

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

De la Fundación "la Caixa"

EL IMPACTO DE LA UNIDAD
DIAGNÓSTICO DÍA (UDD) EN EL
HOSPITAL COMARCAL DE
VILADECANS

Soledad Romero Chavarria

Óliver-Iván Vivancos Asensio

Trabajo presentado para la obtención del Máster en Administración y Gestión
en Cuidados de Enfermería

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
José Tejada	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
Concepción Ferrer	Vocal

Presentado en fecha: 6 de julio del 2.009

Aceptado en fecha: 6 de julio del 2.009

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos la ayuda desinteresada y colaboración del Dr. Oscar Ares,

Adjunto del Servicio de Traumatología del Hospital de Viladecans.

Agradecimientos a la ayuda desinteresada y colaboración de la Enfermera y compañera del Máster Miriam Armora del Hospital de San Pablo de Barcelona.

COLABORADORES:

-Concepción López, Enfermera Supervisora, turno noche en el Hospital

Sagrado Corazón de Barcelona

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág. 6-7
2. Objetivos del trabajo.....	Pág.8
3. Marco teórico.....	Pág.9-64
3.1 Impacto de la Unidad Diagnóstico Día.....	Pág. 12-14
3.2 Afectación psicológica en los enfermos de cáncer.....	Pág. 15-16
3.3 Comunicación entre profesionales y enfermo.....	Pág. 17-19
3.4 Teorías de diferentes autores.....	Pág. 20
3.4.1 Murray.....	Pág.20
3.4.2 Mishel.....	Pág.20-21
3.4.3 Mckay.....	Pág. 21-22
3.5. La Gestión de casos.....	Pág.23
3.6 Génesis del Management. Revisión Histórica.....	Pág.23-25
3.7Management y su aplicación en salud.....	Pág. 26-36
3.8 Los participantes en las organizaciones.....	Pág. 37-38
3.9 El papel de las agendas en la Unidad Diagnóstico día UDD.....	Pág. 39-45
3.10 Otras experiencias con CR-UDD.....	Pág. 46-51
3.11 La calidad.....	Pág. 52
3.11.1 Introducción a la calidad/conceptualización.....	Pág. 52-54
3.11.2 Teorías del concepto de calidad.....	Pág. 55-59
3.12 La Eficiencia.....	Pág. 60-61
3.13 La Eficacia.....	Pág. 62-63
3.14 Algunas diferencias entre Eficacia y Eficiencia.....	Pág. 64

4. Hipótesis

5. Metodología

5.1 Diseño

5.2 Población

5.3 Técnica muestreo

5.4 Muestra

5.5 Variables

5.6 Instrumento

6. Resultados

7. Conclusiones

8. Propuestas (líneas de actuación)

9. Bibliografía

10. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

Para poder coordinar todo el proceso diagnóstico de una enfermedad, y poder realizarlo, a ser posible en un mismo día, se creó en 1993 en el Hospital Comarcal de Viladecans una unidad de diagnóstico día (UDD). Esta unidad permitió agilizar y minimizar los desplazamientos de paciente y familiares desde su domicilio al hospital. En nuestro estudio queremos demostrar el tiempo de demora existente entre el momento que a un paciente se le sospecha un posible diagnóstico de neoplasia de colon y pulmón hasta su confirmación de su diagnóstico.

En la justificación del proyecto queremos demostrar conceptos como eficacia, accesibilidad, eficiencia y calidad.

Para justificar la eficacia nos basamos en que la UDD tiene un compromiso de disminuir el tiempo del proceso diagnóstico a través de diversas exploraciones y pruebas complementarias, en aquellos enfermos que debido a sus características, se podría considerar urgente la detección de su enfermedad con un plazo de tiempo comprendido entre siete y diez días.

Respecto a la accesibilidad la UDD intenta disminuir el número de desplazamientos al hospital en aquellos enfermos que debido a sus características físicas, psíquicas o sociales tienen limitada su movilidad es por este motivo por el cual se concentran todas las pruebas y exploraciones en uno o dos días.

En cuanto a la eficiencia esta queda justificada reduciendo el número de ingresos inadecuados y gestionando el tiempo óptimo hasta dar con el

diagnostico. En este apartado juega un gran papel el servicio de consultas externas, desde el cual se gestiona toda la programación para las pruebas .

Y por lo que respecta a la calidad existe una mejora cuantitativa y cualitativamente de la oferta que de esta manera se enfocan las necesidades de cada paciente

Al circuito de la UDD puede dirigirse cualquier especialista de servicio de urgencias y de consultas externas que necesite un proceso diagnostico de carácter preferente. En el caso de que el paciente sea remitido por un especialista de urgencias da una agilización al diagnostico de este modo se disminuyen las pruebas diagnosticas de eliminación las cuales consumen mucho mas tiempo y recursos.

Estos casos son gestionados por una enfermera gestora de casos. Juega un papel muy importante ya que coordina toda la programación y las visitas. Contactando telefónicamente con el paciente.

Una vez el paciente ha realizado todas las pruebas diagnosticas(uno o dos días) es remitido al especialista correspondiente que continua con el proceso terapéutico

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Analizar el impacto de la UDD en pacientes con sospecha de neoplasia de colon y pulmón.
- Permitir la agilización de su proceso para el diagnóstico
- Unificar circuitos para proporcionar calidad asistencial.
- Disminuir el numero de desplazamientos de los pacientes al hospital
- Disminución del estrés y la ansiedad del paciente
- Disminuir el numero de ingresos inadecuados
- Agilización del diagnostico en un plazo de entre siete y diez días
- Agilización del tratamiento y plan terapéutico en un plazo máximo de un mes, desde el momento de sospecha del proceso oncológico
- Aprovechamiento de la experiencia, los dispositivos y mecanismos de coordinación existentes adaptándolos a los nuevos requerimientos del proyecto

3. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCION

Uno de los objetivos generales de nuestro trabajo, es dar a conocer la importancia de la existencia de la Unidad Diagnóstico Día (UDD) en el Hospital comarcal de Viladecans, conceptos como **eficacia, accesibilidad, eficiencia y calidad** van unidos al objetivo de la unidad, a lo largo de esta marco teórico queremos demostrar el buen funcionamiento de la unidad, accediendo a la base de datos desde enero del 2008 a marzo del 2008, para la puesta en marcha de esta unidad fueron necesarios una serie de elementos claves que a continuación comentamos:

1.-Implicación de la dirección, marcando objetivos tanto en dirección medica como en dirección de enfermería

2.-Implicación de los clínicos. Los especialistas juegan un papel de suma importancia en la definición de las patologías a estudio.

3.-Acuerdo con los servicios asistenciales y centrales. Es aquí donde la coordinación entre diferentes servicios adquiere importancia para una agilización de la programación de las pruebas que se realizaran al paciente.

4.-**Enfermera gestora** de casos, la función de esta enfermera es esencial para la coordinación entre los diferentes servicios y especialistas de la programación de todas las pruebas complementarias. Siendo esta la responsable de que todas las pruebas diagnósticas que el especialista haya solicitado se realicen en el mínimo tiempo posible y si cabe la posibilidad en el mismo día.

La Enfermera Gestora de Casos es una profesional muy importante que constituye el punto de contacto entre el usuario y el Hospital.

El Diagnóstico Rápido implica un proceso delicado, en el que el usuario pasa por unos momentos muy difíciles. A parte de programar las visitas y las pruebas, la Enfermera Gestora de Casos informa al usuario y atiende sus requerimientos, es decir, lo acompaña durante el proceso diagnóstico.

Cada mes se reúne el Comité de Diagnóstico Rápido para hacer el seguimiento de los diferentes casos. Cada tres meses se hacen las evaluaciones de estos circuitos dónde se revisa el cumplimiento del calendario, el número de casos, si se cumplen los objetivos, el índice de participación de los profesionales de los CAP y del propio Hospital General del Hospitalet y el nivel de satisfacción de los profesionales.

