

- El INSALUD quiere promover un cambio en la organización, incentivando actividades de evaluación y mejora de la práctica asistencial entre todos los profesionales. La evaluación de la asistencia debe formar parte del trabajo habitual, ya que una condición necesaria para mejorar la calidad es conocer lo que se está haciendo y cómo se está haciendo. Es preciso promover una cultura de la evaluación.
- La calidad se puede y se debe medir. Hay que utilizar indicadores numéricos para saber de dónde se parte y cuánto se mejora con la intervención. La evaluación debe realizarse con rigor metodológico.

También se recuerda que entre las funciones del coordinador de calidad está el participar en el diseño del plan de calidad del hospital, en su seguimiento, coordinación y evaluación, facilitando apoyo metodológico, pero esto no significa que el coordinador sea el encargado de llevar a cabo toda la evaluación. Uno de los objetivos del programa de calidad es hacer que los profesionales implicados en el objetivo colaboren en la evaluación, se autoevalúen. La autoevaluación es un factor educativo muy importante.

Sobre la recogida y envío de los datos

- En los hospitales debe quedar constancia por escrito de: quienes han sido los responsables de la recogida de datos, de la fuente de datos, listados, números de HC de pacientes evaluados, y sobretodo, de las hojas de recogida de datos cumplimentadas que se han utilizado en la evaluación. Deberán estar disponibles si el hospital es objeto de una visita para validar los datos.
- Cuando en la metodología de evaluación de cada uno de los indicadores se pida el envío del modelo de hoja de recogida de datos, se refiere a la hoja que en la que constan explícitamente los criterios que se han tenido en cuenta en la evaluación, no a un listado de números de HC.
- El resultado que se envíe debe hacer referencia exactamente al indicador que se pide. Ejemplo: si el denominador del indicador de la profilaxis antibiótica dice total de pacientes operados, no se debe enviar un resultado de un indicador en el que el denominador es pacientes a los que se ha dado profilaxis, sino el total de intervenidos hayan recibido o no profilaxis.
- No se tendrán en cuenta los resultados que no vayan acompañados de numerador y denominador, por lo que de producirse, figurará como indicador no evaluado.
- La importancia de los resultados obtenidos, tanto para conocer el nivel de calidad alcanzado, su comparación con otros hospitales, como para establecer criterios para la productividad y financiación, obliga cada vez más a ser rigurosos con el método de evaluación. Uno de los aspectos más importantes es obtener correctamente la muestra escogida para el estudio. Algunos de los indicadores tienen ya un tamaño muestral predefinido. Otros precisan que la muestra sea calculada por el hospital. Junto con la metodología se envía un anexo denominado "Muestreo.doc" para ayudar a aquellas personas que lo precisen, así como una hoja de cálculo en Excel 97 "muestreo.xls".
- En los resultados siempre se necesita saber cual ha sido el periodo en que se ha realizado el estudio, si se ha realizado sobre población total de ese periodo o sobre una muestra. En caso de que sea una muestra, se debe indicar la población total. Como el objetivo es conocer la mejora, se recomienda que el periodo de estudio sea lo más cercano posible a la fecha de la evaluación, por ejemplo el periodo de 1 o 2 meses previos.
- Utilizar muestreo aleatorio siempre que sea posible.
- Se envía la metodología de evaluación en soporte papel y en fichero electrónico. También se envía, únicamente en fichero electrónico, 2 documentos para la recogida de datos. Estos son los únicos documentos que se deben enviar cumplimentado a la SGAE. Uno es para enviar los resultados de la parte del Plan de calidad que se tiene que evaluar antes del 30 de junio y el otro para el resto, que se tiene que evaluar antes del 15 de diciembre. Rogamos que se envíen en papel, por correo, no por fax.
- En el contrato de gestión de 1998 se proponía un cambio del cronograma en la implantación y evaluación del plan de calidad, y se pretendía tener los resultados de la evaluación de todos los objetivos y de la monitorización de indicadores el 30 de junio.

En el CG 1998 se señala:

CRONOGRAMA EN LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

El cronograma que se sigue actualmente en la implantación y evaluación del programa de calidad ligado al CG se produce a lo largo del año natural (enero- diciembre) y tiene las siguientes dificultades:

- *Se precisa tener diseñado el programa de calidad del año siguiente para el mes de octubre, sin conocer los resultados de la evaluación de ese año.*
- *El pacto de objetivos entre la Presidencia Ejecutiva y los equipos directivos de los hospitales, y de estos con los servicios, comienza en octubre, sin conocer los resultados del año en curso.*
- *El pacto para el nuevo año se produce al mismo tiempo que todo el proceso de evaluación en los hospitales del programa de calidad del año en curso, meses de octubre-noviembre, lo que crea muchas dificultades.*
- *El verano, periodo inactivo para algunas de las actividades del programa de calidad, se produce en la mitad de la implantación del programa.*

Por todo lo expuesto se ha introducido un cambio en el cronograma del Plan de Calidad, que centra la mayoría de las actividades en los hospitales en el periodo octubre-junio, tal como consta en el gráfico acompañante. La evaluación final se

produciría en los meses de mayo-junio, y en diciembre se puede hacer una evaluación semestral, como la realizada en junio de 1997.

- Por la dificultad en la implantación y evaluación de alguno de los objetivos, sobretodo los que son de nueva implantación en 1998, se propone que los objetivos que ya estaban incluidos en el plan de calidad de años anteriores, se evalúen en el periodo mayo-junio, para poder disponer de los resultados el 30 de junio.

En aquellos de nueva implantación, como son los objetivos de mejora del informe de alta, implantación de protocolos quirúrgicos y de utilización de tecnología, etc. se puede retrasar la evaluación hasta el mes de noviembre, de tal manera que los datos estén disponibles el 15 de diciembre.

Esto nos permitirá una adaptación más progresiva al cambio completo en el cronograma para la evaluación de 1999. En cada uno de los indicadores constará explícitamente la fecha en la que deben ser enviados los resultados.

Encuesta de posthospitalización

La calidad de la asistencia que se presta tiene, entre otros muchos, indicadores de satisfacción de los usuarios. Sus resultados se utilizan para detectar oportunidades de mejora y como indicadores de la eficacia de muchas de las acciones de mejora de la calidad que, a través del CG, se están implantando en los hospitales: Programas de acogida al paciente al hospital, planes de información, implantación del CI, mejor gestión de las reclamaciones, etc.

Los hospitales del INSALUD hacen encuestas de satisfacción de los pacientes tras la hospitalización. Estas encuestas son en su mayoría modificaciones de un modelo de encuesta que hace varios años fue diseñada en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas modificaciones se han llevado a cabo en los hospitales y se han realizado de acuerdo a las prioridades y opiniones de los profesionales del Centro, y solo algunos Centros han decidido hacer un nuevo diseño y contar con la ayuda de profesionales expertos en los estudios de opinión.

Las diferencias en el contenido de los cuestionarios, y como se lleva a cabo la encuesta, por correo, telefónica, entrevista personal etc., hace que los resultados sean válidos para evaluar la satisfacción de los usuarios de un centro a lo largo del tiempo, pero no permite, o lo hace con muchas limitaciones, tener una idea general de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada ni comparar los resultados entre los distintos centros. Además muchos hospitales se estaban planteando en estos momentos modificar la encuesta de posthospitalización y estaban interesados en tener un método homogéneo.

Para resolver estos problemas se ha iniciado en el INSALUD un proyecto para el diseño de una nueva encuesta de posthospitalización mediante la metodología de los grupos focales en el que van a participar profesionales y pacientes de 7 hospitales de distintos ámbitos geográficos del área INSALUD.

Se pretende aunar esfuerzos y ofrecer a todos los hospitales una herramienta común que permitirá contar con resultados que puedan ser comparables, pero sobretodo que estos resultados estén relacionados con aquellos temas que verdaderamente le importan al ciudadano, desde una óptica que no sea solo la de quién es el prestador de servicios o el financiador, sino también desde la perspectiva de los pacientes.

OBJETIVO 1: MEJORAR LA GESTION DE LAS RECLAMACIONES

¿Es el responsable del SAP el responsable de este objetivo?

Si

NO

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo, tanto el tiempo de respuesta como la calidad del contenido de la respuesta ?

.....

Indicador 1: % de reclamaciones contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días.

Entre las muchas funciones del SAP está la de recogida y contestación de reclamaciones, en íntima conexión con la gerencia del centro y el responsable de la Unidad o Servicio objeto de la reclamación. Conseguir que las reclamaciones sean contestadas en un plazo inferior a 30 días es un objetivo de calidad del SAP, que no podrá ser realizado sin la participación de los otros implicados.

El gerente, o persona en quién delegue, remitirá a los interesados la contestación individualizada que deberá contemplar, al menos, los siguientes criterios:

- Resumen del motivo de la reclamación.
- Actuaciones realizadas
- Conclusiones y medidas adoptadas
- Identificación del firmante

Se enviará una copia de la contestación a las personas o servicios implicados en la reclamación, mientras que otra copia quedará grapada junto al original de la reclamación en el **libro normalizado**. (SAP Manual de funciones INSALUD 1993).

Fórmula del indicador

Nº reclamaciones presentadas por escrito que son contestadas <30 d. **y cumplen todos los criterios establecidos en el Manual de funciones del SAP** x 100

Nº total de reclamaciones presentadas por escrito

Población a estudio

Reclamaciones presentadas por escrito en el SAP

Muestra y periodo de estudio

Se recomienda estudiar el 100% de las reclamaciones presentadas en un mes.

Fecha de envío de resultados: 30 Junio 1998

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado
Nº x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Gestión de las reclamaciones	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

¿Qué horario tiene el SAP en el hospital?

Mañanas

Tardes

Noches

¿Cuándo el SAP está cerrado, existe un lugar donde depositar sugerencias y reclamaciones?

En todas las plantas

En lugares estratégicos del hospital como:

Urgencias

Entrada del hospital o similar

Otros

¿Existe en el SAP un registro centralizado¹ de las reclamaciones?

Si NO

¿Se registran las quejas orales y sus causas más importantes?

Si NO

¿En los centros de especialidades, existe un lugar donde depositar las reclamaciones y sugerencias?

Si NO

¿A que % de las altas se hace o envía la encuesta de posthospitalización?

.....%

¿De estos, que % de pacientes contesta a la encuesta?

.....%

Como se realiza la encuesta

Por correo

Telefónica

Entrevista en el hospital

Otras

¿Se hacen análisis e informes sistemáticos de los resultados de las encuestas ?

Si NO

¿Cómo se comunican los resultados?

Se envía a los Servicios el informe con los resultados globales del hospital

Se envía a los Servicios un informe de los resultados obtenidos en ese Servicio.

