

SESIÓN DE PÓSTERES V

Viernes, 19 de octubre de 2012. 12:30 a 13:30 h

Pantalla 3

Servicios sanitarios y evaluación I

Modera: Soledad Márquez Calderón

342. PLAN DE MEJORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE INGRESOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

E. de Antonio Martín, M.S. Martín Montero, M. Prado Cala, E. López Álvaro

Plataforma Provincial Logística Integral de Cádiz; Hospital Universitario Puerta del Mar.

Antecedentes/Objetivos: La reclamación del importe de la asistencia sanitaria a los terceros obligados al pago, es un derecho y una obligación de los centros sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud. Dada la situación económica actual, es de gran importancia fomentar la obtención de recursos económicos. Identificar los problemas y áreas de mejora del proceso de facturación. Proponer las posibles soluciones a implantar.

Métodos: La identificación de las áreas de mejora, se ha realizado mediante un análisis DAFO. Para la priorización de los problemas, se ha utilizado la matriz de priorización según criterios. Identificado el principal problema, se han extraído las causas, mediante el diagrama causa-efecto, desde diferentes perspectivas. Además de proponer medidas de mejora, se han obtenido una serie de indicadores para la monitorización de los resultados para la mejora continua.

Resultados: El principal problema obtenido son los errores u omisiones en la identificación de los pacientes como supuestos facturables. Las causas detectadas son los errores en la toma de datos y verificación, la falta de cultura sobre cargos a terceros, falta de coordinación e implicación del personal del proceso, desconocimiento del procedimiento, diversidad de puntos de recogida de datos y aplicaciones. Las mejoras propuestas son: implantación de protocolos, equipo transversal formado por las unidades implicadas, formación en materia de gestión de ingresos, coordinación con el equipo asistencial, etc.

Conclusiones: Con el presente plan de mejora, se da respuesta a la fase de planificación del ciclo de mejora continua. Implantado éste, se podrán desplegar las fases: hacer, verificar, actuar.

373. REVISIÓN DE LA VARIABILIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. DATOS PRELIMINARES

E. Angulo, I. Bolívar, M.J. Quintana, M. Posso, X. Bonfill

Instituto de Investigación Biomédica (IIB Sant Pau). CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Existe la percepción que el tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal (AAA), puede presentar un alto grado de variabilidad entre hospitales en la realización de cirugía abierta o reparación endovascular, lo que podría indicar cierto grado de inadecuación. Además ambas intervenciones tienen un coste muy diferente. Según datos del Hospital de Sant Pau éste sería de 4.667€ para la cirugía abierta y 15.272 € para la reparación endovascular. El objetivo del presente estudio fue analizar la variabilidad del tratamiento quirúrgico del AAA en España y sus posibles implicaciones económicas.

Métodos: Análisis de las altas de los pacientes ingresados de forma programada para el tratamiento quirúrgico del AAA en Cataluña desde el 1 de enero de 2006 al 30 de septiembre de 2011, a partir de los datos del CMBDAH facilitados por el CatSalut. Revisión de los estudios sobre la variabilidad del tratamiento quirúrgico del AAA realizados en España.

Resultados: Según datos de 31 hospitales de Cataluña (2006-2011) un 70% de las intervenciones realizadas fueron reparaciones endovasculares y un 29% cirugías abiertas. Se observó una gran variabilidad en el número de intervenciones por hospital, de 3 a 984, y en la tipología de las mismas, del 100% de cirugía abierta al 100% de reparación endovascular. Se identificó el trabajo 'Variabilidad en el riesgo de morir tras sufrir intervención sobre AAA íntegro en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud', en el que entre los años 2002 y 2005 en 58 hospitales un 75% de las intervenciones fue por cirugía abierta y un 25% por cirugía endovascular. Por otra parte, según el registro de actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculosa (SEACV), entre los años 2008 y 2010, las reparaciones endovasculares aumentaron un 45,5% en España, mientras que el número de reparaciones abiertas se mantuvo constante. Si se extrapolan los datos de costes del Hospital de Sant Pau a los 85 hospitales participantes en el registro de la SEACV del 2010, se obtendría un coste para la cirugía abierta de 7.462.533 € y de 23.641.056 € para la reparación endovascular.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del AAA presenta un alto grado de variabilidad entre hospitales lo que puede indicar que en estos no se siguen las mismas indicaciones para realizar una u otra opción. Se ha elaborado un proyecto de investigación multicéntrico en 6 hospitales españoles para establecer criterios para la indicación del tratamiento quirúrgico basados en la evidencia científica disponible y a partir de los mismos evaluar el grado de adecuación de los hospitales y hacer recomendaciones para su corrección.