Queremos destacar el rol de esta enfermera, pues en otros hospitales donde existen Unidades de Diagnóstico Día este elemento clave lo asume un facultativo. Pensamos que es importante describir las funciones de esta enfermera, pues en muchas ocasiones los pacientes tan sólo ven el trabajo asistencial de enfermería, pero cabe destacar que hoy en día el colectivo de enfermería está preparado para asumir funciones de Gestión y Administración. Es por este motivo que la Enfermera Gestora debe haber asumido conocimientos de Gestión a lo largo de su trayectoria profesional.

Dichos conocimientos son adquiridos en cursos, post-gradados o másters a posteriori de la adquisición de la Diplomatura. No debemos olvidar que la experiencia profesional del profesional de enfermería juega un papel importante, así como las actitudes, aptitudes y motivación del mismo.

5- Administrativa de programación referente. Este trabajo requiere de una persona formada en administración la cual sea conocedora del manejo de las agendas para la posterior programación. Debe cumplir requisitos como eficiencia y coordinación unánime entre ella y la Enfermera gestora de casos. Conceptos como agilidad y eficacia deben estar presentes en su actitud laboral.

6- Espacios reservados en las agendas de los servicios centrales y especialistas necesarios para las patologías a tratar. En el caso de que la patología no entre en el Circuito Rápido (CR) de Unidad Diagnostico Día existe un fácil acceso a estas agendas necesarias.

3.1 IMPACTO DE LA UNIDAD DIANÓSTICO DÍA.

El no ingresar al paciente para la realización de las pruebas diagnósticas es una de las acciones que más importancia e impacto tiene sobre el funcionamiento de la Unidad.

Una parte importante de los ingresos inadecuados son debidos a los ingresos para completar estudio en patologías donde no es aceptable su demora de forma ambulatoria.

Una inadecuación de los ingresos hospitalarios comporta un incremento de los gastos sanitarios y familiares, una alteración del funcionamiento de los distintos servicios del hospital y la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos inadecuados.

La hospitalización trae consigo pérdidas de:

- Intimidad.
- Autodeterminación.
- Rutinas de la vida.
- Familia.
- Hogar.
- Posición.
- Estilo de vida.
- Imagen corporal.

El ingreso inadecuado se define como el ingreso realizado en un hospital de agudos cuando clínicamente podrían haber sido admitidos a niveles más adecuados de asistencia, de aquí la razón de la existencia de la Unidad de Diagnóstico Rápido.

La justificación de la Unidad de Diagnóstico Rápido es tratar de agilizar el diagnóstico a través de diversas exploraciones sin tener por ello que ingresar al paciente en el hospital, concentrando en una o dos visitas aquellas pruebas necesarias para identificar el proceso que se sospecha.

De esta manera no tan sólo minimizamos el número de desplazamientos al Hospital por parte del usuario, sino que se minimiza también el tiempo de permanencia en el hospital.

La satisfacción de los pacientes es uno de los impactos más sobresalientes que agradecen los usuarios, ésta se mide por el resultado positivo de la interacción profesional- usuario,

La Unidad de Diagnóstico Rápido facilita el diagnóstico de la patología tumoral de forma ambulatoria evitando ingresos innecesarios.

Cabe destacar el importante papel que juega el buen funcionamiento de las Consultas Externas.

Las consultas externas de los hospitales, a pesar de haber sido siempre el principal punto de contacto del hospital con la población de su área de influencia, han ocupado hasta hace poco un papel secundario frente al área de hospitalización.

Sin embargo, en un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas cobran una relevancia cada vez mayor. Nos encontramos sin duda en los inicios de una nueva etapa, en la que no se escatimarán esfuerzos para abordar la compleja, y por ello apasionante, tarea de mejorar el funcionamiento de las consultas externas.

La actividad desarrollada en consultas externas, surgida como apoyo a la de hospitalización ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta.

El mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes Especialidades Médicas que hasta ahora se asociaba a la hospitalización, ha justificado el mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado esta situación promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo.

Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; el aumento de la actividad en consultas, como consecuencia del supuesto anterior y del aumento de la demanda en atención especializada,

Las demoras excesivas en consultas externas tan solo suponen una pérdida de la calidad de la asistencia

3.2 AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS ENFERMOS DE CANCER

Las necesidades emocionales del paciente se centran en su capacidad de adaptarse a la pérdida y de enfrentarse a sus temores y ansiedades. La enfermedad, tanto si es una gripe como una enfermedad mortal, trae consigo una serie de pérdidas. La persona enferma se vuelve dependiente de los demás para cosas tan sencillas como hacer la compra, y es incapaz de realizar su papel social normal en el trabajo, en el lugar o dentro de la comunidad. La persona enferma tiene que aceptar su papel de dependencia de los demás y aceptar su ayuda. Además se espera de ellos que obedezcan las órdenes del médico, que mejore rápidamente y que reanude sus actividades lo antes posible.

Al ingresar, se invade la intimidad de muy diversas formas. Se divulga información con detalles íntimos, su cuerpo está expuesto durante la exploración médica, las habitaciones son compartidas, las relaciones sociales forzadas con el personal y el resto de los pacientes, la exhibición de las propias relaciones personales del paciente.

Así la enfermedad y la hospitalización conducen a la pérdida de la independencia, del derecho a controlar las situaciones y a la pérdida de los papeles desempeñados en la familia.

Del significado que tenga para el individuo estas pérdidas causará determinadas reacciones emocionales.

También constituyen reacciones psicológicas que contribuyen a la pérdida de la imagen del individuo.

El dolor, la incontinencia, la pérdida de la movilidad y la alteración de la imagen corporal, debido a la enfermedad, a fármacos y a otros tratamientos

representan pérdidas en la esfera física y comprenden todos los sentimientos de pérdida.

Al proporcionar un apoyo emocional a la persona se tiene que valorar los sentimientos predominantes que el individuo está experimentando en relación con su enfermedad.

Está comprobado que los pacientes que se muestran aprensivos respecto a su enfermedad casi siempre empeoran en su diagnóstico,(1) aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciban sea el adecuado, mientras que, por el contrario, los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer usualmente mejoran.

Esto último es lo que los profesionales de la medicina informan a los familiares del enfermo de cáncer, y ello es causa probable de que se decida ocultar la enfermedad al propio enfermo.

De esta forma, se niega al enfermo de uno de sus derechos como persona humana, que es poder decidir libremente sobre su tratamiento y de las consecuencias de la aplicación administrativa o no de ésta.

La importancia de proporcionar información a estos pacientes es de darles tiempo para hablar de sus temores y miedos antes de adaptarse a su nueva vida y situación

3.3 COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y ENFERMO

La comunicación abierta con un enfermo es una situación muy difícil para los profesionales que atiendan al paciente.

La presencia del posible proceso de la muerte hace que los profesionales y la propia familia no quieran establecer un dialogo abierto con el enfermo debido a que produce una confrontación de sentimientos entre tristeza y culpabilidad, con lo que conducimos al paciente directa o indirectamente al aislamiento emocional y social.

En muchas ocasiones los familiares experimentan emociones que alteran la percepción del suceso y sus capacidades de reacción.

En esta fase de saturación emocional la familia no es capaz de definir sus necesidades ni desarrollar habilidades de afrontamiento o comprender información.

Los cambios en el entorno familiar ocurren cuando sus miembros luchan por afrontar esta situación inesperada. La posibilidad de que estos cambios sean beneficiosos o adversos depende en parte del tipo de atención que la familia recibe de los profesionales. Ya que su respuesta al proceso y su estrés tienen implicaciones en ellos mismos. Las intervenciones sobre la familia deberán garantizar la comprensión de la información, ayudar a la cohesión familiar, desmitificar y comprender el entorno y los procesos, ofrecer una visión realista de la situación y desarrollar habilidades de afrontamiento que ayuden a superar el suceso e integren a sus miembros en el cuidado del paciente

El traslado es considerado un evento importante para la gran mayoría de los pacientes y de sus familias. El síndrome de estrés por traslado puede definirse

como el conjunto de alteraciones que aparecen como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Muchos perciben esta circunstancia como generadora de ansiedad o cuando menos incertidumbre. Estas sensaciones se relacionan con la ausencia de preparación para el traslado, el importante cambio ambiental o ciertas sensaciones de pérdida relacionadas con el cambio o un ambiente alejado y desconocido. Muchos de los pacientes y familiares que desarrollan esta respuesta desconocen las características del traslado, las causas y los beneficios potenciales y el entorno de destino. Se ha demostrado que la oferta de información, junto con la racionalización de ideas negativas, disminuye notablemente la ansiedad y ayuda a aceptar de forma positiva el hecho del traslado.