No se envía ningún informe

Otros(especificar).....

¿Participa el SAP en el diseño y/o desarrollo del Plan de Acogida al Hospital?

Si NO

OBJETIVO 2: MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES.

Objetivo 2.1: Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan definido explícitamente el lugar y horario para la información

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

-

-

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

.....

Nº de Servicios Clínicos, Secciones y/o Unidades funcionales del hospital que precisen informar a familiares de pacientes.

Nº =

¹ Libro único y/o base de datos informática que refleje la relación de reclamaciones, fecha de reclamación y de respuesta, etc

Indicador 2.1 a : % Servicios Clínicos que tienen de forma explícita un lugar y horario definido para la información a familiares.

Fórmula del indicador

Nº Servicios Clínicos con lugar y horario definido explícitamente para la información a familiares x100
 Nº total de Servicios Clínicos que precisan informar

Resultado
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

**¿De qué forma se hace explícita esta información: lugar y horario?
 (Marque la opción/es que corresponda)**

Cartel en las plantas

Se entrega por escrito a los pacientes

Otros (No se considerará la información verbal)

Puede haber hospitales que por su compleja estructura o por problemas de espacio no puedan asignar un lugar definido y un mismo horario para un servicio. Además existen áreas en las que no se puede hablar de un único horario (Urgencias, post-quirúrgica, UCI, etc.). En este caso se debe establecer un plan² o una sistemática de información en los servicios o en dichas áreas. Este plan debe estar documentado y necesariamente ser conocido por los pacientes.

Indicador 2.1 b : % Servicios que tienen un plan documentado para la información a familiares.

Fórmula del indicador

Nº de Sº Clínicos que tienen un plan documentado para la información a familiares x100

Nº total de Servicios Clínicos que precisan informar

Resultado
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

Cualquiera de estos 2 indicadores pueden ser utilizados en la evaluación del objetivo, aunque ambos son complementarios, ya que puede haber Sº con lugar y horario y otros con plan de información.

En cualquier caso la suma de los 2 numeradores debe ser el total de Sº que tiene plan o lugar.

Nivel pactado en el CP 98
Nivel alcanzado en la evaluación (suma de ambos indicadores).....

Lugar y horario para la información	
Niveles	Rango (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

Objetivo 2.2. Procedimientos con documento de consentimiento informado específicos (CI).

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

² Se envía un modelo de documento del Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Los documentos de CI son documentos del hospital y por lo tanto antes de su implantación deben ser avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital. Por ser la información al paciente y el CI un tema que presenta frecuentes conflictos éticos, el Comité Asistencial de Ética, en los hospitales que lo tengan, es el órgano del hospital que mejor puede avalar estos documentos y hacer recomendaciones a los servicios para mejorar la calidad de su contenido.

En el caso de que el hospital no cuente con Comité de ética asistencial, la Comisión central de garantía de calidad u otra comisión de calidad, puede llevarlo a cabo. Es importante que el Servicio de Atención al Paciente, si es que no es miembro de alguna de estas comisiones, participe en este proceso. También la participación de pacientes/usuarios debería ser tenida en cuenta.

Cuando los documentos hayan sido realizados por las Sociedades Científicas, y de acuerdo con el espíritu que reflejan algunas publicaciones hechas por las Sociedades, estos documentos se presentan como una guía y deben ser adaptados al contexto de cada hospital, documentos "ad hoc", y por lo tanto deben ser validados/avalados como el resto. Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es su forma, diseño, por lo que estos documentos deben estar normalizados, al igual que el resto de los documentos de la Historia Clínica.

Indicador 2.2: Nº de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de expertos formado en el Ministerio de Sanidad³ y que están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital (Comité de Ética Asistencial, Comisión Central de Garantía de Calidad, etc.) y están normalizados.

¿Por que Comisión han sido avalados/validados?.....

Por lógica, entre los documentos que el hospital presente como resultado de este indicador, deben estar incluidos los de los procedimientos quirúrgicos las pruebas diagnósticas y más frecuentes del hospital y que son objeto de evaluación con el próximo indicador.

Se ruega enviar una relación, por servicios clínicos, de los documentos de CI implantados en el hospital y enviar los Documentos de CI. **Únicamente los que están avalados/validados**

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

Resultado

Nº de documentos de CI =.....

Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Nº documentos
A	> 20
B	10-20
C	5-10
D	1-4
E	0 o genérico

Objetivo 2.3: Implantación del documento de CI específico.

Indicador 2.3: % de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el Documento de CI ⁴ correctamente firmados por el médico y el paciente o representante X 100

_____ Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico, que son evaluados

Población a estudio:

- Pacientes intervenidos de los procesos quirúrgicos más frecuentes dentro del ámbito del INSALUD, algunos de los cuales vienen ya determinados en la tabla. Los que no vienen determinados deben ser uno de los más frecuentes del Servicio.
- Pacientes sometidos a las 3 pruebas diagnósticas de riesgo más frecuentes en el hospital.

Periodo de estudio: A determinar por el hospital

Muestra: Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes intervenidos en dicho periodo

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

Resultado

Cirugía Gral.	Hernia inguinal			/	
Trauma	Prótesis de cadera			/	

³Noviembre 1997. Documento difundido por el MSC y también publicado por Diario Médico 22 Diciembre 1997. Se puede enviar una copia a quien lo precise.

⁴ Excepcionalmente se puede evaluar la presencia de documentos aún no validados

ORL				/	
Oftalmología	Cataratas			/	
Toco-gine	Cesárea/u otra			/	
Urología	Prostatectomía			/	
C. Torácica				/	
C. Cardiovas.				/	
Neurociruj				/	
Anestesia	Anestesia			/	

		Nº pruebas realizadas		
Endoscopia digestiva alta y baja			/	
Broncoscopia			/	
Radiología con contraste			/	
			/	

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

Resultado global (suma de los numeradores y denominadores de todos los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos)

Nº _____ x 100 = %

Nº

Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Implantación consentimiento informado	
Niveles	rango (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

En el caso de que en el hospital no coincida la intervención quirúrgica o la prueba diagnóstica más frecuente con la relación que se ha dado, pueden ser sustituidas por las más frecuentes del hospital, haciendo constar cual es.

Objetivo 2.4. Implantar un Programa de Acogida al paciente hospitalizado

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

.....

Indicador 2.4: ¿Cuenta el hospital con un Programa de Acogida al paciente en el que esté documentado por escrito en qué consiste dicho programa, quienes son los profesionales encargados de llevarlo a cabo y el paciente es acogido en el hospital de acuerdo a ese programa?

Si

NO

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....

¿Se entrega **además** a los pacientes hospitalizados algún tipo de información por escrito (folleto, tríptico, etc.) que haga referencia a servicios del hospital, horarios, visitas, etc.?

Si

NO

¿Está incluida en esta información escrita la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes?

Si

NO

Existencia de un programa de .acogida	
Niveles	Rango (nº)
A	Pa documentado + folleto inf.
B	Pa documentado sin folleto
C	Pa no documentado + folleto
D	Pa no documentado sin folleto No pa +folleto
E	No pa sin folleto

Enviar el documento del Programa de Acogida y el tríptico o folleto que se entregue a los pacientes.

Objetivo 2.5. Mejorar la satisfacción con la información clínica

Indicador 2.5: % de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida.

Fórmula del indicador:

$\frac{\text{Nº de pacientes que están satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida}}{\text{Nº total de pacientes que contestan la última EPH}} \times 100$

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

<p>Resultado</p> <p>Nº _____ x 100 = %</p> <p>Nº</p> <p>Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....</p>
--

SATISFACCION CON LA INFORMACION CLINICA	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	90-95
C	85-90
D	80-85
E	<80

Este resultado puede ser enviado el 15 de diciembre si los últimos resultados de la EPH no fueran recientes o el hospital sólo hiciese la EPH en el 2º semestre del año.

Objetivo 2.6: Mejora de la satisfacción con la información en general

Indicador

% Pacientes que en la última EPH realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información general.

Fórmula del indicador:

$\frac{\text{Nº de pacientes que están satisfechos/muy satisfechos con la información general recibida}}{\text{Nº total de pacientes que contestan la última EPH}} \times 100$

Fecha de envío de resultados: 30 de Junio

<p>Resultado</p> <p>Nº _____ x 100 = %</p> <p>Nº</p> <p>Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....</p>
--

Satisfacción con la información general	
niveles	rango (%)
A	> 95
B	90-95
C	85-90
D	80-85
E	< 80

Este resultado puede ser enviado el 15 de diciembre si los últimos resultados de la EPH no fueran recientes o el hospital sólo hiciese la EPH en el 2º semestre del año.

OBJETIVO 3: MEJORA DEL INFORME DE ALTA

La mejora de calidad de los sistemas de información sanitaria pasa ineludiblemente por una mejora de la calidad de los informes de alta. El informe de alta debe contener como requisito imprescindible los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del CMBD. Si la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) no se refleja con suficiente amplitud y claridad en el informe de alta, la

posterior codificación del proceso y análisis del case mix del hospital ofrecerán una visión poco real de la actividad y calidad de la asistencia llevada a cabo en el centro.

El informe se debe realizar dentro de un plazo determinado, ya que es más fácil que se registre toda la actividad, si el informe se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después. La evaluación que se va a hacer a los 15 días es para que puedan ser incluidos pacientes a los que les falte algún resultado en el momento del alta.

Indicador 3.1: % altas con informe

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC con informes de alta}}{\text{Nº total de HC evaluadas}} \times 100$$

Población a estudio:

Historias Clínicas de pacientes dados de alta

Periodo/s de estudio: A determinar por el hospital. Se puede utilizar el mismo periodo y muestra que para el siguiente indicador.

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel pactado en el CP 98Nivel alcanzado en la evaluación.....
--

Indicador 3.2: % de informes de alta que cumplen criterios de calidad

Criterios de calidad del informe de alta:

Se aplicarán los que aparecen en la Orden Ministerial 6 de setiembre de 1984 sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios y que hayan producido al menos una estancia

Requisitos mínimos:

1. Estar escrito a máquina o con letra claramente legible
2. Está identificado el hospital y la unidad asistencial:
 - 2.1: Domicilio y teléfono del hospital
 - 2.2: Identificación de unidad o servicio que da el alta
 - 2.3: Nombre, apellido y rúbrica del médico responsable.
3. Estar identificado el paciente:
 - 3.1. Número de historia clínica
 - 3.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo
 - 3.3. Domicilio habitual.
4. Referido al proceso asistencial:
 - 4.1. Día, mes y año de la admisión
 - 4.2. Día, mes y año del alta.
 - 4.3. Motivo del alta⁽¹⁾
 - 4.4. Motivo inmediato del ingreso
 - 4.5. Resumen de la historia clínica y exploración
 - 4.6. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente⁽²⁾
 - 4.7. Diagnóstico Principal⁽³⁾
 - 4.8. Otros diagnósticos
 - 4.9. Procedimientos quirúrgicos y/o Obstétricos
 - 4.10. Otros procedimientos significativos⁽⁴⁾
 - 4.11. Recomendaciones terapéuticas.