494. CALIDAD DEL USO AMBULATORIO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA DE 2007 A 2010

I. Losada Castillo, M.J. Purriños Hermida, A. Pousa Ortega, A. Malvar Pintos

SDX de Información sobre a Saúde e Epidemioloxía, Servizo de Epidemioloxía, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: En 2007 ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) publicó una lista de 12 indicadores con los que evaluar la calidad del uso ambulatorio de antibióticos. Para cada indicador, el uso de antibióticos de un lugar y momento dados se evalúa por el cuartil (q) que ocupa de una distribución elaborada con los datos de 21 países europeos en 2004. Cuanto mayor el cuartil (de q1 a q4), peor calidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad del uso en Galicia de 2007 a 2010.

Métodos: El uso se estimó a partir de recetas financiadas por el sistema público, y se calculó la dosis por mil habitantes día (DHD) anual de 2007 a 2010. Los indicadores, que hacen referencia sólo a antibióticos de uso sistémico (J01, clasificación ATC/DDD), se expresan en DHD o porcentaje de DHD total. En DHD: el uso total, el de penicilinas, el de cefalosporinas, el de macrólidos-lincosamidas-estreptograminas (MLS) y el de quinolonas; en porcentaje: el uso de penicilinas sensibles a betalactamasas, el de combinaciones de penicilinas, el de cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, el de fluoroquinolonas. Un indicador se expresa como cociente de PECEMA de amplio espectro versus de espectro reducido (penicilinas, cefalosporinas y macrólidos); y dos estudian la variación estacional, uno del uso total y el otro del uso de quinolonas.

Resultados: El uso de 8 de los 12 indicadores se ubicó durante los cuatro años en q4, mientras el uso global bajó a q3 en 2010. Dos indicadores, uso de cefalosporinas y de MLS, se mantuvieron en q3 hasta 2010 el primero e hasta 2009 el segundo, ya que acabó el seguimiento en q2. Los indicadores de variación estacional son los mostraron valo-

res más positivos, pero inestables. La variación estacional del uso global se ubicó en q2 en 2007/08 y en q1 los dos períodos siguientes; la del uso de quinolonas, en q4, q1 y q4, por este orden.

Conclusiones: La calidad del uso ambulatorio de antibióticos en Galicia es mejorable. Eso sugiere su posición en la mayor parte de los indicadores y el carácter empírico de los estándares. El gran envejecimiento de la población gallega, que no se tiene cuenta en el cálculo de los indicadores, subestima la calidad de uso, mientras la no inclusión de recetas privadas (aproximadamente el 9% en 2007), la sobrestima. La facilidad de cálculo y claridad comunicativa de estos indicadores superan los problemas conceptuales que plantean, y los hacen útiles para evaluar el resultado de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad del uso ambulatorio de antibióticos.

551. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

C.A. Sánchez-Piedra, M.A. Martín-Martínez, E. Parody-Rúa, R. Carmona, A. Sarria-Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), ISCIII; Universidad ICESI-Cali.

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis representa una carga significativa tanto para las pacientes que sufren esta patología, dadas las complicaciones asociadas, como para el sistema sanitario, dado los elevados costes del tratamiento. Diferentes opciones han sido consideradas en el tratamiento de la osteoporosis, pero hay falta de estudios en poblaciones de gran tamaño. El objetivo de este estudio es describir los factores asociados al inicio de tratamiento en las pacientes con osteoporosis.

Métodos: La información ha sido recogida de una base de datos electrónica procedente de centros de atención primaria de 6 áreas de la Comunidad de Madrid. Se trata de un estudio transversal descriptivo. Esta base de datos contiene información sobre 1.318.640 pacientes que han visitado centros de atención primaria durante 2006 y son mayores de 24 años. Las pacientes con diagnóstico de osteoporosis y mayores de 50 años han sido identificadas. Se ha comparado el grupo de pacientes con alguna intervención farmacológica (bifosfonatos, ranelato de estroncio, raloxifeno, calcitonina, teriparatida, calcio) frente al grupo de pacientes sin tratamiento. Ambas muestras han sido descritas y comparadas considerando sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), comorbilidad, tratamientos concomitantes y variables socioeconómicas. Se han llevado a cabo modelos de regresión logística para determinar los factores asociados al inicio de tratamiento en mujeres entre 50 y 64 años, y en mujeres mayores de 64 años.

Resultados: La prevalencia de osteoporosis entre las mujeres de más de 50 años de la base de datos es de un 12,4%. Las pacientes con osteoporosis tomaban calcio (44,7%), bifosfonatos/ranelato de estroncio (36,8%), raloxifeno (9,1%), calcitonina (1,1%), teriparatida (0,3%). Los factores que explican el inicio más temprano del tratamiento son: alto nivel económico ((OR50-64: 1,37 (1,29-1,46)); (OR > 64 años: 1,28 (1,21-1,36)), mayor número de fármacos prescritos ((OR50-64: 1,30 (1,29-1,32)); (OR > 64 años: 1,25 (1,24-1,26)), padecer artrosis ((OR50-64: 1,22 (1,10-1,36)); (OR > 64 años: 1,304 (1,21-1,41)), u otras patologías osteoarticulares ((OR50-64: 1,72 (1,60-1,85)); (OR > 64 años: 1,53 (1,42-1,64)), ser diabético ((OR50-64: 2,53 (2,23-2,87)); (OR > 64 años: 1,99 (1,83-2,16)) y obeso ((OR50-64: 1,83 (1,68-1,99)); (OR > 64 años: 1,59 (1,48-1,71)). En la edad se aprecian diferencias en la dirección de la asociación (OR50-64: 1,02 (1,01-1,03)); (OR > 64 años: 0,97 (0,95-0,96)).