Desde la observación al tratar con este tipo de pacientes se ha llegado a la conclusión de unos objetivos que se plantearon en función de la necesidad de resultados inmediatos aunque limitados. Con las intervenciones planificadas se pretendió conseguir:(24)

-Reducir las manifestaciones de estrés del paciente y la familia para asegurar la aparición de conductas rápidas, aunque limitadas, de adaptación al suceso y al traslado, y mejorar las habilidades de afrontamiento.

-Aumentar la capacidad de comprensión de la información el paciente y su familia.

-Incorporar a la familia la mejora del bienestar emocional del paciente.

Las formas inefectivas de afrontamiento son frecuentes en situaciones de enfermedad grave, donde aparece un gran grado elevado de amenaza por temor a la pérdida de la vida y de estatus personales, familiares y sociales estables deseados, en especial cuando no se centran con experiencias similares previas. En esta situación, el individuo o los grupos pierden las nociones de seguridad, intimidad, certidumbre y confianza y son incapaces de desarrollar apreciaciones reales y adecuadas acerca de los agentes estresantes y elegir respuestas eficaces de control y afrontamiento.

Sin embargo, con independencia de la realidad, las creencias adquiridas en nuestro entorno determinan un concepto frecuente y real sobre la enfermedad.

3.4 TEORIAS SOBRECUMUNICACION

3.4.1 Murray (8) afirma que las percepciones sobre el riesgo están formadas por creencias derivadas de factores sociales y culturales.

3.4.2 Mishel (3) identifica el nivel educativo, junto con otras variables como generador de estrés ante la enfermedad.

Los valores transmitidos en la sociedad moderna preparan falsamente al individuo para creer que es capaz de controlar supuestas situaciones violentas. Las creencias tienen posiblemente más influencia en determinar el significado y la dimensión de la realidad que la realidad misma. Sin embargo, en presencia de la enfermedad, la sensación de dominio sobre sí y el entorno se transforma en vulnerabilidad, amenaza e inadaptación.

Esta situación conduce a una incapacidad para llevar a cabo apreciaciones válidas de los agentes estresantes y a elegir adecuadamente las respuestas necesarias o usar los recursos disponibles. Estas deficiencias de adaptación pueden conducir a dificultades importantes para comprender la información, minimización o falta de alerta ante los síntomas y los riesgos, expresiones de incapacidad, manifestaciones de culpa y baja estima, dificultad para satisfacer las necesidades básicas y las expectativas del rol, cambio en los patrones de comunicación habituales o ausencia de compromiso con objetivos de recuperación.

El proceso de racionalización de los pensamientos deformados como técnica de mejora de las estrategias de afrontamiento se fundamenta en el principio de que las emociones y las respuestas del individuo son consecuencia de la percepción que desarrollamos o poseemos sobre estímulos o hechos

determinados, como es el caso de la enfermedad grave, más que de la naturaleza de los mismos.

3.4.3 McKay (12) clasifica estas respuestas en quince grupos de relación a las emociones generadas. Entre estos, los pensamientos de filtraje, polarización, visión catastrófica, falacias de control y etiquetas globales concurren con frecuencia en pacientes que se sienten amenazados por la enfermedad. Las estrategias de modificación de estas respuestas pasan por cambiar la focalización negativa sobre el problema hacia una alternativa positiva y realista, evitando la exageración y las conductas defensivas o de evasión. Si el paciente solo percibe peligro y amenaza se ofrecerán como alternativa aquellas cosas que para el representan seguridad; si el sentimiento es de pérdida, valoraremos positivamente aquello que se posee. El pensamiento catastrófico y las etiquetas globales se asocian a percepciones negativas manifestadas en términos absolutos. Ante la opción polarizada del individuo deben ofrecerse alternativas relativas y porcentuales. Si el paciente piensa que la recuperación de la autonomía es nula se ofrecerán datos porcentuales de éxito en la rehabilitación basados en la evidencia. Las formas de auto culpabilidad entre las que destacan las falacias de control, precisan habilidades para revertir la autoinculpación en responsabilidad de tomas de decisión que no tienen por que suponer opciones equivocadas, sin olvidar que siempre es posible tomar decisiones alternativas.

Como hemos visto, todas estas habilidades ofrecen opciones racionales a las emociones negativas que con frecuencia se presentan ante la enfermedad. Además de abordar la emoción misma, ofrecen recursos para mejorar las estrategias de afrontamiento y la capacidad en al toma de decisiones.

Para poder conseguir un diálogo adecuado es necesario vencer la ansiedad que nos provoca dar malas noticias, el miedo a provocar en el interlocutor reacciones emocionales incontrolables, la posible sobre implicación y el no saber responder a ciertas preguntas como:

¿Cuánto tiempo me queda?

¿Por qué a mí?

Lo primero que tenemos que pensar es que la comunicación es la mejor herramienta terapéutica que tenemos para poder intentar aliviar el sufrimiento emocional del paciente y su familia, con un diálogo fluido y abierto crearemos un clima de confianza mutua que dará seguridad al enfermo.

Además, esta comunicación nos ayudará a poder crear una imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, ésta reducirá también el estrés generado al cuidar a este tipo pacientes.

El objetivo de la comunicación es además de informar, orientar y apoyar a la familia y al enfermo.

De forma que cuando informas, orientas y das apoyo, ya que cuando la familia tiene acceso a una información completa y fácil de lo que está ocurriendo su labor es más eficaz al enfermo y la situación es menos estresante para todos.

Otro punto muy importante de la comunicación es saber escuchar.

La actitud que tomemos de escucha es fundamental para crear un clima propicio para establecer un diálogo sincero y abierto.

Nunca hay que estar de pie o con los brazos cruzados cuando nos hablan, es mejor mantener siempre una actitud activa y una atención despierta hacia lo que nos dicen y como nos lo dicen.

3.5. LA GESTION DE CASOS

3.6 GÉNESIS DEL MANAGEMENT. Revisión Histórica

Hace ochenta años, en los umbrales de la primera guerra mundial, pocos pensadores se daban suficientemente cuenta de la existencia del Management. (20) El Management ha sido el principal agente de esta transformación. Éste explica por qué, por primera vez en la historia de la humanidad, podemos emplear, en el trabajo productivo, gran número de personas instruidas y calificadas. Ninguna sociedad anterior habría podido hacerlo, pues ninguna de ellas había dispuesto más que de un grupo reducido de gente así. La China del siglo XVIII era la envidia de los intelectuales occidentales contemporáneos porque disponía de más puestos de trabajo para gente instruida - unos veinte mil al año - que toda Europa. No hay que preguntarse qué vino primero: si la explosión educativa de los últimos cien años o el Management que utiliza productivamente este conocimiento. No obstante fue el término de Planeamiento o Planificación que predijo el futuro empresarial cuando las empresas ya tenían posiciones grandes.

Mucho antes, la única gran organización permanente era el ejército. Nada tiene de sorprendente, en consecuencia, que su estructura de mando y control se convirtiera en modelo para quienes organizaban ferrocarriles transcontinentales, siderurgias, bancos modernos y almacenes comerciales hasta llegar a ser los precursores de lo que hoy denominamos Internet. El modelo de organización jerárquica en que unos pocos, situados en la cúspide, mandan y una gran cantidad situada en la base obedece, ha constituido la

norma durante aproximadamente cien años. Pero nunca ha sido tan estático como podía sugerir su longevidad. Por el contrario, cambió casi a la vez que el conocimiento especializado de todo tipo se derramó sobre la empresa.

Fue la aplicación del Management al trabajo manual en forma de adiestramiento como resultado de la necesidad sentida en tiempo de guerra. El adiestramiento ha impulsado la transformación de la economía mundial en los últimos cuarenta años al permitir a los países de bajo nivel salarial llevar a cabo que la teoría económica tradicional enseñaba que nunca se podía hacer: convertirse, casi de la noche a la mañana, en competidores eficaces, conservando sin embargo los bajos costes salariales.