(1) Curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, traslado

(2) Incluyendo los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento si se hubiera realizado necropsia, se expondrán los hallazgos más significativos de esta en un apartado específico.

(3) Se considerará como diagnóstico principal la afección que después del estudio necesario, se establece que fue causa del ingreso en el hospital. De acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su

estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, que se consignarán en el apartado de otros diagnósticos (4.8). No se incluyen en esta definición la realización de técnicas, exploraciones o intervenciones quirúrgicas o de otro tipo. No se deberán utilizar epónimos para describir el diagnóstico principal ni tampoco abreviaturas. El diagnóstico principal quedará reflejado en el informe de alta de manera que esté separado de los otros diagnósticos o procedimientos.

(4) Son aquellos que requieren personal o medios especializados y que conlleven un determinado riesgo (pe. Cateterismo cardiaco, colonoscopia, biopsia hepática,...).

Fórmula del indicador 3.2a:

Nº de informes de alta que cumplen todos los criterios x 100
 Nº total de informes de alta que son evaluados

Población a estudio:

Informes de alta de pacientes que han sido hospitalizados

Periodo/s de estudio: A determinar por el hospital.

Muestra: Se recomienda que el tamaño sea, al menos, aproximado a:

Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5

Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre

Periodo de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado.	
Nº _____	x 100 = %
Nº	
Nivel pactado en el CP 98D.....Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Fórmula del indicador 3.2b:

Nº de informes de alta que cumplen el 80% de los criterios x 100
 Nº total de informes de alta que son evaluados

Población a estudio, periodo de estudio y muestra: Igual que el indicador anterior.

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre

Resultado	
Nº _____	x 100 = %
Nº	

Niveles	Rango (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

Objetivo 3.3: Realizar los informes de alta en un plazo inferior a 15 días

Indicador: % de informes de alta definitivos disponibles en el Sº de Archivo en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador :

Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo en un periodo menor de 15 días desde el alta. x 100

Nº total de HC de pacientes dado de alta que son evaluadas

Población a estudio:

Historias Cínicas de pacientes dados de alta

Periodo/s de estudio: A determinar por el hospital.

Muestra: Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:
 Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5
 Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
Nº _____ x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 98D..... Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	rango (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

OBJETIVO 4. MEJORAR LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA

Objetivo 4. Inclusión en lista de espera de acuerdo a los criterios establecidos en la guía de gestión de la lista de espera⁵

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

.....

A la espera de la nueva guía de gestión de LE, el indicador por el que se va a evaluar este objetivo es el mismo que el del año 1997, con los criterios establecidos en la circular 3/94.

Estos criterios son:

1. Nombre y dos apellidos del paciente
2. DNI o CIP
3. Dirección postal, teléfono
4. Edad, sexo.
5. HC
6. Fecha de entrada en demanda quirúrgica con todos los requisitos:
 - tener realizados los estudios pertinentes
 - haber establecido el diagnóstico
 - Indicación de un procedimiento quirúrgico.
 - No incluir procesos incipientes ni segundos tiempos de intervenciones.
 - Haber informado al paciente, con firma de autorización del paciente de entrada en lista de espera, o en su caso del documento de CI indicando su consentimiento para la intervención.
 - Tener HC abierta y realizada en el área sanitaria
7. Servicio quirúrgico al que está adscrito el facultativo
8. Diagnóstico literal del facultativo
9. Diagnóstico codificado
10. Prioridad según clasificación

Además en esta circular se establecen unos criterios recomendados que son de una gran importancia para la gestión de la lista de espera:

1. Identificación del facultativo
2. Procedimiento literal a realizar
3. Procedimiento codificado por CIE9-MC

⁵ Esta guía será próximamente enviada a los hospitales

4. Ayudas para la programación del ingreso y la intervención

Indicador 4 a: % pacientes incluidos en lista de espera que cumplen todos los criterios obligatorios establecidos en circular 3/94

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a los criterios establecidos} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Población a estudio:

Pacientes incluidos en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

Periodo de estudio:

A determinar por el hospital

Muestra: El tamaño debe ser como mínimo de:

50 pacientes incluidos en lista de espera en los hospitales del grupo 1,2,5
100 pacientes incluidos en lista de espera en los hospitales del grupo 3 y 4

Fecha de envío de resultados: 30 de junio

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado
Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

Indicador 4 b: % pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios recomendados en circular 3/94

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a los criterios recomendados} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Fecha de envío de resultados: 30 de junio

Resultado indicador

Inclusión de pacientes en lista de espera de acuerdo a criterios establecidos.	
niveles	rango (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

OBJETIVO 5: DISMINUIR LA INFECCION HOSPITALARIA**Indicador 5: Nivel de vigilancia de la infección nosocomial**

Nivel pactado en el CG 98.....Nivel implantado
--

Niveles	Sistemas de vigilancia en infección hospitalaria
A	Incidencia > 80% Servicios Qx. + Prevalencia
B	Incidencia > 80% Servicios Qx.
C	Incidencia 50-80% Servicios Qx. + Prevalencia

D	Incidencia 50-80% Servicios Qx.
E	Incidencia <50% Servicios Qx. + Prevalencia
F	Incidencia <50% Servicios Qx.
G	Prevalencia todo el Hospital
H	Prevalencia algún servicio del Hospital
I	No existe sistema de vigilancia implantado

Como los niveles expresados en esta tabla sólo tienen en cuenta a los servicios quirúrgicos y además contiene ciertas indefiniciones, se ruega contestar a la siguiente encuesta⁶ que podrá mostrar mejor los sistemas de vigilancia de la infección.

Encuesta sobre el Sistema de Vigilancia de la Infección Hospitalaria

- ¿Realiza el hospital un seguimiento de incidencia o cortes de prevalencia de la infección nosocomial?
Si
No
- ¿Cuál es el servicio responsable de la vigilancia de la infección nosocomial?
- ¿Qué tipo de estudio se realiza?.

Incidencia
Prevalencia
Ambos

Estudios de incidencia

- Cual es el método utilizado para el estudio de incidencia:
Revisión de historia clínica
Visita a las plantas
Cultivos de microbiología
Combinación de los anteriores
- Tipo de programa seguido:
VICONOS
EPIHOS
Otro:
- El estudio se aplica:
A servicios quirúrgicos
A servicios médicos
A servicios médicos y quirúrgicos
- Dentro de cada servicio, ¿a qué pacientes del período se aplica el seguimiento?
Todos los pacientes
Una muestra de pacientes
Selección de patologías
- En caso de que se estudie una muestra de pacientes, indicar el porcentaje de pacientes estudiados respecto al total de ingresados:
El % de paciente estudiados es de %
- El estudio realizado es:
Seguimiento continuo
Limitados en el tiempo
Duración media:
Periodicidad:

⁶ Realizada con la colaboración del Dr. J. Diez, H. la Paz

10. ¿Cuántas personas participan en el estudio?

Médicos:
Enfermeras:
Auxiliares

11. ¿El estudio incluye áreas de pacientes críticos? (UVI, Reanimación, coronarias, quemados, etc.)

Si
No

12. Se estudia la incidencia de infección nosocomial asociada a:

Instrumentación urinaria:
Si No

Cateterización venosa:
Si No

Respiración asistida:
Si No

13. Los resultados se estratifican por:

Grado de contaminación de la intervención
Si No

Tiempo de intervención
Si No

Valoración ASA
Si No

Estancia prequirúrgica

Si No

Profilaxis antimicrobiana perioperatoria
Si No

14. ¿Notifica los resultados a los servicios implicados?

Si
No

15. ¿Se incluyen en el informe propuestas de mejora?

Si
No

16. ¿Se incluye en el informe información histórica de la evaluación del seguimiento?

Si
No

Estudios de prevalencia

17. Tipo de protocolo seguido:

EPINE
Otro:

18. El estudio se aplica a:

Todos los servicios
Algunos servicios

19. Indique la periodicidad del estudio:

Anual

Más de un corte anual
Periodicidad:

¿Notifica los resultados a los servicios implicados?

Si
No

20. ¿Se incluyen en el informe propuestas de mejora?

Si
No

21. ¿Se incluye en el informe información histórica de la evaluación del seguimiento?

Si
No

OBJETIVO 6: IMPLANTAR PROTOCOLOS EN LA PRACTICA ASISTENCIAL

Bajo este título se engloban una serie de objetivos, algunos de ellos nuevos en el CP de este año. Por la experiencia de años anteriores, los criterios con los que se evalúa la adecuación al protocolo suelen ser dispares y el nº de ellos muy variable. Esto no sería muy importante si el resultado de la evaluación únicamente fuera a ser valorado por el propio hospital a lo largo del tiempo. El problema es cuando los datos de todos los hospitales se analizan de forma global, se comparan y se establecen incentivos económicos en función de sus resultados. Esto obliga mucho más a tratar de que los hospitales sean rigurosos en su evaluación.

Cuando, como en el ejemplo de la profilaxis, los criterios son de todos conocidos, y limitados en su nº, no se planteen grandes diferencias en la evaluación en los hospitales. En el caso del cuidado del paciente sondado a protocolo, donde también podría pensarse que los criterios que se iban a evaluar podían ser semejantes, en los 2 últimos años se ha visto gran diferencia en el nº de criterios que se han evaluado entre distintos hospitales. De hecho, algunos hospitales han evaluado únicamente el proceso puntual del sondaje, y otros han añadido los cuidados posteriores. En relación con este protocolo, se acompaña a esta metodología las hojas de recogida de datos que han elaborado el pasado año algunos hospitales y que reflejan muy bien la amplitud de su evaluación

Niveles de cumplimiento de protocolos	
Niveles	rango (%)
A	>90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

Objetivo 6.1: Protocolo de profilaxis antibiótica.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
.....

¿Existe en el hospital un Protocolo Hospitalario de profilaxis antibiótica avalado por la Comisión correspondiente?

Si NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo siguiente.

Indicador 6.1: Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados}}$$

Población:

Todos los pacientes intervenidos.