Conclusiones: Es la primera evaluación llevada a cabo para los factores que condicionan el inicio de tratamiento en osteoporosis. La edad es un factor asociado al inicio de tratamiento, aunque presenta diferencias según el grupo de edad sin que existan otros factores que expliquen las mismas.

466. ABSENTISMO EN PACIENTES CITADOS A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

C.J. Pereira-Victorio, M. Lizán García, J.L. Gómez Guardiola

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Escuela Nacional de la Sanidad; Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Antecedentes/Objetivos: La consulta especializada es una de las áreas con mayor demanda asistencial y, las esperas para el acceso a las mismas, es percibida por la población como un indicador de calidad del sistema sanitario; a pesar de ello cada año se produce un número elevado de absentismo por parte de los pacientes citados, afectando de manera directa a la calidad de prestación y a la satisfacción propia de los usuarios. El objetivo planteado es conocer las características de los pacientes que no acuden a la cita en la consulta especializada y las causas de su ausencia, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Métodos: Se seleccionó el total de pacientes que no acudieron a la consulta especializada durante la primera semana del mes de julio del 2012 en el CHUA, a los que se les entrevistó telefónicamente sobre las causas de su ausencia y estas se clasificaron como "causas debidas al paciente" o "causas debidas al sistema". Se realizó un análisis descriptivo de la población en estudio, haciendo valoración en medidas de tendencia central y medidas de frecuencia.

Resultados: Un total de 283 sujetos no acudieron a la cita de su especialista en la primera semana de junio, de ellos 186 (65,72%) respondieron el cuestionario telefónico, el 41% varones y el 59,1% mujeres; el 75,3% se situaba en el grupo de edad de 18 a 65 años y un 72,6% vivían en la misma ciudad de Albacete. Pertenecían al área clínica 65% frente al 35% de área quirúrgica; el servicio de Dermatología fue el que presentó la mayor proporción de ausentismo con 17,7%, seguido de Rehabilitación 10,2% y Traumatología 9%; el miércoles fue el día con mayor absentismo 25,3%. Un 52,2% de las causas de absentismo fueron atribuidas al paciente, siendo las tres causas más frecuentes, el paciente estuvo de viaje o presentó un imprevisto 24,8%, desconocimiento de la cita 16,1% y olvido 13%; el 47,2% de absentismo fue atribuido al sistema, siendo la causa más frecuente la cancelación previa de la cita con 15,1%, de los cuales el 51,2% canceló la cita en su centro de salud.

Conclusiones: Valoradas las razones por las que el paciente no acude a su cita, consideramos que es importante, elaborar estrategias referidas a: evitar el error administrativo, mejorar el sistema de citación y cancelación de la consulta especializada; integrar un grupo de trabajo para revisar y corregir los protocolos de actuación en el servicio de gestión de pacientes.

402. ELABORACIÓN DE INDICADORES DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN: UN DESAFÍO NECESARIO

H. Vargas-Leguas, M.B. Aller, J. Coderch, J. Farré, J.R. Llopart, L.L. Colomé, S. Calero, I. Vargas, M.L. Vázquez

Consorti de Salut i Social de Catalunya; Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Parc Sanitari Pere Virgili; Badalona Serveis Assistencials; Grup SAGESSA Assistència Sanitària i Social; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La coordinación asistencial es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos. Su ausencia supone el aspecto de la práctica organizativa con un mayor efecto en los resultados de salud, costes y en la satisfacción de los pacientes y su medición supone un reto de los servicios de salud. El objetivo del estudio es elaborar un conjunto de indicadores de estructura, proceso y resultado que permitan medir coordinación entre niveles asistenciales.

Métodos: La identificación de indicadores se realizó en dos etapas: 1) revisión sistemática de la bibliografía para identificar indicadores de coordinación asistencial (búsqueda en principales bases de datos hasta mayo de 2011) y 2) revisión de las guías de práctica clínica y otras fuentes locales de evidencia, como planes directores. Adicionalmente, el equipo investigador elaboró indicadores para cubrir aquellos aspectos de la coordinación no representados por los indicadores identificados previamente. Los indicadores se clasificaron en función de si evaluaban la coordinación de información o de gestión. El conjunto de indicadores fue discutido en dos reuniones de expertos con el fin de valorar los criterios de importancia, solidez científica y factibilidad (Institute of Medicine).