Por la guerra mundial, sin embargo, un gran número de personas no calificadas y preindustriales se convirtieron en trabajadores productivos. Para conseguirlo, las empresas comenzaron, en los EE.UU. e Inglaterra, a aplicar el Management científico, desarrollado por **Frederick Taylor** (20) entre 1885 y 1910. Ese adiestramiento fue luego recogido por los japoneses y, veinte años después, por los surcoreanos, que hicieron de él la base del fenomenal desarrollo de sus países. Luego los Gráficos de **Gantt** (20) fueron introduciendo a la Planificación. El Marketing evolucionó como resultado de aplicar los conceptos del Management a la distribución y a la venta.

Es, entonces, después de la segunda guerra mundial que comenzó a entenderse que el Management no es sólo de la empresa, sino que resulta aplicable a cualquier esfuerzo humano que se lleva a cabo, en una organización, gente de diversos conocimientos y capacidades.

Necesita aplicarse a las instituciones del Sector Terciario, como Hospitales, universidades, escuelas, organizaciones artísticas y agencias sociales, etc.

3.7 MANAGEMENT Y SU APLICACIÓN EN LA SALUD.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR ATENCIÓN MÉDICA GERENCIADA?

"Managed Care"(21) es cualquier intervención sistemática, sostenida y organizada, que afecte favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de una población definida, vinculando responsablemente entre sí a los compradores, los financiadores y los prestadores de los servicios. Es requisito indispensable en esta definición, la responsabilidad de medir y monitorizar la calidad de la atención brindada, no sólo en sus aspectos técnicos sino también en cuanto al estado de salud de la población que depende de una satisfacción tanto del usuario como del prestador. Se destaca en ella la importancia que tiene el mantener información regular acerca de la población abastecida, cómo ésta utiliza los servicios, cómo se desempeñan los prestadores y cuál es su grado de eficiencia

"CONJUNTO DE GESTIONES, MÉTODOS Y PROCESOS DE DIRECCIÓN, ORGANIZACIÓN, ASIGNACIÓN DE RECURSOS, CONTROL, PLANIFICACIÓN, ACTIVACIÓN Y ANIMACIÓN DE UNA EMPRESA O DE UNA UNIDAD DE TRABAJO".

LA REVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES DEL MANAGEMENT. ¿MODA O NECESIDAD?

El Management no ignora los efectos de la moda, frente a los últimos desafíos que conocen, ciertas empresas o ciertos consultores tienen a veces tendencias a rechazar en bloque las gestiones anteriores para pasar a otro extremo, según un efecto de "columpio" bien conocido.

Como señala H. Serieyx, (21) a propósito de las evoluciones de las técnicas del management: "**La verdad de mañana no es forzosamente opuesta a la verdad de ayer..., se debería poder seleccionar lo bueno y descartar lo malo**". Para desarrollar este propósito, el autor muestra que los principios del management deberían enriquecerse y no excluir las aportaciones anteriores. Así, por ejemplo, el management confrontado a nuevas incertidumbres y múltiples exigencias del futuro, del mercado, de los clientes, del entorno en general, de la organización y de las culturas internas, puede apoyarse, superándolas, en las técnicas tradicionales para afrontar el mundo de mañana.

De esto se infieren los siguientes mensajes:

- Para el futuro: el proyecto de empresa completa el plan demasiado rígido.
- Frente a los mercados: la mundialización es más esencial que la simple exportación.

- Frente a los entornos: la actitud de vigía que vigila y comunica es indispensable, en todos los campos y no sólo en los campos del mercado propios del marketing.
- Frente al funcionamiento interno: los recursos humanos y la organización son portadores de inversiones, en una búsqueda de complementación eficiente entre lo económico y lo social.

Todo esto significa inevitablemente que los enfoques tradicionales "rígidos" o demasiado mecanicistas necesitan flexibilización y la consideración de variables "soft" tales como la dimensión socio- organizativo de la empresa. Pero, a la inversa, negar el rigor y el formalismo conduciría a llevar a cabo prácticas confusas y muy arriesgadas

"PALABROMANÍAS DE MODA"

Las palabras de moda cambian de manera dramática con el tiempo.

Primero fue **Milton Friedman** (20) quien dijo que los "beneficios" eran las únicas metas de las empresas. La palabra "beneficio" pronto se convirtió en la frase de "gestión de recursos humanos" permitiendo pensar, de alguna manera, que el humano era un poco más humano.

Después, cuando Japón empezó a dominar la mayoría de las industrias occidentales, se convirtió en "productividad" y luego en "calidad". Parece que todo lo que se debería hacer es subirse al carro de la palabra de moda y con esto se tiene asegurado el éxito inmediato. Si así es como funciona, entonces es hora de prepararse para la nueva palabra de moda: "Ética".(18)

Antes de pasar por esta nueva fase de la "pala-bromanía", hay que comenzar por ser éticos en cuanto al uso que se hace respecto de las palabras de moda.

Por ejemplo, si se cree que "la calidad" es la novedad actual, ¿por qué sólo leemos acerca de la falta de calidad de otros y nunca oímos qué va a hacer cada uno de nosotros para mejorar la calidad en nosotros mismos?

Los libros de texto de la carrera de dirección empresarial desde **Fredrick Taylor** a **Shozo Hibino** y **Geral Nadler**, siempre han hecho hincapié en la ética. Pero, por alguna razón, no es ésta la parte de sus escritos que se recuerda. (20)

¿Se debe a que todos odiamos los sermones sobre nuestros fracasos? Debe abordarse la filosofía de la ética y cómo debemos mejorar.

LA ÉTICA Y EL MANAGEMENT.

Los temas éticos y sus consideraciones tienen un impacto en las acciones y decisiones en las organizaciones de la salud tanto en sus esferas de actividad biomédica como gerencial y en algunas áreas que recubren estas esferas. El comienzo de una apreciación del grado en que la ética afecta el trabajo de Management descansa sobre el reconocimiento de que todas las decisiones y acciones en las organizaciones de la salud contienen dimensiones éticas, tanto si son clínicas como gerenciales o ambas. Los Managers, si se van a comportar éticamente, inicialmente deben reconocer los temas éticos y luego actuar sobre ellos. Conceptualmente, la ética se refiere a las reglas y principios que definen la conducta correcta y la incorrecta, pero la ética no es las leyes.

Los Managers que aspiran a comportarse éticamente enfrentan considerablemente más ambigüedad que aquellos que sólo aspiran a hacer aquello que es sólo lo legal. Mientras que las leyes proveen el mínimo estándar de desempeño para los managers, la ética implica niveles más altos, los cuales están mezclados con juicios y conductas morales. Las acciones llevadas a cabo y las decisiones tomadas por los managers pueden ser legales pero, no siempre éticas.(22)

ESTÁNDARES ÉTICOS PERSONALES Y ORGANIZACIONALES.

Los managers en las organizaciones de la salud diariamente toman decisiones y realizan acciones que tienen consecuencias para los individuos, sus organizaciones y las comunidades a las cuales sus organizaciones sirven.

Al tomar decisiones y llevar a cabo acciones, los managers necesitan tener estándares éticos bien desarrollados, los cuales deben ser aplicados en el contexto de la filosofía y la cultura de las organizaciones de la salud en las cuales trabajan. (25)

La compatibilidad entre los estándares éticos personales de los managers y las culturas de sus organizaciones es importante y ambas deben ser construidas sobre principios éticos como el respeto por la autonomía de los demás, justicia, beneficencia y buena praxis.

RESPECTO POR LA AUTONOMÍA.

El concepto de autonomía está basado en la noción de que los individuos tienen el derecho a poseer sus propios valores y creencias y a tomar las decisiones y elecciones que los profundicen.

Específicamente, la autonomía se refiere a los derechos de los individuos a la autodeterminación independiente acerca de cómo vivir sus vidas y a los derechos acerca de su integridad física y mental. El respeto por la autonomía puede influenciar temas sociales, como los derechos de libertad, privacidad y elección individual, incluido las elecciones de comportamientos y estilos de vida.

En relación a los pacientes de las organizaciones de la salud, el respeto por la autonomía significa que los deseos y derechos de los pacientes son respetados, que los pacientes están involucrados en su propio cuidado hasta el punto en que lo decidan y que, cuando los pacientes no son competentes porque son niños o tienen sus capacidades disminuidas, la organización tiene procedimientos especiales para tomar decisiones o realizar juicios de manera substituta.