Es cierto que algunos hospitales evalúan la adecuación de profilaxis sólo en los pacientes que precisan profilaxis, y no lo hacen en los que no la precisan. Pero si el objetivo es evaluar la adecuación de la profilaxis quirúrgica, en el denominador deben figurar todos los pacientes intervenidos, precisen o no profilaxis. Se considerará pues:

		Administración (de acuerdo a protocolo)	
		SI	NO
Indicación	SI	Correcto	Incorrecto
	NO	Incorrecto	Correcto

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Muestra de estudio:

El tamaño muestral, calculado para una precisión de un 10% y una confianza del 95%, para todos los grupos de hospitales, se ha fijado en un mínimo de 100. Puede sorprender que el tamaño muestral mínimo sea independiente del total de altas quirúrgicas del centro, es decir, que no varíe en función del tamaño del hospital. Esto es así, porque asumiendo un muestreo aleatorio, el tamaño muestral calculado para la precisión y confianza mencionados, se estabiliza aproximadamente a partir de las 500 altas quirúrgicas en un año, variando ya muy poco hasta incluso el rango de 20.000 de un hospital del grupo 4.

Todos los supuestos se mantienen siempre y cuando se realice un muestreo **ALEATORIO** del total de altas quirúrgicas del periodo que se va a utilizar. Para realizarlo es preciso obtener del sistema de información del hospital un listado exhaustivo de todas las altas quirúrgicas, para luego seleccionar mediante una tabla de números aleatorios los, al menos 100 pacientes o HC de la muestra. Cuando por cualquier circunstancia no pueda recuperarse la HC seleccionada en la muestra, se sustituirá por el inmediatamente siguiente del listado hasta completar el tamaño muestral fijado.

Criterios de evaluación:

- Indicación o no de la administración de la profilaxis.
- Tipo de antibiótico utilizado.
- Momento de la administración.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Duración de la profilaxis.

Sólo deberá considerar que la profilaxis antibiótica es correcta (de acuerdo a protocolo) cuando se cumplan los 6 criterios anteriores.

En años anteriores algunos hospitales evaluaron este objetivo mediante el estudio de prevalencia EPINE. No se cree que se deba de hacer así porque el EPINE no está pensado con ese fin. Este objetivo pretende evaluar la profilaxis adecuada a protocolo y no la simple utilización de profilaxis. Es preciso evaluar los criterios de adecuación.

Fecha envío de resultados: 30 de junio de 1998

Periodo de estudio..... Resultado $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Objetivo 6.2 : Cuidado del paciente sondado de acuerdo a protocolo

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

.....

¿Se utilizan en el hospital sistemas de sondaje abiertos? (al margen de para aquellas situaciones concretas en los que pueda estar indicado)

Si NO

¿Existe en su Hospital un Protocolo para el sondaje urinario?

Si NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo que sigue.

Indicador 6.2: Porcentaje de pacientes sondados que tienen cuidados de enfermería de acuerdo a Protocolo

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes sondados con cuidados de acuerdo al Protocolo x 100}}{\text{Nº Total de pacientes sondados evaluados}}$$

Población a estudio

Pacientes con sondaje vesical

Periodo de estudio

A determinar por el hospital

Muestra: Todos los pacientes con sondaje vesical en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes con sonda en dicho periodo

Especificar el nº de criterios que se han tenido en cuenta en la evaluación del protocolo.

Nº =

Enviar el modelo de hoja de recogida de datos utilizado en la evaluación del protocolo (no el protocolo)

Tipo de estudio realizado:

Incidencia

Prevalencia

Otros (especificar).....

Fecha envío de resultados: 30 de junio de 1998

Periodo de estudio.....
 Población total del periodo de estudio.....
 Población estudiada:
 Total
 Muestra

Resultado

Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

Objetivo 6.3. Protocolos / recomendaciones realizados por las Sociedades Científicas para la inclusión de pacientes en lista de espera.

Protocolo Cataratas

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Se han incluido en este protocolo :

Los cuidados de enfermería de este proceso	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamientos farmacológicos (profilaxis AB, TEP, etc)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consentimiento Informado	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preaviso de alta, según EM pactada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros.....	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?

Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

.....

Indicador 6.3 a Cataratas: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100
 Nº pacientes total de pacientes evaluados

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Tipo de población estudiada Pacientes incluidos en LE Pacientes intervenidos Población estudiada: Total Muestra Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

Protocolo Amidalectomía y adenoidectomía

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?

Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

.....

Indicador 6.3 b Amidalectomía: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en LEQ de acuerdo al protocolo x 100
 Nº pacientes total de pacientes evaluados

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Tipo de población estudiada Pacientes incluidos en LE
--

Pacientes intervenidos Población estudiada: Total Muestra Resultado Nivel pactado.....Nivel alcanzado.....
--

Protocolo Hiperplasia benigna de próstata

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Se han incluido en este protocolo:

Los cuidados de enfermería de este proceso	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tratamientos farmacológicos (profilaxis AB, TEP, etc)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Consentimiento Informado	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Preaviso de alta, según EM pactada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Otros.....		Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?

Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

Indicador 6. 3 c hiperplasia próstata: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en LEQ de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes evaluados}}$$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Tipo de población estudiada Pacientes incluidos en LE Pacientes intervenidos Población estudiada: Total Muestra Resultado Nivel pactado.....Nivel alcanzado.....
--

Protocolo Prótesis total de rodilla

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Se han incluido en este protocolo:

Los cuidados de enfermería de este proceso	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamientos farmacológicos (profilaxis AB, TEP, etc)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consentimiento Informado	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preaviso de alta, según EM pactada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros.....	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?

Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

.....

Indicador 6.3d prótesis de rodilla: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo**Fórmula del indicador**

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en LEQ de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes evaluados}}$$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio.....

Población total del periodo de estudio.....

Tipo de población estudiada

Pacientes incluidos en LE

Pacientes intervenidos

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado

Nivel pactado..... Nivel alcanzado.....

Protocolo Prótesis total de cadera

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Se han incluido en este protocolo:

Los cuidados de enfermería de este proceso	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamientos farmacológicos (profilaxis AB, TEP, etc.)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consentimiento Informado	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preaviso de alta, según EM pactada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros.....	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?
 Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

Indicador 6.3e prótesis de cadera: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes tratados de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes evaluados}}$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio.....

Población total del periodo de estudio.....

Tipo de población estudiada

- Pacientes incluidos en LE
- Pacientes intervenidos

Población estudiada:

- Total
- Muestra

Resultado

Nivel pactado..... Nivel alcanzado.....

Protocolo Hallux valgus

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?
 Si NO

Se han incluido en este protocolo:

Los cuidados de enfermería de este proceso	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamientos farmacológicos (profilaxis AB, TE, etc.)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consentimiento Informado	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preaviso de alta, según EM pactada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha hecho una evaluación del cumplimiento del protocolo?
 Si NO

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

Indicador 6.3f hallux valgus: % de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes tratados de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes evaluados}}$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Tipo de población estudiada Pacientes incluidos en LE Pacientes intervenidos Población estudiada: Total Muestra Resultado Nº Nivel pactado.....Nivel alcanzado.....
--

Objetivo 6.4: Utilización de alta tecnología adecuada a protocolo.

Para aquellos hospitales que tengan tasas de utilización de: RNM, TAC, Oxigenoterapia y litotricia por encima de la media de su grupo, se ha debido implantar en el hospital una guía/protocolo con los criterios clínicos de utilización de estas tecnologías.

Protocolo de utilización de RNM

Indicador 6.4 a RNM: % de pacientes a los que se les ha realizado una RNM, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha realizado RNM de acuerdo a los criterios del protocolo x 100

Nº pacientes total de pacientes a los que se les ha realizado una RNM evaluados

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado Nº Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

.....

Protocolo de utilización de TAC

Indicador 6.4 b TAC: % de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha realizado TAC de acuerdo a los criterios del protocolo x 100

Nº pacientes total de pacientes a los que se les ha realizado una TAC evaluados

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

Protocolo de utilización de Oxigenoterapia

Indicador 6.4c Oxigenoterapia: % de pacientes a los que se les ha tratado con Oxigenoterapia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados con O}_2 \text{ de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes tratados con O}_2 \text{ evaluados}}$$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: todos los pacientes tratados con esa tecnología en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

Protocolo de utilización de litotricia

Indicador 6.4 d Litotricia: % de pacientes a los que se les ha realizado una LITOTRICIA, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo).....

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha realizado LITOTRICIA de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes total de pacientes a los que se les ha realizado una LITOTRICIA evaluados}}$$

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: todos los pacientes tratados con esa tecnología en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado Nivel pactado en el CG 98.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

¿Quién ha llevado a cabo la evaluación?

.....

Objetivo 7: Mejorar el proceso de donación de órganos y trasplantes
--

Esta evaluación tiene como objetivos:

1. La detección por la Unidad Coordinadora de Trasplantes de todos los fallecidos en muerte encefálica en las unidades de críticos y la causa de las pérdidas, para
2. Conseguir la máxima conversión en donantes reales.

Para ello la ONT ha diseñado un protocolo de evaluación del proceso, que se adjunta, 2 de cuyos indicadores se incluyen en el CG.

¿El responsable de este objetivo es el Coordinador de trasplantes del centro?

Si

NO

En el caso de no tener coordinador de trasplantes, quién es el profesional responsable:

.....

Indicador 7.1 a: % de éxitos en Unidades de críticos (UC) con diagnóstico clínico de muerte encefálica (ME)

Fórmula del indicador

Nº de éxitos en UC con diagnóstico clínico de ME x100

Nº éxitos en UC

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: todos los pacientes que han sido éxitos en las UC en el periodo escogido.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

Periodo de estudio..... Resultado $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Indicador 7.1b: % de éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

Fórmula del indicador

Nº éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos x 100

-

Nº total de éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio: Todos los pacientes que han sido éxitos, diagnosticados de ME en las UC en el periodo escogido.

Fecha de envío de resultados: 15 de Diciembre 1998

<p>Periodo de estudio.....</p> <p>Resultado</p> <p>Nº _____ x 100 = %</p> <p>Nº</p> <p>Nivel pactado en el CG 98 Nivel alcanzado en la evaluación.....</p>

Encuesta sobre el programa de calidad de los hospitales

El Plan de Calidad del CG incluye un programa de calidad que es común a todos los hospitales y que pretende mejorar la calidad en algunos aspectos de la asistencia que se consideran básicos y comunes a todos los hospitales, y una serie de indicadores para monitorizar de forma sistemática.

Para el diseño del Plan de Calidad de 1999 se quiere contar con la participación de las personas que están trabajando en estos temas en los hospitales y este es el motivo de la presente encuesta. Idealmente las respuestas deberían ser aquellas que se consensuaran por el grupo de expertos. (Contestar con la evaluación de junio).

Programa Común de Calidad

1.-¿Cual de los objetivos incluidos en el programa de 1998 cree que no se debe incluir en 1999?