Resultados: Se identificaron 47 indicadores y se elaboraron 13 indicadores adicionales. Tras las reuniones con los expertos, la selección final quedó compuesta por 42 indicadores: 22 de coordinación de la información, de los cuales 13 son de estructura y 9 de proceso, 17 de proceso de coordinación de la gestión y 3 indicadores de resultado.

Conclusiones: Se ha obtenido un conjunto de 42 indicadores que permitirá analizar la coordinación de la atención entre niveles asistenciales y que podrá ser aplicado en cualquier organización sanitaria que provea un continuo de servicios. Su posterior aplicación en tres entornos sanitarios diferentes de Cataluña ofrecerá datos adicionales sobre su fiabilidad y factibilidad.

Financiación: PI10/00348.

415. PROPUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS CLÍNICO-ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL

T. Puig, M. Chirinos, N. Lluís, X. Bonfill

IIB Sant Pau; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: a) Clasificar y organizar las guías y protocolos de práctica clínica en las áreas asistenciales de un hospital universitario; b) Establecer una base de datos automatizada y actualizada para el acceso integral a las guías y protocolos de consulta médico-asistencial.

Métodos: El proyecto se ha realizado en varias etapas: 1) Clasificación de documentos según Servicios y Comités si procede; 2) Discusión de la información con los coordinadores de Comité y Jefes de los Servicios. Desglose de la información documental. Descarte y/o adición de documentos; 3) Clasificación del formato documental según Grupo de patología; para ello se utilizó la clasificación CIE-9. 3ra edición. Asimismo se seleccionaron palabras clave para cada documento; 4) Diseño de una base de datos automatizada; 5) Establecimiento de métodos para revisión y actualización; 6) Publicación de la base de datos en la intranet.

Resultados: Se han identificado hasta la fecha 1.186 guías y protocolos vigentes y actuales que corresponden a 40 Servicios asistenciales. Según el grupo de patología correspondiente los documentos se han clasificado de la siguiente forma: Neoplásicas: 120; Digestivas: 31; Infecciosas y parasitarias: 60; Hematológicas: 20; Cardio-vascular: 72; Metabólicas: 46; Pediátricas: 230; Respiratorias: 38; Aparato locomotor y tejido conectivo: 37; Embarazo, parto y puerperio: 5; Piel y tejido subcutáneo: 7; Aparato genito-urinario: 105; Patologías de cabeza y cuello: 2; Mentales: 36; Oftalmológicas: 20; Otros documentos de uso general: 256. Finalmente para la fase 4, se desarrolla un FrontOffice, para acceder desde la propia intranet del Hospital y un entorno de edición que comprende los siguientes elementos: 1) Buscador delimitado por 3 parámetros: Servicio, Patología y Comité 2) Buscador por texto libre 3) Resultados de la búsqueda; y BackOffice accesible para editores y publicadores con login de la intranet.

Conclusiones: La metodología utilizada establece un procedimiento institucional para organizar y sistematizar los documentos de consulta, asegurando de esta manera un mejor desempeño en términos de per-

tinencia, seguridad, eficiencia y disminución de la variabilidad en todo el ámbito asistencial del centro.

48. INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

M.J. Molina Rueda, B. Martínez Romero, S. Martínez Diz, M.C. Ubago Linares, M. Rosales Rodríguez, M.A. Fernández Sierra

UGC de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia y describir las características de las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria (IAAS) en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) durante los meses de noviembre y diciembre de 2011.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en Hematología a 1 de noviembre de 2011 más los ingresados en la Unidad de Hospitalización durante los dos meses de seguimiento y que permanecieran más de 24 horas. Todos los pacientes incluidos fueron seguidos hasta su alta de Hematología. Las principales variables estudiadas fueron: sexo, edad, fecha de ingreso, germen aislado, resistencias antimicrobianas, localización y fecha de infección.

Resultados: Se estudiaron 112 pacientes y el número de días de estancia fue de 933. El 42,9% fueron mujeres y el 57,1% hombres. La edad media de los pacientes fue de $55,3 \pm 13,6$ años. La Incidencia de pacientes con infección fue de 5,36% ($n = 6$) y la Incidencia Acumulada (IA) fue de 6,25% ($n = 7$). La densidad de incidencia (DI) de las IAAS y de pacientes infectados fue de 7,50 y 6,43 por mil días de estancia, respectivamente. La localización de la infección más frecuente fue la bacteriemia con una DI de 3,21%, seguida de la neumonía (2,14%), la infección de piel y la gastroenteritis (1,07%). Se produjeron tres bacteriemias, dos por *Enterococo faecium* sensible a vancomicina (una primaria y otra asociada a catéter) y una por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (primaria); dos neumonías, una por *Pseudomonas aeruginosa* y otra por *Aspergillus flavus*; una gastroenteritis en la que se aislaron *Yersinia enterocolitica* y *Campylobacter jejuni* y una infección de la piel por *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusiones: La DI de las IAAS y de pacientes infectados en el Servicio de Hematología durante los meses de noviembre y diciembre de 2011 fue de 7,50 y 6,43 por mil días de estancia, respectivamente. El tipo de infección más frecuente fue la bacteriemia, siendo el microorganismo *Enterococo faecium* el más frecuente. Se recomienda realizar estudios temporales de incidencia para seguir de forma continuada la evolución de las IAAS en el Servicio de Hematología y conocer los niveles basales de infección endémica con objeto de prevenir nuevos casos y/o posibles brotes.