Los pacientes autónomos son tratados con respeto y el principio de respeto por la autonomía es especialmente importante en su efecto sobre el consentimiento y uso de la información confidencial del paciente en las organizaciones de la salud. (19)

Las decisiones y acciones que reflejan el principio del respeto por la autonomía pueden, a veces, ser entendidas mejor en contraste con su opuesto, el paternalismo.

Éste implica que alguien más sabe lo que es mejor para un individuo. Uno de los mejores ejemplos de la aplicación de este principio en la salud es el **Acta de Autodeterminación del Paciente (PL 101-508) de 1990**. Esta política está diseñada para dar a los individuos el derecho a tomar decisiones concernientes a su salud, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y el derecho de formular directivas relacionadas con su atención.

Estas directivas son un medio por el cual los individuos competentes dan instrucciones acerca de su salud para ser implementadas posteriormente en el caso de que éstos pierdan la capacidad de tomar decisiones al respecto.

Conceptualmente, esta política le da a la gente el derecho de ejercitar su autonomía por adelantado, por si sucede que no puedan ejercitar su derecho activamente más adelante.

El principio del respeto por la autonomía incluye muchos otros elementos que son especialmente importantes para guiar el comportamiento ético de los managers. Uno de estos es decir la verdad. El respeto por la gente como seres autónomos implica honestidad en las relaciones con ellos. Fuertemente relacionado con la honestidad en ese tipo de relaciones está el elemento de la confidencialidad. Esto significa cumplir con nuestros deberes y mantener la palabra. La fidelidad usualmente es igualada a mantener las promesas.

JUSTICIA.

Deriva de la filosofía política, impacta directamente en la práctica del Management porque justicia, en el contexto de la ética, es definida como equidad. También incluye el concepto de merecimiento. Las implicaciones prácticas del principio de justicia para los managers de las organizaciones de la salud son sentidas principalmente en términos de justicia distributiva; esto es, en términos de equidad en la distribución en la sociedad de los beneficios y cargas de la salud. La cuestión ética clave en las decisiones y acciones de los managers, derivada de la atención al principio ético de justicia es, por supuesto,(19)

"¿Qué es equitativo?".

Una útil mirada dentro del rango de posibles visiones de la equidad puede ser obtenida al considerar las teorías de la justicia más prominentes.

- **LAS TEORÍAS IGUALITARIAS** de la justicia sostienen que todos deberían tener igual acceso a tanto los beneficios como a las cargas que surgen de la búsqueda de la salud y que tal equidad requiere un reconocimiento de los diferentes niveles de necesidad. La visión igualitaria de la justicia puede ser vista en un número de decisiones y acciones de los managers de salud. Cuando los managers buscan eliminar la discriminación en la provisión de servicios de salud, están reflejando una preferencia por la igualdad. Las políticas de salud nacionales o estatales que intentan proveer más recursos a las personas que se supone necesitan más

- **LAS TEORÍAS LIBERALES** sostienen que la equidad requiere de un máximo de libertad social y económica para los individuos. Las políticas que favorecen a los mercados libres como medios de distribuir los beneficios y cargas reflejan la teoría liberal de la justicia.

- **LAS TEORIAS UTILITARISTAS** sostienen que la justicia es mejor servida cuando la utilidad pública es maximizada. Esto es expresado algunas veces como el mayor bien para el mayor número. Muchas políticas de salud, incluyendo aquellas destinadas a reducir la polución, asegurar lugares seguros de trabajo y controlar la difusión de enfermedades contagiosas, han sido fuertemente influenciadas por la visión utilitarista acerca de qué es justo en la distribución de los beneficios y cargas que surgen de la búsqueda de la salud. El principio de justicia provee el sustento para el contenido ético de las decisiones y acciones relacionadas con la asignación de recursos.

Estas decisiones relacionadas con la asignación de recursos que se adhiere fuertemente al principio de justicia (llamada justicia distributiva en este contexto) son hechas bajo las provisiones de un sistema moralmente defendible antes que ser decisiones arbitrarias o caprichosas.

La aplicación de la justicia en el proceso de toma de decisiones en las organizaciones de la salud, así como también en otros tipos de organizaciones, es en parte asegurada por la existencia de un sistema legal, el cual actúa como un mecanismo de apelación para aquellos que creen que una injusticia ha sido

cometida. Debería recordarse, sin embargo que las decisiones y acciones éticas no son lo mismo que las legales.

BENEFICIENCIA Y BUENA PRAXIS.

Son otros dos principios éticos de relevancia para los managers en las organizaciones de la salud.

La primera significa actuar con caridad y amabilidad. Este principio está incorporado en actos a través de los cuales los servicios o cosas que benefician a la gente son provistos, incluyendo el concepto más complejo de balancear los beneficios y los perjuicios, usando los costos y beneficios relativos de decisiones y acciones alternativas como base para optar entre alternativas.

El creciente énfasis en la eficiencia de los costos en la atención médica y el desarrollo de políticas públicas destinadas a apoyar este propósito necesitan prestar más atención al principio de beneficencia en la conducción del trabajo de management en las organizaciones de la salud. De esa manera se tomarán decisiones que maximizan los beneficios netos de la sociedad como un todo.

La beneficencia, la cual requiere un compromiso positivo para contribuir al bienestar de los pacientes, tiene una larga y noble tradición en las profesiones y organizaciones de salud.

La buena praxis, un principio con profundas raíces en la ética médica, es ejemplificada en la máxima "**primum non nocere**": **primero no lastimes**. (12)

Los managers que son guiados por el principio de buena praxis toman decisiones que minimizan el daño, el cual puede ser tanto mental como físico y puede ser infligido a través de ciertos actos como aquellos que violan la privacidad de los pacientes. Dondequiera que el beneficio es un compromiso positivo, la buena praxis consiste en poner freno a realizar algo que dañe.

Los principios de beneficencia y buena praxis se reflejan en acciones y decisiones que implican asegurar la calidad de los servicios de salud y en el ejercicio de los deberes administrativos de los Managers, el uso de la información confidencial y la resolución de conflictos de intereses.

3.8 LOS PARTICIPANTES EN LAS ORGANIZACIONES

El hombre es uno de los componentes más importantes dentro de las organizaciones. Estas surgen debido a que los individuos sólo pueden lograr sus objetivos mediante la actividad organizada, a medida que crecen las organizaciones desarrollan sus propios objetivos, los cuales se independizan y diferencian de las personas que la fundaron.

Tradicionalmente, solo se conocían como participantes de una organización sus propietarios, administrativos y sus empleados. Sin embargo en los tiempos modernos tenemos diversas formas de organizaciones como:

Hospitales Iglesias, Industrias y Comercio...

ORGANIZACIÓN, la podemos definir como:

Proceso estructurado en que los diferentes individuos interactúan para lograr objetivos comunes e influyen en los procesos de toma decisiones en la organización (20)

De esta perspectiva los miembros de esta organización son:

- 1.- Los Gerentes y Empresas.
- 2.- Proveedores (Materia Prima, Tecnología, Servicios, Capital, Créditos Financiación, etc.)
- 3.- Clientes y Usuarios.
- 4.- Gobierno.
- 5.- Sociedad

OBJETIVOS ORGANIZACIONALES

La organización consta con una serie de componentes proyectados para alcanzar un objetivo particular de acuerdo con un plan determinado.

Toda organización tiene alguna finalidad o noción del porque de su existencia y de lo que va a realizar por lo cual deben definirse:

La Misión, el Objetivo y el Ambiente Interno que necesitan los participantes de los que dependen para alcanzar sus fines. Si esto no se realiza se corre el riesgo de ir a la deriva y serán las condiciones del momento las que determinan que deben hacer.

Los objetivos fijados por la Empresa son los que establecen la base de la relación entre la empresa y el ambiente.

La Empresa no tiene un solo objetivo ya que tiene que satisfacer requisitos y exigencias que son impuestos tanto por el ambiente externo como sus miembros.