.....

¿Porqué razón?

.....

2. ¿Que objetivo de calidad nuevo incluiría en el programa de 1999?⁷

.....

Defina el indicador con el que se mediría

.....

¿Cuál sería su fuente de datos?

.....

¿Quién sería el responsable de la medición?

.....

¿Qué acciones de mejora se considera factibles para mejorar este objetivo?

.....

Monitorización de indicadores

1.-¿Cuál de los indicadores incluidos en el set de indicadores de 1998 cree que no se debe incluir en 1999?

.....

¿Porqué razón?

.....

2. ¿Que indicadores nuevos incluiría en el programa de 1999?⁸

.....

¿Cuál sería su fuente de datos?

.....

¿Quién sería el responsable de la medición?

.....

Se ha propuesto un cambio en el cronograma para la evaluación del Plan de calidad. ¿Qué fecha se considera más adecuada para esta evaluación ?

⁷ en el caso de sugerir más de un objetivo repetir todas las preguntas.

⁸ en el caso de sugerir más de un indicador repetir todas las preguntas.

Datos disponibles el 30 de Junio

Datos disponibles el 30 de Diciembre

Parte en junio y parte en diciembre.

Otro.....

Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora de la Calidad

¿Cómo es la dedicación del coordinador al Programa de Calidad? (Marque lo que proceda)

- Dedicación a tiempo completo.
- Dedicación a tiempo parcial.

Si la dedicación es a tiempo parcial, ¿Qué % de su tiempo semanal le dedica a la coordinación del Plan de calidad?

.....

¿Cuántas Comisiones Clínicas, están formalmente constituidas y en funcionamiento en el hospital en junio de 1998?

	Nº reuniones	Señalar los 2 objetivos más relevantes pactados por las Comisiones en este periodo
Farmacia y Terapéutica		1.-
Infección Hospitalaria		1.-
Historias Clínicas		1.-
Teidos		1.-
Tecnología y adecuación		1.-
Quirófano		1.-
Comité Asistencial de		1.-
Grupo promotor del		1.-
Dietética/Nutrición		1.-
Hemoterapia/Transfusión		1.-
Urgencias		1.-

Nº reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad

.....

GRUPOS DE TRABAJO EN MEJORA DE LA CALIDAD

ANEXO 5:

Metodología de la monitorización de indicadores

MONITORIZACION DE INDICADORES

Desde hace muchos años las organizaciones sanitarias han considerado importante la medida de los resultados para evaluar la calidad de la asistencia que prestan. Últimamente este interés está creciendo y se atribuye al avance en los sistemas de medición, a la importancia de los datos en la mejora de la calidad y a una demanda creciente de la responsabilidad pública en el costo y calidad de la asistencia sanitaria.

El diseño y la implantación de sistemas de recogida de datos, análisis e informes, aunque muy atractivo, presenta muchos retos y precisa de la participación de muchas partes: Los que recogen los datos, los que los analizan y los que los van a utilizar. Se precisa una recogida estandarizada de los datos usando definiciones comunes, datos centralizados, análisis comparativos, feedback de los resultados y mecanismos que aseguren la fiabilidad y exactitud de los datos.

Algunas organizaciones sanitarias internacionales están trabajando dentro de su plan de calidad en proyectos de monitorización de indicadores. El INSALUD pretende incorporarse al proyecto de medida de indicadores que han demostrado en estas organizaciones ser útiles para mejorar la documentación clínica, entender como usar los datos en la mejora de la calidad e identificar oportunidades de mejora.

Los hospitales del INSALUD disponen de una base de datos centralizada y homogénea (CMBD) y es posible obtener una serie de indicadores a partir de ella. Sin duda muchos profesionales pueden argumentar, como ha ocurrido en otras organizaciones, que la calidad de los datos o las limitaciones de los datos no permite que sean utilizados para este propósito, pero si se cuenta con su participación y se mejoran los sistemas de información, pueden ser una excelente herramienta.

Otros indicadores no pueden ser obtenidos de las bases de datos y es preciso su medición a partir de otras fuentes de datos en los hospitales. Estos indicadores pueden ser medidos por determinados servicios clínicos o una comisión clínica. Para asegurar la homogeneidad en la medición es preciso diseñar una metodología común, al igual que ocurre con el programa de calidad incluido en el CP. Este es un objetivo de la Subdirección General de Atención Especializada y para ello se cuenta con la participación de un grupo de trabajo formado por coordinadores de calidad de hospitales.

Los resultados en la monitorización de estos indicadores no pretende ser usada, al menos de momento, para establecer estándares de calidad. Se pretende que sea una herramienta que ayude a tener una visión de la calidad de la asistencia y que identifique oportunidades de mejora. El feed back de datos permitirá una comparación de datos agregados, la comparación de los hospitales con su grupo y la tendencia longitudinal. El CMBD y el case mix de los hospitales es una fuente de información válida para la medición de algunos indicadores como los reingresos, reintervenciones, mortalidad relacionada con determinadas situaciones, estancias medias etc.

Otros indicadores serán más difíciles de obtener ya que obligarán a la revisión sistemática de otras fuentes de información como Historias Clínicas, encuestas, etc. El objetivo es, además de su monitorización continua, que la evaluación de los indicadores relacionados con temas usualmente tratados por una Comisión Clínica o Grupo de Mejora, sea responsabilidad de esa Comisión. Eso no quiere decir que los miembros de la Comisión sean siempre los responsables de medirlos, sino de hacer una evaluación de los resultados, proponer acciones de mejora, etc. (sería el ejemplo de los indicadores de la infección hospitalaria). Otros indicadores si precisarán ser medidos y evaluados por los miembros de la Comisión correspondiente.

Las Comisiones Clínicas por tanto deben participar también en esta parte del Plan de Calidad del hospital y tener entre sus objetivos la medición y/o evaluación de determinados indicadores.

Tabla de los indicadores incluidos en el CG de 1998

CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA
Tasa de cesáreas
% reingresos en urgencias en 72 h. siguientes al alta de urgencias.
% reingresos no programados por el mismo proceso o proceso relacionado en los 30 días siguientes al alta
Tasa prevalencia úlceras por presión
Tasa de mortalidad potencialmente evitable (para procedimientos específicos)
Infección hospitalaria
Tasa prevalencia infección nosocomial
Tasa prevalencia infección herida quirúrgica
Tasa prevalencia infección urinaria en pacientes sondados
Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s, que debe ser definido por el centro en función de sus necesidades, y estratificado por factores de riesgo (ASA)
Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica(UCI)
ADECUACION DE LA UTILIZACION DE RECURSOS
Mortalidad intrahospitalaria de pacientes oncológicos
Mortalidad intrahospitalaria de pacientes de SIDA
% estancias no adecuadas en el GDR con estancia más desviada de la media
% suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología
% estancias potencialmente evitables
% ingresos >65a potencialmente evitables
% estancias en > 65a. Potencialmente evitables
% pacientes que permanecen > 6h. en urgencias.
% pacientes < 40 a. ASA 1 con RX tórax en el preoperatorio.
% pacientes > 75a. con valoración de riesgo social al ingreso hospitalario.
% salidas LEQ por depuración
SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICO FINANCIERO
% altas codificadas
% GRD´s inespecíficos e inagrupables
Nivel de homologación de la contabilidad analítica

INDICADORES QUE SE OBTIENEN POR A TRAVÉS DE LA EXPLOTACIÓN DEL CMBD O DE OTROS SISTEMAS INFORMATICOS

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del CMBD.

Estos indicadores se deben monitorizar mensualmente en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los Servicios Clínicos y/o las Comisiones de Calidad responsables de su valoración quienes, a la vista de los resultados y las tendencias, tienen analizar las causas y proponer acciones de mejora o soluciones factibles.

El hospital no tiene que enviar los resultados de estos indicadores en la evaluación del mes de Diciembre, ya que se puede obtener del análisis centralizado del CMBD.

El INSALUD hace un análisis trimestral de estos datos, que son enviados a los hospitales. Hasta ahora se han incluido en este análisis parte de los indicadores que figuran en el grupo de indicadores del Plan de Calidad, y a lo largo de este año se incluirán el resto, o alguna modificación en los que ya había.

El análisis de los resultados de la monitorización de los indicadores se hará sobre los datos medios anuales

Indicador 1. Tasa de cesáreas

Indicador: % de cesáreas

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de cesáreas (GRDs 370 y 371)} \times 100}{\text{Nº total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375)}}$$

Indicador 2. Porcentaje de reingresos en el plazo de 30 días tras el alta

A través del CMBD se obtienen datos brutos de reingresos, por cualquier causa, pero se está estudiando el introducir cambios en el sistema de información para obtener datos de reingresos urgentes en el plazo de 30 días relacionados con el mismo proceso (el mismo GRD) y todas sus posibles complicaciones.

Mientras se producen estos cambios, el dato que se va a reflejar son los reingresos brutos en el plazo de 30 días y se propone que cada hospital investigue, las cuatro primeras causas que los expliquen (excluyendo todos los ingresos programados) y proponer medidas o acciones de mejora factibles para su resolución

Indicador

% reingresos en el plazo de 30 días

MORTALIDAD HOSPITALARIA COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

Aunque, clásicamente la mortalidad hospitalaria ha sido uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado, la relación entre la calidad de los cuidados y la mortalidad hospitalaria está hoy controvertida. El impacto potencial de la intervención de los servicios hospitalarios sobre las tasas de mortalidad hospitalaria, así como la parte proporcional de la mortalidad posthospitalización que puede ser atribuible a la atención hospitalaria son de difícil medida. Está ya desterrado el empleo de tasas brutas de mortalidad hospitalaria para valorar la calidad de los cuidados hospitalarios. Es imprescindible utilizar como indicadores la *mortalidad específica por causas* y si es posible el *ajuste de dichas tasas por diferentes variables* como pueden ser la *comorbilidad* y especialmente calculados por índices como el de *Charlson*, o por la *edad* de los pacientes atendidos, o por diferentes índices de *severidad* o por *casuística*, etc.

Otro concepto que debe estar presente en el análisis de la mortalidad hospitalaria es la influencia de factores culturales y sociales de las diferentes poblaciones de referencia y la disponibilidad de servicios sanitarios de cada área en la mortalidad intra o extrahospital. Por ello, al igual que otros sistemas sanitarios, debería ser considerada la mortalidad *extrahospitalaria* o "*mortalidad oculta hospitalaria*" al menos a los 30 días del alta o a los 180 días.