243. ANÁLISIS DE LAS CATARATAS INTERVENIDAS EN UN HOSPITAL REGIONAL EN UNA DÉCADA

M.M. Rodríguez del Águila, C. Santos Box, M.T. Rueda Domingo, M.J. Molina Rueda, C.M. Sánchez Rodríguez

Hospital Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: La catarata es una enfermedad crónica que aparece con mayor frecuencia en mayores de 60 años, produciendo una disminución de la agudeza visual y teniendo como tratamiento más efectivo la intervención quirúrgica. En los últimos años se ha producido un incremento en estas intervenciones debido principalmente al aumento de la esperanza de vida y al avance de técnicas quirúrgicas. El objetivo fue analizar las intervenciones de cataratas realizadas en un hospital regional en la década 2001-2010 y determinar variaciones de

las tasas de cataratas en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) asociadas a dicho centro, diferenciando por sexo.

Métodos: Estudio descriptivo y ecológico de las cataratas intervenidas en un hospital regional durante 2001-2010. La fuente de datos fue el registro de intervenciones del hospital. Se seleccionaron pacientes de 60 o más años, cuyo código de residencia fueran municipios asociados a las ZBS adscritas al hospital y cuyo diagnóstico principal fuera catarata senil. Se analizó la edad del paciente, sexo, código de residencia, días de estancia y reintervenciones. Se calcularon frecuencias y porcentajes así como tasas estandarizadas por 10.000 hab junto con sus intervalos de confianza (IC95%) según ZBS por el método directo tomado como referencia la población europea. Los denominadores de las tasas se obtuvieron del INE a partir de la población a 1 de enero de 2006. Se calculó igualmente la ratio hombre/mujer.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 16126 intervenciones, observándose un incremento en los 10 años del 28,2%, con una edad media global de $74,8 \pm 6,9$ años, siendo el 55% mujeres. El 92% no causaron estancia. El 31% fueron reintervenciones o intervenciones de ambos ojos. Un 42% de las mismas correspondieron a Granada capital. La tasa bruta fue de 125,23 intervenciones/10.000 hab, siendo en hombres de 131,23 y en mujeres de 120,64. Las mayores tasas ajustadas corresponden a las ZBS de Peligros (314,04 IC95% (290,23-337,87)), Maracena (214,67 IC95% (198,44-230,91)) y Albolote (207,65 IC95% (192,46-222,84)). Según sexo, las ZBS con mayores tasas corresponden para hombres a Peligros, Maracena y Atarfe y de forma similar para mujeres. La ratio H/M es de 1,44 para la ZBS de Guadix, mientras que en la ZBS de Baza por cada hombre se intervienen 2 mujeres (ratio 0,5).

Conclusiones: Se observan tasas de cataratas mayores en hombres y en ZBS próximas a la capital y cercanas entre sí. Este estudio debe completarse con análisis más avanzados que permitan determinar si las diferencias se deben a una mayor prevalencia en la población de la zona o a una mayor derivación para indicación quirúrgica. Los estudios de prevalencia de cataratas son escasos en España y podrían completar lo aportado en este estudio.

414. ESTUDIO SOBRE EL GRADO DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES "DO NOT DO" ELABORADAS POR EL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) EN UN HOSPITAL

M.J. Quintana, M. Posso, D. Osorio, T. Puig, I. Bolívar, I. Gich, I. Solà, G. Urrútia, X. Bonfill

IIB Sant Pau; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las recomendaciones "Do not do" del NICE identifican diversas prestaciones de la práctica clínica que, según la evidencia disponible actualmente, no deben realizarse de forma rutinaria. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de acuerdo con estas recomendaciones en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Métodos: Las 767 recomendaciones del NICE (octubre de 2011) se redujeron a 630 en base a su carácter hospitalario y de acuerdo a la patología de referencia. Se elaboró una encuesta dirigida a los directores de servicio a quienes se les preguntó si cumplían o no las recomendaciones más relacionadas con su responsabilidad. Posteriormente, las razones de las discrepancias con algunas de las recomendaciones se clasificaron siguiendo cuatro criterios: 1) Evidencia más actual que contraindique la recomendación, 2) Inviabilidad de la recomendación en el hospital, 3) Mayor coste-efectividad, 4) Otros.

Resultados: Se envió la encuesta con las recomendaciones respectivas del "Do not do" a 24 directores de servicio del hospital. El porcentaje de respuesta fue del 98%. Los servicios a los que correspondieron un mayor número de recomendaciones fueron Ginecología (131), Pe-

diatría (76), Psiquiatría (72), Oncología (58) y Medicina Interna (54). El grado de acuerdo con las recomendaciones.