Para poder estudiar los objetivos empresariales hay ciertos aspectos que hacen que esta labor se dificulte, uno de los cuales tiene gran importancia y a la cual se refiere este trabajo es la **Eficiencia y Eficacia**.(23)

3.9 EL PAPEL DE LAS AGENDAS EN LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO DIA PROGRAMACION Y GESTION DE AGENDAS EN LA UDD

Definición de agenda:

Es la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de un paciente. Esta definida por una carga de actividad y rango de horario determinado. En su configuración no se debe contemplar la asistencia a casos urgentes que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada.

Todas las prestaciones programadas que se desarrollan en la UDD deben tener definidas sus agendas de acuerdo a los criterios marcados por el circuito establecido.

La agenda debe quedar reflejada en soporte informático.

Planificación de agenda

La planificación de la agenda tendrá como meta evitar las reprogramaciones y que no haya pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada. Por ello las modificaciones de la planificación de la agenda tenderán a ajustarse a los siguientes criterios y plazos considerados óptimos desde el punto de vista del circuito establecido por la UDD.

La agenda no debe estar sujeta a variaciones por cambios de periodos vacacionales de última hora.

Gestión de la agenda

La gestión operativa de la agenda, conlleva en ocasiones la realización de actualizaciones en tiempo real. Estas actualizaciones son necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad

entre áreas asistenciales y en general, adaptaciones a situaciones no previstas en la planificación habitual.

Algunas situaciones específicas pueden conllevar la anulación y /o reprogramación de una cita.

Anulación de una cita es la cancelación de la misma.

Reprogramación es el cambio de fecha de la consulta o cita, que comprende desprogramación, asignación de la nueva fecha de cita y comunicación de esta al paciente.

Si los criterios establecidos en la planificación de la agenda de la UDD se ponen en práctica, las anulaciones y reprogramaciones de las citas ya suministradas a los pacientes, se limitarían notablemente, quedando restringidas a situaciones puntuales.

Con carácter general las desprogramaciones de las citas, propuestas por la UDD y los servicios adyacentes, deberán ser autorizadas por la dirección médica.

A todos los pacientes cuya cita a sido desprogramada por motivos ajenos al paciente se le suministrara una nueva cita en un rango no superior a cinco días, lo que implica, sobrecarga de la agenda.

Asignación de la cita

Los procedimientos de citación deben orientarse a favorecer la accesibilidad del paciente, así como a minimizar, y agilizar el proceso administrativo.

Fecha Se tenderá en la medida de lo posible, y primando la continuidad clínico asistencial, a ofertar al paciente el primer hueco libre, priorizando la demora sobre otras circunstancias.

Circunstancias especiales de la solicitud de la fecha de la cita

Aplazamiento voluntario:

Podrán existir circunstancias vinculadas a la voluntad del paciente, por la que el mismo rechace la primera fecha de cita posible solicitando una fecha posterior. Tales casos se registrarán en el sistema de información como (aplazamiento voluntario). Tendrán también esta consideración aquellos casos en los que es posible conceder una fecha anterior de cita y, sin embargo, el paciente desea esperar por libre elección.

Cita a fecha fija por criterio médico:

Cuando exista la indicación médica de que la consulta se realiza en un periodo determinado, en una fecha distinta a la primera fecha posible, la cita se suministrará de acuerdo a la indicación del medico peticionario responsable y se registrará en el sistema de información como (Cita a fecha fija por criterio medico).

GESTION OPERATIVA DE CITAS

Coordinación con pruebas complementarias

La gestión de la cita en consultas de manera aislada, produce en gran número de ocasiones, molestias innecesarias a los pacientes, si no se realiza con la coordinación de la cita con las pruebas complementarias.

Se establecerán los mecanismos necesarios para que en las consultas sucesivas las pruebas complementarias solicitadas se encuentren disponibles en el momento de la consulta.

CONFIRMACION DE CITAS

En el momento de dar la cita, se solicitará al paciente que comunique posibles inasistencias a citas previamente concertadas, para que estas puedan ser utilizadas por otros pacientes

Los recordatorios telefónicos de cita deberán documentarse y ajustarse a un protocolo de llamada para evitar la repetición de las mismas. Deben proporcionar al menos la siguiente información: especialidad, facultativo día y hora, ubicación física de la consulta, teléfono de contacto e información.

INFORMACION GENERAL Y ACREDITACION DOCUMENTAL DE LA CITA PARA EL PACIENTE.

En el momento de darle la cita, se proporciona al paciente la información sobre la misma, se le entregará un documento informativo sobre los siguientes aspectos:

Datos de la cita. Fecha y hora, nombre y localización de la consulta y condiciones previas a la consulta.

REFERENTE A LOS DEBERES DEL PACIENTE.

Compromiso de actualización de los datos administrativos, de su registro y otros que puedan afectar a la correcta gestión de su cita, (especialmente cambios de domicilio o teléfono)

ESTABLECIMIENTO DE UN PUNTO DE REFERENCIA CON EL CENTRO.

Persona o cargo, lugar de trabajo y teléfono de contacto, donde se centre la relación con el centro durante su tiempo de espera. A tal efecto, el teléfono de contacto asignado como punto de referencia debe ser de fácil comunicación.

NECESIDAD DE ACUDIR A LA CITA CON LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS.

Dichas pruebas se han tenido que realizar previamente.

INFORMACION CLINICA EN CONSULTAS EXTERNAS

Cada vez que se toma una decisión diagnóstica o terapéutica que vaya a ser utilizada por otro profesional, es necesario que exista un informe escrito con los ítems básicos cumplimentados:

- Anamnesis y exploración física.
- Exploraciones complementarias solicitadas.
- Valoración diagnóstica.
- Recomendaciones terapéuticas y sobre incapacidad temporal.
- Necesidad de revisiones por el especialista

REGISTRO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS.

Definición:

Con carácter genérico se define el registro de pacientes en consultas externas, como el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de ser vistos en una consulta.

MOVIMIENTO EN EL REGISTRO DE CONSULTAS EXTERNAS

La gestión operativa de los movimientos en el registro de consultas externas, corresponde exclusivamente al servicio de admisión. Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el movimiento en el registro de consultas externas.

RENUNCIA VOLUNTARIA.

Se procederá a dar de baja del registro de consultas, cuando el paciente renuncie voluntariamente a la consulta que tenía citada. Debe quedar constancia escrita en los registros de admisión de la renuncia del paciente.

NO PRESENTADO.

Si el paciente no acude a la cita programada causará baja en el registro de consultas. Si esto sucede y el paciente justifica su incomparecencia, se procederá a suministrarle una nueva cita en el primer hueco disponible.

APLAZAMIENTO DE LA FECHA DE CITA A PETICION DEL PACIENTE.

Si el paciente solicita, con carácter previo, aplazar la cita, causará baja en el registro y se le proporcionará una nueva cita dejando constancia de tal situación como “reprogramación por petición del paciente”.

APLAZAMIENTO DE LA FECHA DE LA CITA POR MOTIVOS DEBIDOS AL PROPIO HOSPITAL.

Si por causas ajenas al paciente es necesario modificar la fecha de cita, se procederá a darle de baja en el registro de consultas y registrarle como una nueva entrada con la salvedad de que se mantendrá la fecha de inclusión primera, dejando constancia de tal situación “reprogramación por motivos del propio hospital”.

ERRADA O ERROR ADMINISTRATIVO.

Si por causas administrativas la cita concierne un error en la especialidad, agenda o tipo de prestación, se procederá a darle salida por este motivo al subsanar la falta realizada.

QUEJAS Y RECLAMACIONES.

La instancia responsable de recoger y tramitar las reclamaciones (Servicio de atención al paciente) remitirá las reclamaciones sobre consultas a las instancias directamente implicadas en el, motivo de reclamación.

Con la periodicidad que establezca el hospital, debe remitirse un informe, a disposición de la dirección y servicios implicados, sobre el número de reclamaciones relacionadas con consultas, y sus motivos, así como el seguimiento de la adecuada contestación.

Se deberá hacer uso de las herramientas disponibles para la medición del radio de satisfacción de los pacientes con la atención ambulatoria recibida (encuesta de satisfacción de pacientes en atención ambulatoria)

3.10 OTRAS EXPERIENCIAS CON CR (Circuito Rápido) y UDD (Unidad de Diagnóstico Día) en otros hospitales y comunidades autónomas.