La mortalidad por cada una de las causas pierde interés cuando se trata de mortalidad hospitalaria, sólo algunas de esas causas podrían estar más relacionadas con la atención médica. La conocida *mortalidad sanitariamente evitable* clasificada según Rutstein o modificaciones posteriores como la de Charlton o según Holland y similar a la denominada en España como Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE),

parece ser uno de los indicadores más útiles para valorar la calidad de las intervenciones sanitarias, evitando el peso de otros factores como pueden ser los medioambientales o socioeconómicos sobre la salud de la población.

Sin embargo, para el concepto más restringido de *mortalidad evitable hospitalaria*, aunque existen numerosos trabajos al respecto, que seleccionan unas u otras causas, resta aún por consensuar los indicadores centinelas para el hospital.

Otra limitación importante en el análisis de la mortalidad hospitalaria es la habitual *carencia de información* en las estadísticas hospitalarias sobre los fallecidos. Es frecuente que las historias clínicas de los fallecidos sean las que se cierran con más demora. Algunos estudios detectan que hasta un 33% del total de los fallecidos en nuestros hospitales no cuentan con información sobre la causa principal de muerte. Por ello, consideramos que un criterio para dar validez a los resultados de cualquier indicador de mortalidad hospitalaria debe ser que el al menos esté codificado el diagnóstico principal de un porcentaje de los fallecidos superior a 85%.

Esta aproximación a las limitaciones de la mortalidad hospitalaria como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria hace que propongamos la necesidad de evaluar la mortalidad utilizando, además de los indicadores que a continuación se relacionan y cuya fuente de datos debe de ser el CMBD, otros indicadores cuya elaboración debe de hacerse a partir del análisis de posibles *sucesos adversos relacionados* con el episodio asistencial previo al fallecimiento y que requiere trabajar con muestras aleatorias e historia clínica de los fallecidos siguiendo algoritmos como el propuesto por Wenzel.

Indicador 3. Mortalidad por enfermedad potencialmente evitable.

Introducción

Hace referencia a los procesos que, en un determinado rango de edad, no deben producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland, quien estableció una tabla de mortalidad evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es lo que se conoce como un indicador centinela. La presencia de un solo caso obliga a una investigación formal del mismo. Detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

Sistema de Medida que se propone

Mensualmente el sistema informático del hospital emitirá una búsqueda para detectar casos de mortalidad que estén incluidos en la tabla de Holland para casos intrahospitalarios. Los servicios recibirán esta información y en el curso del mes siguiente emitirán un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará:

- Resumen de historia Clínica del Caso
- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad
- Problemas de calidad detectados
- Resoluciones tomadas en el caso particular

La tabla de Holland es:

ENFERMEDAD	EDAD
Asma (Código 493)	5 – 64 años
Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años
Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años
Colelitiasis (Código 574), Colecistitis (Código 575)	5 – 64 años
Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos
Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables} \times 100}{\text{Nº pacientes ingresados por estas causas}}$$

Indicador 4. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes oncológicos

Nº de éxitos producidos en el hospital que contenían algunos de los campos diagnósticos (C1 a C 13) algún código CIE 9 MC comprendido entre el 140 y el 208.9, en relación con el total de altas que contenían alguno de estos códigos.

Indicador 5. Mortalidad hospitalaria de pacientes de SIDA

Nº de éxitos producidos en el hospital correspondientes a la categoría diagnóstica mayor 24 (HIV) en relación con el total de altas correspondientes a dicha categoría.

Indicador 6. Estancias potencialmente evitables

Son las estancias que se podrían haber evitado o ahorrado si la estancia media del hospital en ese GRD hubiera sido igual a la del estándar

En estas estancias se incluye las de los procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios, sin comorbilidades, cuya EM estándar debe ser lógicamente 0

Estancias Evitables = Altas x diferencia de Estancia Media

Si la EM del hospital es menor que la del estándar aparece un signo negativo y corresponde a estancias ahorradas

Procesos de cirugía mayor ambulatoria

Descripción	Códigos CIE-9-MC	Códigos DRG
Herniorrafia unilateral.	(53.0 –53.05) (53.2;53.21;53.29)	159 - 163
Herniorrafia bilateral.	(53.1 –53.17) (53.3;53.31;53.39)	160 - 163
Cirugía hemorroidal no compleja.	(49.4 –49.49)	158
Cirugía de fisura/fístula anal.	(49.5 –49.59) (49.1 –49.12)	158
Septoplastia.	21.5	
Cirugía de varices en miembros inferiores.	38.59	119
Extirpación de tumoración benigna de mama.	85.21;85.22	262
Escisión de sinus pilonidal.	86.21	267
Tratamiento de hallux valgus.	77.51;77.54;77.59	225
Liberación y escisión de vainas y /o tendones (dupuytren, túnel carpiano,	04.43;82.21;82.35;83.13;83.31;8	229 - 227
Artroscopia.	80.2	232
Extracción de material de osteosíntesis.	78.6	231
Tratamiento de cataratas (con y sin lente intraocular).	(13.1 – 13.72)	39
Incisión y drenaje de quiste lacrimonal.	09.0 (09.5 -09.59)	40 - 41
Cirugía de corrección de estrabismo.	(15.2 -15.29) 15.4	40 - 41
Fimosis.	64.0	342 - 343
Orquidopexia.	62.5	339 - 340
Amigdalectomía - adenoidectomía.	28.2 ;28.3 ;28.6	59 - 60
Dilatación y legrado uterino	(69.0 –69.09) (69.5 –69.59)	364
Prostatectomía transuretral	60.2	
Miringoplastia	19.4	
Hidrocele	61.2	
Ligadura de trompas	66.29	
Vasectomía	63.73	
Colelitiasis laparoscópica	51.23	

Indicador 7. % ingresos de > de 65 años potencialmente evitables

Son los ingresos de > de 65 a causados por procedimientos quirúrgicos potencialmente ambulatorios y GDR específicos relacionados con signos o síntomas mal definidos (Ejemplo 462, 464, 467, etc.). La definición completa de este indicador está pendiente.

Indicador 8. % Estancias de > de 65 a potencialmente evitables

Son las estancias previamente definidas más aquellas que se relacionan con códigos V que están indicando problemas sociales como diagnóstico secundario.

Indicador 9. % de salida de lista de espera por depuración

Se refiere a las salidas de lista de espera de pacientes que no han sido intervenidos por diferentes causas.

Indicador 10. % de altas codificadas

Altas codificadas de un periodo de tiempo sobre el total de altas de ese periodo.

Indicador 11. % GRD inespecíficos e inagrupables

GRD 470 469,468,467

Indicador 12. Nivel de homologación de la contabilidad analítica

Mide la estructura, organización, gestión y calidad de la información en la gestión analítica del hospital.

Se evalúa:

Estructura de los Servicios

Criterios de imputación de costes

Organización y gestión del hospital.

El sistema de homologación se aplica con un sistema informático que otorga una puntuación a cada uno de los apartados y da el nivel conseguido. Estos niveles son:

Nivel 1 máxima homologación

Nivel 2 media homologación

Nivel 3 mínima homologación

No homologado

INDICADORES NO INCLUIDOS EN UN SISTEMA DE DATOS CENTRALIZADO Y QUE DEBEN SER OBTENIDOS EN LOS HOSPITALES

Indicador 13. Tasa de reingresos en urgencias

Indicador. Tasa de reingresos en urgencias.

Fórmula del indicador:

Número de pacientes que acuden a urgencias por segunda vez en 72 horas x 100

Número total de pacientes que acuden a urgencias en un determinado periodo

Metodología

Se trata de determinar que proporción de pacientes acude a un servicio de urgencias por segunda vez dentro de un plazo de 72 horas tras haber sido dados de alta. Para ello, se estudiará un periodo de tiempo determinado. En el denominador del indicador, figurará el número de pacientes que han acudido al servicio de urgencias en ese periodo. En el numerador, el número de pacientes que vuelven a urgencias en un plazo de tiempo de 72 horas tras ser dados de alta. No se trata, por tanto, de "reingresos" en su sentido estricto de ingreso hospitalario.

Este indicador podrá ser medido fácilmente por aquellos hospitales que tengan informatizado los registros de entrada y salida de pacientes. Los que no los tengan informatizados, pueden plantear el estudio de un periodo de tiempo para calcularlo. En ambos casos, el hospital debe hacer un análisis de las causas del "reingreso" en urgencias y proponer acciones de mejora para las causas evitables. En concreto, es útil diferenciar entre aquellos pacientes que acuden de nuevo porque así se lo han indicado en el servicio de urgencias, de aquellos que acuden porque no se les ha resuelto el problema.

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

Sí

No

Periodo de tiempo estudiado

.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$

Nº

Indicador 14. Tasa de prevalencia de úlceras por presión⁹

Indicador. Porcentaje de pacientes con lesión cutánea por presión.

Fórmula del indicador

$\frac{n^{\circ} \text{ pacientes con lesión} \times 100\%}{N^{\circ} \text{ total de pacientes estudiados}}$

Nº total de pacientes estudiados

Metodología:

Estudio de prevalencia semestral mediante corte transversal de un día preferentemente en los meses de mayo y noviembre. (Se eligen estos meses por ser típicos con respecto a cargas asistenciales nº de festivos y no estar incluidos en periodo vacacional).

Población a estudio: Todos los pacientes.

Actividades recomendadas:

Formar un grupo de mejora responsable de la consecución del objetivo. Sus componentes deben ser elegidos entre las Unidades de mayor riesgo y deberán desarrollar las actividades siguientes:

- Definir y/o revisar Protocolo de Cuidados para la prevención y tratamiento de la lesión cutánea por presión elaborado por consenso por profesionales de enfermería expertos. A este respecto se recuerda que el INSALUD tiene publicada una "Guía para la prevención de las lesiones por presión", realizada por un grupo de profesionales de enfermería, y que es un protocolo a implantar en todos los centros.
- Elegir entre las unidades de mayor riesgo, refrendado por Jefe de Servicio de Cirugía Plástica o Cirugía.
- Difusión a los profesionales de enfermería en el total de las Unidades.
- Diseñar registro de recogida de datos. Se adjunta un modelo.
- Evaluar por profesionales de enfermería (grupo que elaboró o revisó el Protocolo).
- Determinar medidas de mejora que deben basarse en un principio fundamental de la garantía de calidad: el diseño de un sistema que induzca la conducta profesional eliminando la posibilidad de errores.
- Identificación previa de grupo de riesgo al ingreso del paciente.
- Poner en marcha medidas preventivas a pacientes identificados como de riesgo: Norton < 14 puntos en la escala.