Conclusiones: El grado de acuerdo con las recomendaciones "Do not do" en el hospital es muy alto. Existen recomendaciones que requieren una reevaluación en base a evidencia más actual. La aplicación de esta encuesta es una estrategia sencilla para valorar la adecuación de la práctica clínica en un hospital en base a unos criterios explícitos y documentados como los del NICE.

491. ESTUDIO DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE LINEZOLID EN FUNCIÓN DE LA INDICACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN ESPAÑA

M. Morales Suárez-Varela, M. Pérez-Cebrián, I. Font-Noguera, E. Monte-Boquet, J.L. Poveda-Andrés, J.M. Martín-Moreno, T. Chen, N. Gimeno-Clemente, A. Llopis González

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario La Fe; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Facultad de Farmacia, Universidad de Sydney, Australia.

Antecedentes/Objetivos: El linezolid es un antibiótico que pertenece al grupo de las oxazolidinonas. Las indicaciones para su uso son neumonía nosocomial e infecciones de la piel y tejidos blandos causadas por organismos Gram positivo. Sin embargo, ciertos estudios al respecto indican que deberían considerarse nuevas indicaciones. Para ello será imprescindible valorar los beneficios junto con los posibles riesgos de toxicidad, ya que se han descrito efectos adversos graves e irreversibles en pacientes tratados con linezolid. Por todo ello, planteamos el presente estudio observacional con la finalidad de evaluar la idoneidad de la prescripción de linezolid en función de la aprobación de la indicación en España en un hospital universitario de España.

Métodos: Se evaluó la aparición de Problemas Relacionados con el Medicamento (PRMs) en los pacientes tratados con linezolid en el Hospital Universitario "La Fe" de Valencia (España) entre julio de 2007 y enero de 2008.

Resultados: Se observó la aparición de PRMs en el 50,0% de los pacientes tratados con linezolid durante el periodo de estudio. En algunos casos (20,8%) la PRM estaba relacionada con la indicación, en otros (6,9%) con la seguridad, y en otros (22,2%) se debía a una combinación de ambas. Sin embargo, no se observaron PRMs que modificaran la eficacia del tratamiento. Los PRMs fueron significativamente más prevalentes en aquellos pacientes tratados con linezolid para una indicación aprobada en España (63,6%), que en aquellos con una indicación no aprobada (28,6%).

Conclusiones: Es necesaria la realización de futuros estudios encaminados a determinar la idoneidad de las indicaciones terapéuticas actuales del linezolid.

336. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS

E. de Antonio Martín, J.J. Mercader Casas, R. Higuera Romero, J.M. Mateos Gautier

Plataforma Provincial Logística Integral de Cádiz; Escuela Andaluza de Salud Pública; Hospital de Jerez de la Frontera.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar la evolución del grado de consecución de los objetivos marcados en los Acuerdos de Gestión Clínica de las unidades Neurología, Ginecología y Obstetricia y Oncología, en el periodo 2006-2008. Evaluar si se produce efecto Ratchet.

Métodos: Análisis comparativo descriptivo del cumplimiento de los objetivos definidos para las Unidades de Gestión Clínica consideradas.

Las variables analizadas, han sido objetivos correspondientes a las dimensiones actividad y rendimiento, accesibilidad, orientación al usuario y gestión económica.

Resultados: Neurología obtiene una importante mejora en el cumplimiento de los objetivos a la par que aumenta la exigibilidad de la mayor parte de los objetivos estudiados. Tan sólo, en la dimensión económica, el objetivo fijado de aumento máximo del capítulo II, se incumple. Para Ginecología y Obstetricia, la exigibilidad de los objetivos tiende a aumentar, mejorando los resultados de los mismos. Tan sólo en el caso de la dimensión gestión económica, se incumple el objetivo de incremento máximo del capítulo I en el 2008. En el caso de Oncología, los objetivos se cumplen en todos los periodos, manteniéndose prácticamente constante la exigibilidad de cumplimiento de estos.

Conclusiones: No es posible afirmar la existencia de efecto Ratchet, ya que a pesar de aumentar la exigibilidad, de los objetivos, los resultados se mantienen o incluso mejoran.

282. CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD UNE 166002:2006 DE LA I+D+i DE UN HOSPITAL

C. Bermúdez-Tamayo, R. Alba-Ruiz, E. de Antonio-Martín, C. García-Pérez, M. Expósito-Ruiz, B. Valero-Aguilera

Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El sistema de gestión de calidad UNE 166002:2006 ha demostrado su utilidad en la planificación y evaluación de actividades de gestión en diversas instituciones, aunque la implantación de la norma en un Hospital es más reciente y plantea retos y oportunidades específicas. El objetivo principal pretende establecer, documentar, implantar y mantener un sistema de gestión I+D+i en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) basado en la Norma UNE 166022: 2006.