El Hospital Severo Ochoa, con un balance positivo, afianza la consulta de diagnóstico rápido de nódulo de mama (6)

Los servicios de Ginecología, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica del Hospital Severo Ochoa de Leganés, adscrito a la red hospitalaria de la Comunidad de Madrid, han presentado los primeros resultados de los seis meses de funcionamiento de la consulta de diagnóstico rápido del nódulo palpable de mama.

El balance del proyecto es altamente positivo, tanto en la detección rápida de nódulos, al acortar considerablemente el tiempo de espera y, por tanto, la angustia que genera en las pacientes, como en la resolución de los mismos. La metodología adoptada hace posible que en el mismo día la paciente pase por Radiología y Anatomía Patológica, donde se le hace la prueba PAAF y una biopsia mediante Tru-cut, tenga los resultados de estas pruebas y sea vista por el ginecólogo.

Para Jorge Petrement, Carmen Ortiz y Elvira Martínez,(8) facultativos especialistas de área de los servicios de Ginecología, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica, **“en estos momentos ya estamos consiguiendo, en un buen número de casos, que el tratamiento quirúrgico se realice a los 15 días del diagnóstico”**. El próximo reto de esta consulta es lograr que estos plazos se cumplan en la totalidad de las pacientes.

El Hospital Severo Ochoa de Leganés cuenta con una Unidad de la Mama desde hace al menos 4 años. En la unidad se discuten y valoran todos los casos de carcinomas, así como aquellos casos dudosos o de patología benigna que pueden crear algún problema de diagnóstico o de tratamiento. La unidad está formada por los servicios de Ginecología, Radiología, Anatomía Patológica y Oncología con lo que se facilita la rapidez del diagnóstico y la coordinación de los diferentes servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria.

Como un paso más en el desarrollo de la unidad y en la consecución de mayores cotas de efectividad nació esta consulta hace seis meses con el objetivo de realizar el diagnóstico de los nódulos palpables de mama en el tiempo más breve posible.

Disminuir el tiempo de espera era primordial para el equipo médico a la hora de conseguir una detección precoz, un diagnóstico rápido y reducir la ansiedad y estrés en las pacientes ante la posibilidad de una patología mamaria grave.

“Los motivos fundamentales que nos planteamos al iniciar el proyecto eran sobre todo disminuir la angustia que genera en estas pacientes el tiempo de espera, así como aplicar el tratamiento en el menor tiempo posible”, señala Petrement.

Metodología de trabajo La metodología de trabajo adoptada permite que las pacientes que acuden tanto al servicio de Urgencias del hospital como al médico de Atención Primaria con un nódulo palpable de mama sean vistas por un especialista ese mismo día y remitidas al hospital para el siguiente martes de la semana, día fijado previamente para la consulta de diagnóstico rápido.

A lo largo de esa mañana son vistas en los Servicios de Radiología, donde se les practican las pruebas consideradas necesarias y de Anatomía Patológica, que siempre trabajan en contacto para llegar al diagnóstico definitivo de la lesión. A la paciente se le realiza PAAF y biopsia mediante Tru-cut y al final de la mañana están escritos y validados tanto los informes radiológicos como los anatomopatológicos de cada lesión, incluyendo los resultados de la biopsia. Posteriormente, durante la tarde de ese mismo día, estas pacientes acuden a la consulta de Ginecología. El especialista les informa del diagnóstico de su lesión y de las pautas a seguir en el caso de benignidad. Si la lesión fuera maligna se le muestran las alternativas posibles y las pruebas necesarias para realizar el preoperatorio en el caso de que la cirugía fuera el tratamiento de elección.

Con este circuito asistencial se consigue que desde que la mujer decide consultar por sospecha de patología hasta que sabe el diagnóstico y posible tratamiento transcurra como máximo una semana, ya que el día de la consulta la paciente sale con todas las pruebas realizadas, los resultados de las mismas y un diagnóstico concreto. **“De hecho, la paciente ese mismo día puede salir con una fecha para la intervención quirúrgica”**, destaca Petrement.(5)

Hay que destacar que todos los casos oncológicos se presentan en el siguiente Comité de la Unidad de Mama, que se reúne una vez por semana, para su valoración y el análisis de los tratamientos más adecuados para cada caso: cirugía conservadora, mastectomía, quimioterapia neoadyuvante, etc.

Datos asistenciales

Durante estos seis meses de funcionamiento de la consulta de diagnóstico rápido del nódulo palpable de mama han acudido a la consulta un total de 197

pacientes. Se han diagnosticado 30 carcinomas, lo que supone el 15% de los nódulos palpables. El resto de los casos correspondió a patología benigna, fundamentalmente fibro- adenomas y quistes.

Las edades de las pacientes que han acudido a la consulta están comprendidas entre los 14 y los 91 años. Las edades de las pacientes con diagnóstico de carcinoma se sitúan entre los 30 y los 91 años.

El Hospital Dos de Maig de Barcelona amplia los servicios a los usuarios

Las nuevas estructuras reducirán el tiempo de espera

El Hospital Dos de Maig de Barcelona ha puesto en funcionamiento tres nuevos servicios: una **Unidad de Diagnóstico Rápido**, una Unidad de Corta Estancia y una de Hospitalización Domiciliaria y ha ampliado las funciones del Hospital de Día, acciones que permitirán reducir todavía más el tiempo de espera y ofrecer una mejor respuesta a las necesidades sanitarias de los usuarios.

La finalidad de la **Unidad de Diagnóstico Rápido** es agilizar el diagnóstico cuando éste requiere diversas exploraciones para elaborarlo, concentrando en una o dos sesiones las pruebas necesarias para identificar el proceso que presenta el paciente.

La Unidad de Corta Estancia se presenta ligada al Servicio de Urgencias (2) y tiene como objetivo disponer de un espacio para los casos que requieren hospitalización pero con una duración limitada (24-48 horas). Por otro lado, la Hospitalización Domiciliaria permite al paciente pasar el período de convalecencia en su propio domicilio con la supervisión y asistencia diaria de los profesionales necesaria para su recuperación.

El Hospital de Día presenta una estructura polivalente y ha pasado a hacer los procedimientos terapéuticos más variados. Con esta reforma se amplían las especialidades que ofrecen servicio ambulatorio, con lo cual mejora la calidad de vida del paciente que tiene que permanecer menos tiempo ingresado.

El Hospital Dos de Maig forma parte del Consorci Sanitari Integral, una entidad pública, participada por el Servei Català de la Salut, el Institut Català de la Salut, los ayuntamientos de Sant Joan Despí y de Hospitalet de Llobregat, el Consell Comarcal del Baix Llobregat y la Cruz Roja.

El CatSalut, la entidad pública que garantiza el derecho a la protección de la salud de toda la ciudadanía de Cataluña, ha impulsado el establecimiento de programas de diagnóstico rápido del cáncer en Cataluña para agilizar el diagnóstico y tratamiento de los usuarios con cáncer.

Para llevar a cabo esta tarea hemos creado un modelo organizativo y asistencial de colaboración entre los médicos de los centros de atención primaria (CAP) y el Hospital General de Hospitalet. La finalidad del programa es llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento de los usuarios con sospecha de padecer cáncer (inicialmente de pulmón, mama o colo-rectal) dentro los plazos establecidos por las autoridades sanitarias, que en este caso debe ser inferior a un mes desde el momento que se hace la solicitud de inclusión en este programa, es decir, desde que hay la sospecha de la enfermedad.

Los médicos, siguiendo unos criterios médicos consensuados, deben decidir qué pacientes se pueden beneficiar de los circuitos establecidos en el programa. Los médicos de primaria no son los únicos que pueden utilizar estos servicios. También lo pueden usar los especialistas de zona, los médicos del

servicio de diagnóstico por la imagen, los servicios de urgencias y las unidades de diagnóstico rápido de Medicina Interna.(14)

Para coordinar todas estas actuaciones, se ha creado la figura de la Enfermera Gestora de Casos, una profesional muy importante que sirve de nexo de unión entre los centros y el hospital. Además, la gestora de casos coordina los circuitos de diagnóstico dentro del Hospital General del Hospitalet y constituye el punto de contacto entre el usuario y el Hospital.