- 1.- Higiene e Hidratación de la piel y después de deposición
 - 2.- Ante incontinencia (sin patología) usar braga pañal
 - 3.- Cambios posturales cada tres horas
 - 4.- Lecho de almohadas en zonas de presión o colchón antiescaras.
- Realizar estudios de incidencia en Unidades que superen el estándar propuesto.
 - Reevaluar.
 - Estándar propuesto: la bibliografía admite un estándar del 5% en pacientes de riesgo.

Resultado

⁹ Tomada, con alguna modificación, de la metodología propuesta por P. Martín. Unidad Calidad. H. Miguel Servet

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

Metodología aplicada
Incidencia
Prevalencia

Areas o servicios donde se ha realizado el estudio

.....
.....
.....
.....

INDICADORES DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Los indicadores de infección obtenidos a partir de estudios de prevalencia deben ser enviados por todos los hospitales. Los de incidencia, sólo por aquellos hospitales que dispongan de sistemas de vigilancia que puedan ofrecer dichos datos. No se plantearán estudios de incidencia exclusivamente para responder a esta evaluación: los datos obtenidos deben enmarcarse dentro de un sistema de vigilancia que sea útil para el hospital.

Indicador 15. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado} \times 100}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}}$$

Metodología

Señalar si el estudio fue:

EPINE

Otro

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

Indicador 16. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos} \times 100}{\text{Número de enfermos intervenidos}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

Indicador 17. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados} \times 100}{\text{Número de pacientes sondados}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

Indicador 18. Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s

Indicador. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica.

Fórmula del indicador

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento x 100

Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

El procedimiento o procedimientos quirúrgicos deben ser definido por el centro en función de sus necesidades, y estratificado por factores de riesgo (ASA)

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Si no se ha realizado el estudio por procedimiento quirúrgico, sino por tipo de cirugía, indicar :

	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Limpia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Limpia contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Sucia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Indicador 19. Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)

Los criterios utilizados para definir infección respiratoria

Infección respiratoria:

Neumonía asociada a la ventilación mecánica

Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica

Criterio de Infección Respiratoria
Sintomatología clínica + Hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo

Cultivo + en líquido pleural concordante con Broncoaspirado Simple
Hemocultivo + concordante con Broncoaspirado Simple
Broncoaspirado Simple
Broncoaspirado Cuantitativo (< 10 ⁵ , de 10 ⁵ a 10 ⁶ , > 10 ⁶ UFC)
Broncoaspirado con Catéter Telescopado (< 10 ³ , de 10 ³ a 10 ⁴ , > 10 ⁴ UFC)
Lavado Bronco Alveolar (< 10 ⁴ , de 10 ⁴ a 10 ⁵ , > 10 ⁵ UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno Primario (Legionella o Micobacteria)
Serología Positiva

Fórmula del indicador.

Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000
Días totales de ventilación mecánica

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 1000 = \dots\dots\dots\%$

Periodo estudiado.....

La metodología básica para la realización de estudios de prevalencia o incidencia es conocida, y si algún hospital no dispusiera de ella, puede solicitarla SGAE-Plan de Calidad.

Indicador 20. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media.

Junto a las consecuencias ya conocidas de la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria como son el aumento del riesgo de infección nosocomial, deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia y gastos para las familias, la reducción del uso innecesario produce un acortamiento de los plazos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes¹⁰

Protocolo de evaluación de la adecuación (Appropriateness evaluation protocol AEP)¹¹ es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar problemas de organización hospitalaria cuando el paciente ya no requiere ingreso y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico, por lo tanto existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz en algunos trabajos para reducir el uso innecesario.

El protocolo del AEP es un protocolo de libre utilización, aunque su manual de uso, traducido al español, es propiedad de la Fundación Avedis Donabedian, y su precio es de alrededor de 15.000 pts. Este protocolo está diseñado para ser utilizado por revisores no médicos, típicamente enfermeras adiestradas en su uso, que pueden recurrir a consultores médicos en casos de ambigüedad.

El año pasado existió cierta confusión, ya que algunos hospitales no utilizaron el protocolo AEP. Insistimos que para medir el indicador propuesto se ha de utilizar este protocolo. Por otra parte, a veces el GRD más apartado

¹⁰ Peiró S, Meneu R Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. Rev calidad asistencial 1997 12; 122-136

¹¹ Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev calidad asistencial 1997 12; 122-136

de la media corresponde a un grupo muy reducido de pacientes. En tal caso, el hospital puede elegir otro proceso por encima de la media que agrupe a más pacientes, para que las medidas de mejora a adoptar tengan mayor impacto.

Periodo estudiado

.....

GRD.....EM.....EM del grupo.....

Resultado

Nº x 100 = %
Nº

Indicador 21. % de suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología.

Es un indicador que se calcula habitualmente en los servicios de estadística del hospital.

Lo importante es conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora, por lo tanto se debe establecer un sistema de registro de las causas.

Fórmula del indicador

Nº de intervenciones suspendidas x 100

Nº de intervenciones programadas

Periodo de estudio

.....

Resultado

Nº x 100 = %
Nº

Cuales son las 3 causas de suspensión más frecuentes

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Estudio de la espera en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos¹². La imagen del centro está muy mediatizada por la de su servicio de urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios¹³. El tiempo de espera de los usuarios¹⁴ puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU. Por todo ello, proponemos un estudio para medir el tiempo de espera en estos servicios. Sin embargo, los distintos hospitales pueden optar por realizar otro tipo de diseño, si lo consideran oportuno.

Metodología del estudio propuesto

Se revisarán los tiempos de espera de todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias del hospital a lo largo de 24 horas. Para ello, se seleccionará un día no festivo, entre semana (martes, miércoles, o jueves), del mes

¹² Barber Pérez P, González López –Valcárcel B. Simulación de una unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. Gaceta Sanitaria 1994; 8(44): 239-247.

¹³ Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1992; 6(30): 113-116.

¹⁴ Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. Todo Hospital 1996; 129 (septiembre): 7-13.

de mayo, o, si no fuera posible en mayo, del mes de octubre, para minimizar el efecto de estacionalidad en la frecuentación de los servicios de urgencias^{15,16}. Una persona designada al efecto deberá registrar la hora de entrada en el servicio, la hora de alta y la de salida. Se considera que un paciente sale del servicio de urgencias cuando es enviado a casa, cuando ingresa en el hospital, cuando es trasladado a una unidad de corta estancia, de observación, o similar, o cuando se traslada a otro hospital. No se considera que ha salido cuando permanece en observación en el box de urgencias.

Al día siguiente se revisarán los casos de los pacientes que hayan esperado más de tres horas en urgencias. Se investigará para cada uno de ellos la causa de la demora, si es posible.

El coordinador de calidad decidirá que personas deben estar al tanto de que el estudio se va a realizar. Debe procurar que la observación no modifique el comportamiento normal del servicio.

Se propone introducir los datos en una hoja de cálculo con formato Excel 97, que adjuntamos en un archivo. Si algún hospital lo estima oportuno, puede realizar el estudio con cualquier otro programa.

Fórmula del indicador

Pacientes que esperan más de 3 / 6 horas en urgencias x 100
Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias en el día del estudio

La metodología planteada busca un compromiso entre la factibilidad y la validez de los resultados. Por supuesto, en un estudio más completo sería deseable escoger un tiempo más prolongado (un mes, o idealmente, un año), seleccionando una muestra.

Indicador 22.1 % Pacientes que permanecen > de 3 horas en el Servicio de Urgencias

Se ha obtenido del sistema de información de urgencias
Se ha realizado el estudio de prevalencia propuesto previamente
Se ha realizado otro estudio

Periodo de estudio

.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$

Indicador 22.2 % pacientes que permanecen > de 6 horas en el Servicio de Urgencias

Periodo de estudio

.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$

Indicador 23. % Pacientes < 60 a ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.

Este indicador sustituye al que figuraba inicialmente en el CG y que hacía referencia a las pruebas duplicadas innecesariamente.

¹⁵ Bertos Polo JJ. Utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Hospitalarios. Justificación de una consulta rápida. Todo Hospital 1997; 139 (septiembre): 29-38.

¹⁶ Boix JH, Tejada M, Álvarez F, Peiro S, Eloy S. Aplicación de las series temporales y de la teoría de colas al dimensionamiento de los Recursos Humanos de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Todo Hospital 1997; 133 (enero-febrero): 21-27.

Por error en el contrato figura la edad de 40 a. Cuando debería figurar la de 60 a.

La RX de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto costo y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones.

Estas son algunas de las conclusiones del grupo de expertos que elaboraron el informe "Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático", realizado por la Agencia de Evaluación Vasca¹⁷ y de otras agencias¹⁸ :
No existe evidencia científica documentada de que la RX de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio

En el paciente sano < de 60 años no debe solicitarse RX de rutina

Fórmula del indicador

Nº pacientes < 60 ASA 1 que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio X 100
Nº pacientes < 60 ASA 1 con estudio preoperatorio estudiados

Resultado

Periodo de estudio

.....

$$\frac{\text{N}^{\circ}}{\text{N}^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

Indicador 24. % pacientes > de 75 a. Que tienen una valoración del riesgo social al ingreso en el hospital

Este indicador tiene como objetivo que las trabajadoras sociales detecten al ingreso en el hospital, a aquellos pacientes que pueden presentar, una vez dados de alta, dificultades para ser trasladados a su lugar de residencia, y tengan suficiente tiempo para trabajar en la búsqueda de alternativas.

La valoración del riesgo social es una actividad muy sistemática entre las trabajadoras sociales y por lo tanto se deben utilizar los criterios que habitualmente se usan en el hospital.

Fórmula del indicador

Nº de pacientes > 75 a. con valoración del riesgo social en las primeras 48h del ingreso x 100
Nº pacientes > 75 a. ingresados en el periodo de estudio

Resultado

Periodo de estudio

.....

Resultado

$$\frac{\text{N}^{\circ}}{\text{N}^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

¹⁷ Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático. OSTEBA Junio 1994. Se adjunta el informe.

¹⁸ Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care. Se adjunta el informe.