Métodos: El manual de procedimiento, junto con el mapa de procesos, las fichas de requerimientos, la hoja de objetivos y el cronograma de actividades, permitieron planificar a medio y corto plazo la actividad del hospital, detectando puntos fuertes y áreas de mejora. Se midió la percepción de la satisfacción de los grupos de interés asociados a las actividades de I+D+i. Se han enviado, recopilado y analizado cuestionarios de satisfacción tanto del personal investigador como de las organizaciones colaboradoras que desarrollan proyectos de I+D+i. La Satisfacción Interna se interpreta en % de respuestas con una valoración "buena" o "excelente"; mientras que la Satisfacción Externa se establece en base al valor medio dado (de 1 a 10) a la pregunta de "satisfacción global con el convenio".

Resultados: El proceso de Certificación, evidencia que se encuentra adecuadamente desarrollado, no habiéndose detectado ninguna No Conformidad. Resultó de gran utilidad para delimitar responsabilidades y para la coordinación de actividades, dando a conocer a la dirección y a otros servicios su cartera de actividades y localizar áreas de desarrollo. Durante la Auditoría se evaluó el desarrollo y gestión de 7 Proyectos. El 90,625% de los profesionales encuestados piensan que los servicios son buenos-excelentes. El 73,7% de los encuestados conocen los servicios que presta. El conjunto de indicadores de proceso evaluados en 2011: el 62% de ideas se transforman en proyecto, 45% ideas buenas/excelentes, Artículos científicos en Q1 3,08%.

Conclusiones: El Sistema ha permitido al hospital sistematizar sus actividades de I+D+i e integrar su gestión en el resto de sistemas de gestión abriendo vías de comunicación directas con la dirección del centro para la resolución de problemas frecuentes; planificar, organizar y controlar las unidades de I+D+i, así como la cartera de productos generados; y demostrar la transparencia de estas actividades. El HUVN se ha convertido en el primer centro sanitario público español en desarrollar, implantar y certificar un Sistema de Gestión de la I+D+i según la norma UNE 166002:2006 con una investigación responsable, verificado por una entidad externa independiente AENOR.

156. LOS AGRADECIMIENTOS COMO REFUERZO POSITIVO A LA HORA DE MEDIR LA EXCELENCIA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

G.R. Pérez Torregrosa, N. Martínez Duce, G. Moncho Aguirre, R. Zurriaga Carda, J.A. Delgado de los Reyes, M. Arencibia Jiménez

Hospital General Universitario de Elche.

Antecedentes/Objetivos: El Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) es la Unidad funcional que garantiza la capacidad de los ciudadanos a ejercer sus derechos, a aumentar el nivel de información y la utilidad como medio para solucionar todos aquellos problemas que puedan surgir en el proceso asistencial al paciente, además de estar a disposición de todos los usuarios y familiares para recoger cualquier sugerencia, agradecimientos, queja o reclamación. Conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios, permite conocer fortalezas y debilidades, consecuentemente poder aplicar los cambios oportunos y ofrecer un servicio de calidad excelente. El objetivo es analizar estos agradecimientos, darlos a conocer al personal sanitario y que sirva como refuerzo positivo, en su labor diaria con el fin de alcanzar una excelente calidad asistencial.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo, pormenorizado de los agradecimientos "de motu propio" recibidos durante el 2011 en el SAIP del Hospital General Universitario de Elche (Alicante), estudiándolos desde la particularidad de cada caso a la generalidad del "modus operandi" de los pacientes o familiares. Excel 2003.

Resultados: Se analizan un total de 79 agradecimientos, las mujeres (58%) realizan más agradecimientos que los hombres, la mayoría son generales (87,3%): a todo un servicio (47,8%), una planta (20,3%) por ejemplo la 5ª M. Interna y la 8ª Obstetricia, a (AP) Atención Primaria (26,1%). Pero el 12,7% son personalizados: AP (3), SAIP (2), Trabajadora social (2). El 75% se originan en el hospital (hospitalización 30%, consultas externas 30%) y un 25% en AP. Hay siete servicios que copan el 64,4% de los agradecimientos: Ginecología/Obstetricia (16,5%), Médico de AP (11,4%), Enfermería de AP (10,1%), Medicina Interna (10,1%), SAIP (6,3%), Cardiología (5,1%) y Cirugía (5,1%). Más del 80% el motivo es el trato recibido. En más del 50% no hay personal implicado, pero el 22% afectan a médicos y 14% a enfermería directamente.

Conclusiones: Los nacimientos y las defunciones suelen ser motivos de agradecimientos. Proponemos no solo evaluar las quejas y los efectos adversos para evaluar la excelencia de la calidad asistencial, creemos que sería más estimulante y mejor valorado por el personal sanitario conocer además los agradecimientos recibidos.