VIII. Referencias bibliográficas

Memoria del Plan de Calidad de Atención Especializada 1998

-
- ¹ Servicio de Atención al Paciente. Manual de funciones. INSALUD. Madrid 1993.
- ² Simón Lorda P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:100-109.
- ³ Delgado Vila R, Suñol Sala R. La información clínica para el control de calidad asistencial. *Todo Hospital* 1990. Mayo: 39-43.
- ⁴ Sardá N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1993;101:241-244.
- ⁵ Manresa Presas JM. El informe de alta hospitalaria: la cenicienta del clínico. *Med Clin (Barc)* 1993;101:253-254.
- ⁶ Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE nº 221 de 14 de septiembre de 1984: 26.685-26.686.
- ⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe sobre infección hospitalaria. *Med Clin (Bar)* 1994;102:20-24.
- ⁸ Proyecto EPINE. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-1994. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Barcelona 1995.
- ⁹ Hughes JM. Setting priorities: nationwide nosocomial infection prevention and control programs in the USA. *Eur J Clin Microbiol* 1987;6(3):348-51.
- ¹⁰ Álvarez Lerma F, Solsona JF. El control de la infección nosocomial como criterio de calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:158-160.
- ¹¹ Larson E, Oram LF, Hedrick E. Nosocomial infection rates as an indicator of quality. *Med Care* 1988;26:676-684.
- ¹² Gastmeier P, Kampf G, Wischnewski N, Schumacher M, Daschner F, Ruden H. Importance of the surveillance method: national prevalence studies on nosocomial infections and the limits of comparison. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(9):661-7.
- ¹³ Fernández Martín J, Díez Sebastián J, Sáinz Rojo A. Encuesta sobre los sistemas de vigilancia de la infección nosocomial de los hospitales del INSALUD. *Medicina Preventiva* 1999;5(1):9-14.
- ¹⁴ Haley RW, Schaberg DR, McClish DK, Quade D, Crossley KB, Culver DH, Morgan WM, McGowan JE Jr, Shachtman RH. The accuracy of retrospective chart review in measuring nosocomial infection rates. Results of validation studies in pilot hospitals. *Am J Epidemiol* 1980;111(5):516-33.
- ¹⁵ Abrutyn E, Talbot GH. Surveillance Strategies: A Primer. *Infection Control* 1987; 8:459-464.
- ¹⁶ Emori TG, Haley RW, Garner JS. Techniques and uses of nosocomial infection surveillance in U.S. Hospitals, 1976-1977. *Am J Med* 1981;70:933-940.
- ¹⁷ Barrasa Villar JI, Gómez López LI. Incidencia anual y control de las infecciones intrahospitalarias en un hospital comarcal. *Med Clin (Barc)* 1994;102:601-605.
- ¹⁸ Bueno Cavanillas A, Delgado Rodríguez M, Cueto Espinar A, Gálvez Vargas R. Vigilancia epidemiológica de la infección hospitalaria. *Rev Clin Esp* 1987;181:92-97.

- ¹⁹ Vaqué J, Roselló J, Trilla A, Monge V, García Caballero J, Arribas JL, et al. Nosocomial infections in Spain: Results of five nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:293-297.
- ²⁰ Delgado-Rodríguez M, Sillero Arenas M, Rodríguez-Contreras Pelayo R, Gálvez-Vargas R. Sobre la medición de la infección hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1990;94:271-274.
- ²¹ A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1991;12:609-21.
- ²² Haley RW, Gaynes RP, Aber RC, Bennett JV. Surveillance of Nosocomial Infections. En: Bennett JV, Brachman PS. *Hospital Infections*. Third Edition. Little, Brown and Company. Boston 1992.
- ²³ Barrios Pérez A, Martín Ruiz JL, Jannone Forés R, Santarrufina Lluch S, Botella de Maglia J, Cebrián Domenech J. Estudio prospectivo de la infección nosocomial en una UCI médica. Una propuestas para el uso generalizado de las tasas del National Nosocomial Infection Surveillance System. *Rev Clin Esp* 1998; 198:284-288.
- ²⁴ Glenister HM, Taylor LJ, Bartlett CLR, Cooke EM, Sedgwick JA, Mackintosh CA. An evaluation of surveillance methods for detecting infections in hospital inpatients. *Journal of Hosp Infect* 1993; 23:229-242.
- ²⁵ Delgado-Rodríguez M, Medina Cuadro M, Martínez Gallego G, Fariñas Álvarez C, Sillero Arenas M. Frecuencia de la vigilancia de la infección nosocomial en cirugía general. *Med Clin (Barc)* 1997;108:171-174.
- ²⁶ Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13:82-84.
- ²⁷ Romero LG. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
- ²⁸ Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia*. Churchill Livingstone. Madrid 1997.
- ²⁹ Artalejo FR, Ortún Rubio V. Los protocolos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1990;95:309-316.
- ³⁰ Granados Navarrete A. Los protocolos y las guías de práctica clínica en los programas de calidad asistencial. *El médico*, 22-febrero-1997.
- ³¹ Johnson S. Introduction to pathways of care. En: Johnson S. *Pathways of care*. Blackwell Science. Oxford 1997.
- ³² Coffey R, Richards JS, Remmert CS, LeRoy SS, Schoville R, Baldwin PJ. An introduction to Critical Paths. En: O Graham NO. *Quality in Health Care*. Aspen Publishers Inc. Gaithersburg 1995.
- ³³ *Revista de Calidad Asistencial*. Monográfico sobre Gestión de Procesos. 1999.
- ³⁴ Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health care* 1995;4:55-64.
- ³⁵ Lomas J, M Anderson G. Do practice guidelines guide practice?. *NEJM* 1989:1306-1311.
- ³⁶ Murillo Capitán E. Protocolos. *Med Clin (Barc)* 1994;102:659-660.

- ³⁷ Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961;50:161-68
- ³⁸ Classen DC et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection *N England J Med* 1992;326:281-286
- ³⁹ Osteba. Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, marzo 1997.
- ⁴⁰ Saturno Hernández P. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:437-443.
- ⁴¹ Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:31-39.
- ⁴² Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Bar)* 1998;110:382-390.
- ⁴³ Wennberg JE. Variations in Medical Practice and Hospital Costs. En: Graham NO. *Quality in Health Care*. Aspen Publisher. Gaithersburg 1995.
- ⁴⁴ García Ortega C. Los reingresos hospitalarios como indicador de calidad. *Todo Hospital* 138. Julio-agosto 1997:35-39.
- ⁴⁵ García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos en un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:103-110.
- ⁴⁶ Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:171-179.
- ⁴⁷ Librero J, Peiró S. ¿Previenen las enfermedades crónicas la mortalidad intrahospitalaria?. Paradojas y sesgos en la información sobre morbilidad hospitalaria. *Gac Sanit* 1998;12:199-206.
- ⁴⁸ Greenfield Ss, Aronow HU, Elashoff RM, Watanabe D. Flaws in mortality data. *JAMA* 1988; 260:2253-55.
- ⁴⁹ Gispert Magarolas R. La mortalidad evitable: ¿indicador de calidad asistencial?. *Control de Calidad Asistencial* 1992;7:1-7.
- ⁵⁰ Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:373-383.
- ⁵¹ D'Hoore W, Sicotte C, Tilquin C. Risk adjustment in outcome assessment: the Charlson comorbidity index. *Methods of Information in Medicine* 1993;32:382-387.
- ⁵² Holland W. Avoidable death as a measure of quality. *Quality Assurance in Health Care* 1990;2:227-233.
- ⁵³ De Juan García S, Fernández Pérez C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en el Hospital Universitario San Carlos (HUSC). *Gac Sanit* 1995;9:28-33.
- ⁵⁴ Sierra Gil E. Cirugía ambulatoria. ¿Una solución?. *Med Clin (Barc)* 1992;98:579-581.
- ⁵⁵ Espinàs J, Borràs J, Granados A. La cirugía ambulatoria. Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Generalitat de Catalunya. Informe Tècnic Otam 9301. Novembre 1992.

Memoria del Plan de Calidad de Atención Especializada 1998

- ⁵⁶ Bassons Herbera J. Ingreso hospitalario en cirugía ambulatoria: sistema de control de calidad. *Med Clin (Barc)* 1999;112:377-378.
- ⁵⁷ García Ortega C, García Cenoz M. Evaluación de la calidad de la codificación del CMBD y de la asignación de GRD. *Todo Hospital* 1999; N° 159. Septiembre: 565-568.
- ⁵⁸ Vaqué J, Roselló J, Trilla A, Monge V, García Caballero J, Arribas JL, et al. Nosocomial infections in Spain: Results of five nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996;17:293-297.
- ⁵⁹ Cuende Melero N, Baylín Larios AB. Neumonía nosocomial. En: Garrido Cantarero G. *Manual de Medicina Preventiva*. Jarpyo Editores SA. Madrid 1998.
- ⁶⁰ Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:122-136.
- ⁶¹ Payne SMC. Using utilization review information to improve hospital efficiency. *Hospital & Health Serv Adm* 1991;36(4):473-490.
- ⁶² Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. *Health Care Manage Rev* 1987;12(3):17-27.
- ⁶³ Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993;100:407-411.
- ⁶⁴ Feldstein PJ, Wickizer TM, Wheeler JRC. The effects of utilization review programs on health care use and expenditures. *N Engl J Med* 1988; 318:1310-4.
- ⁶⁵ Siu AL, Sonnenbeg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield BS, et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986; 315:1259-66.
- ⁶⁶ Wickizer TM, Wheeler JRC, Feldstein PJ. Does utilization review reduce unnecessary hospital care and contain costs?. *Med Care* 1989; 27:632-647.
- ⁶⁷ Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997 12;122-136.
- ⁶⁸ Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:122-136.
- ⁶⁹ Fishbein MJ. Inappropriate use of hospitals. *N Eng J Med* 1987;316:1215-16.
- ⁷⁰ Groover PL. Is inappropriate hospital care an inevitable component of the health care system?. *Med Care* 1991;29(suppl):AS 1-4.
- ⁷¹ Matorras Galán P, de Pablo Casas M, Otero García L, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Bar)* 1990;94:290-293.
- ⁷² Restuccia JD, Payne SMC, Tracey LV. A framework for the definition and measurement of underutilization. *Med Care Rev* 1989;46(3):255-270.
- ⁷³ Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:140-146.

- ⁷⁴ Hand R, Levin P, I Stanziola A. The causes of cancelled elective surgery. *Qual Assur Util Rev* 1990;5(1):2-6.
- ⁷⁵ Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, Gutstein HB, Reynolds PI. Cancellation of pediatric outpatient surgery: economic and emotional implications for patients and their families. *J Clin Anesth* 1997;9:213-219.
- ⁷⁶ Barber Pérez P, González López –Valcárcel B. Simulación de un unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. *Gaceta Sanitaria* 1994;8(44):239-247.
- ⁷⁷ Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. *Gaceta Sanitaria* 1992;6(30):113-116.
- ⁷⁸ Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. *Todo Hospital* 1996;129 (septiembre):7-13.
- ⁷⁹ Osteba. Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático para cirugía electiva programada. Gobierno Vasco. Junio 1994.
- ⁸⁰ Colom D. La atención sociosanitaria del futuro. Mira editores. Zaragoza 1997.
- ⁸¹ Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA* 1994;272:797-802.
- ⁸² Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. *Ann Intern Med* 1998;128:833-838.
- ⁸³ Secretary of State for Health. The New NHS. Stationary Office. Reino Unido 1997.