75. IMPACTO ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE URGENCIAS DE ALTA RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA-CUAP

E. Torné Vilagrassa, J. Benet Travé, A. Guarga Rojas

Dirección Ejecutiva de Servicios y Programas, Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: La reciente creación de centros de urgencias en atención primaria (CUAP) de alta resolución dotados de radiología y analítica, ha de suponer un avance en la resolución de problemas, una mejora en la adecuada utilización de recursos y una reducción de las urgencias hospitalarias. Objetivo: descripción de la tipología de urgencias atendidas en los CUAP y valoración del impacto de los CUAP sobre las urgencias hospitalarias, en relación a la actividad y adecuación de recursos territoriales. en un territorio de 5 millones de habitantes.

Métodos: Se diseñó una base de datos (BD) con variables sociodemográficas, de morbilidad, triaje, procedencia, destino del paciente y continuidad asistencial, para analizar las características de las personas que acuden a estos centros y valorar la capacidad resolutoria del centro

mediante el análisis de gravedad de las urgencias y la resolución de las mismas. Se envió la BD/cuestionario para que cada centro lo cumpliera durante 1 semana. A la vez se recogió información de las urgencias de los hospitales de referencia de la zona y también información del 061. Se analizaron los datos mediante SPSS 18.00: Descripción de pacientes, valoración del impacto mediante el análisis de la variación de urgencias hospitalarias vs las atendidas en los CUAP (2008-2011) y % de urgencias resueltas sin ingreso hospitalario.

Resultados: Participaron en el estudio 11 CUAP, se obtuvieron 7.833 registros con una actividad de 80-120 urg/d. Pacientes: adultos (37-47 años), 55% mujeres. El 73% acudieron por medios propios, resto por Servicios Emergencias Médicas (SEM), provenían del domicilio (85-95%), un 85% eran casos leves, según el modelo Andorrano de triaje correspondían a MAT IV y V. Realización Rx (11-26%) y analítica (4-21%), capacidad resolutoria 85-90% (ingresos hospitalarios < 12%). En función del territorio estudiado, la variación urgencias hospitalarias 2008-2011 iba desde una disminución de 12-13% vs incremento de 15-28% CUAP en zona urbana, mientras en zona semiurbana se observan incrementos en ambos centros y también una variación inversa.

Conclusiones: La puesta en marcha de recursos de alta resolución en urgencias de atención primaria incrementa el número de urgencias atendidas, pero consigue una redistribución de casos, reorientando las emergencias hacia el hospital y los más leves los asume el CUAP, consiguiendo una mayor efectividad y eficiencia en la utilización de recursos sanitarios.

174. CONSULTA DE VIAJEROS EN EL CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL DE SALAMANCA, 2000-2009

T.M. Muñoz Ciudad, M.A. García Iglesias, J. Mateos Conde, L.C. González Pérez

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Los viajes y los viajeros han cambiado a lo largo de los años, se ha observado un mayor número de viajes internacionales (apertura de fronteras, viajes de trabajo, cooperación), un aumento de la edad de los viajeros (mayor esperanza de vida y calidad de vida), diferentes motivos como el regreso o visita de inmigrantes a sus países de origen.. El objetivo del estudio es conocer las principales características de los viajeros que han consultado en el Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Salamanca durante los años 2000-2009.

Métodos: Estudio descriptivo de las consultas atendidas en el CVI de Salamanca durante 10 años, analizando las variables según: los viajeros (edad, sexo y residencia), los viajes (lugar de destino, duración y motivo), las consultas (número, estacionalidad y antelación) y las indicaciones de vacunas recomendadas.

Resultados: El Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Salamanca registró durante la década 2000-2009 un total de 8.249 consultas, con una tendencia anual creciente. El 81,6% eran residentes en Salamanca, más de la mitad (52,7%) fueron mujeres, el 50% entre 20 y 34 años y el 30% entre 35 y 54 años. Durante los meses de junio y julio se realizaron la tercera parte de las consultas, época que coincide con la preparación de viajes por vacaciones, ya que el motivo más frecuente del viaje fue el turismo (72,14%) y la mayor frecuencia de viajes fue en los meses de julio y agosto (34%). Hay que destacar que el 58% de las consultas se realizaron con una antelación menor de un mes, y el 9,2% con menos de una semana de antelación, lo que condiciona las recomendaciones. El destino por orden de preferencia fue América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia) que se ha mantenido a lo largo de toda la década, y han experimentado un aumento progresivo África (Senegal, Kenia, Túnez) y Asia (India, China, Tailandia). Las vacunas recomendadas con mayor frecuencia fueron: fiebre amarilla, tétanos-difteria, hepatitis A, hepatitis B, fiebre tifoidea y meningitis.

Conclusiones: Hay que destacar el incremento anual de la utilización del Centro de Vacunación Internacional y la distribución temporal e irregular de la demanda a lo largo del año. No se observa una mejora en la antelación de la consulta, lo que conlleva que a veces no se puede realizar ninguna actuación. Se observa un desconocimiento en los viajeros de las vacunas previas que tienen administradas. A lo largo de la década se han producido variaciones en los destinos y también en los motivos para realizar los viajes.