Durante el año 2006 entraron en el circuito de diagnóstico rápido de oncología 347 usuarios, de los cuales 151 se enviaron desde los CAP (43,5%). De los pacientes que cumplían criterios clínicos, el 51,3% se confirmó el diagnóstico de cáncer (118). El número de casos ha aumentado progresivamente durante el año y, por tanto, hemos visto que hay usuarios que claramente se pueden beneficiar de este programa.

Estos datos también nos han servido para revisar qué parte de los diversos circuitos son mejorables para dar el mejor servicio a nuestros usuarios.

Este reto ha hecho que mejoremos los factores que intervienen en el acceso rápido desde la asistencia primaria al hospital. También ha mejorado la coordinación entre niveles asistenciales y aumentando el acercamiento de los especialistas del Hospital General del Hospitalet y todas las áreas básicas de salud de su entorno.

3.11 LA CALIDAD

3.11.1 INTRODUCCION A LA CALIDAD /CONCEPTUALIZACION

La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en estados unidos de la American College of Surgeons.

En Europa los estudios sobre la calidad se reportaron más tarde. Históricamente a nivel internacional la vigilancia de la calidad asistencial ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo que ha significado un estilo de trabajo permanente.

En nuestro país, a partir de la creación del Sistema Único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Por tal motivo consideramos de interés revisar los aspectos relacionados con la calidad y su control, dada la vigencia actual de los conocimientos de enfermería, o para continuar dando cumplimiento a los propósitos, metas y directrices del Sistema de Salud.

¡Una definición precisa y consensuada del termino” **calidad asistencial**” no ha sido posible hasta el momento, a pesar del interés y necesidad de poder medir nuestra actividad en términos como el “**buen hacer**” o la “**adecuación**” de la asistencia sanitaria. La tendencia, así como la manera mas fácil de

conseguirlo ha sido mas bien la de descomponerla en diversas partes mas fáciles de concretar y de medir.

Hablar de **Calidad en la Atención de Salud** conlleva el imperativo ético de hacer las cosas de la mejor manera posible, a través de una actividad en donde se minimiza al máximo la subjetividad.(26)

Definir calidad en la atención de salud no es algo simple. Tiene su complejidad en virtud de que la atención de salud puede o no poseer este atributo (**calidad**), y que de poseerlo, este puede presentarse en un amplio gradiente.

La atención que cualquier profesional de la salud brinda a una persona está formada por dos componentes: el técnico y el interpersonal, el primero es la aplicación de la ciencia y la tecnología, el segundo es la interacción social entre profesional y paciente.

Además de estos dos elementos, en la calidad de la atención de salud entra en juego un tercer componente, determinado por las características del entorno o infraestructura en donde se realiza la presentación de salud. Ejemplo de ello son las características de la sala de espera, temperatura ambiental, cama cómoda, sábanas limpias, etc.

Podría decirse que calidad es un juicio sobre un acto de atención de salud, en donde se aplica ciencia y tecnología con el máximo beneficio para la salud sin aumentar los riesgos, a través de un proceso interpersonal enmarcado en valores, normas y dictados éticos del profesional y de expectativas y aspiraciones de quien recibe la prestación.

Aunque son frecuentes afirmaciones tales como “debemos conseguir solo lo mejor para nuestros pacientes” o “todo el mundo tiene derecho a la mejor asistencia posible” en ellas existen dos errores importantes:

El primero es de orden lógico, es decir, la calidad es una variable continua y no uniforme. En esta distribución hay partes de alta y de baja calidad. El objetivo del control de la calidad será intentar “empujar” toda la distribución hacia la parte de alta calidad.

El segundo es de orden práctico. Existen límites económicos para la mejora de la calidad. La medicina esta llena de recomendaciones y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables, que han sido hechos ondeando la bandera de la “alta calidad”.El control de la calidad es básicamente una actividad de evaluación. En la evaluación se pueden distinguir tres componentes relacionados con la actividad en estudio:

- El entorno.
- La conceptualización.
- La metodología.

3.11.2 TEORIAS DEL CONCEPTO DE CALIDAD SEGÚN DIFERENTES AUTORES

Siguiendo a **Vouri (1991)**, (23) en relación con la asistencia médica la calidad podría desglosarse en varios puntos:

- Efectividad.
- Eficiencia.
- Adecuación.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción del usuario y del profesional.
- Accesibilidad.
- Continuidad.

Lohr (26) señala “calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

El instituto de medicina de EEUU centra el concepto en la calidad científico-técnica del prestador al decir que calidad es “... el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...”

Incorporando otros elementos como son los receptores del servicio (familias, comunidades, clientes) que indican a través de sus necesidades hacia donde se deben direccionar las prestaciones, el programa de salud español sostiene que: “...calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...”

Es decir que las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científico-técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio.

Calidad científico –técnica, es la capacidad que tienen los prestadores para abordar un problema de salud aplicando el nivel de conocimientos más avanzados. Esta es producto de la formación, adquisición de conocimientos y aptitudes personales para atender a las personas. Depende de la habilidad para aplicar sus conocimientos de la manera más pertinente a la situación a entender, ya que no siempre quien más sabe presta mejores servicios.

La accesibilidad está referida a la posibilidad de obtener en tiempo y forma la atención sanitaria relacionada con barreras geográficas, económicas, culturales y organizacionales que la determinan

La atención innecesaria no siempre es inocua, sino que puede ser perjudicial, no solo biológicamente sino socialmente al hacer malgasto de dinero, de tiempo y de recursos personales o institucionales, cuando los mismos pueden ser utilizados en otras personas o en acciones más válidas para la salud.

De igual manera los costes económicos se entrelazan significativamente con la cantidad y calidad. La atención excesiva y dañina es más onerosa, y cuando esta es exagerada aun siendo inofensiva, igualmente es costosa, por que se aprovechan irracionalmente los recursos.

El Sistema Sanitario actual de nuestro país tiene el compromiso y la responsabilidad de ofrecer prestaciones con los medios necesarios y con la garantía de un desempeño profesional pertinente.

Bienestar-calidad de vida es una construcción subjetiva basada en la experiencia individual y esta íntimamente relacionada con la percepción que la persona tiene de su propia existencia y de si mismo.

El enfoque de la evaluación de calidad puede tener distintas orientaciones. Una de ellas es en función de estructura, proceso y resultados, con relación a las expectativas y necesidades de la población de referencia.

Los parámetros de estructura señalan las características de los lugares físicos, equipamiento, materiales y organización del personal para realizar tal o cual actividad, normas de inter-relación entre servicios, etc.

La evaluación de resultados mide la efectividad de la aplicación de las normas durante la relación del paciente con la institución de salud. Se refiere a las metas a lograr en el marco de las estructuras y procesos definidos.

Para **Makover** (27) la calidad debe evaluarse en función de dos elementos:

-La **estructura** representada por las normas de organización, administración y finanzas del **proceso**, al que considera el producto final de la atención medica.

Para **Doll** (13) también considera dos aspectos, dando más importancia al proceso y resultado, excluyendo a la estructura por considerarla parte del proceso.

Para **Donabedian** (7) la calidad es el “cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención procedente en salud, es decir que se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por el y cambios conductuales relacionados con la salud.(17)

Para diversos profesionales de salud la calidad de la atención médica se fundamenta en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para reestablecer, en lo posible, la salud.

Montiel (15) considera que la calidad se determina también por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.

En tal sentido la calidad de la atención en muchas ocasiones ha sido definida como el “grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”(9). Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares

Coincidiendo con lo expuesto, otros autores definen la evaluación de la calidad de atención como un proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, con el fin de promover el perfeccionamiento.

En diferentes países, desde sus inicios uno de los problemas que se planteaba en todos los programas era el método de análisis. Desde 1966 **Donabedian** propuso la clasificación para el control de la calidad en tres grupos:

- Métodos de análisis de estructura.
- Métodos de análisis del proceso.
- Métodos de análisis de los resultados.

Sobre la evaluación de la calidad se requiere, de indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios.

La calidad de la atención en salud debe estar respaldada por el conocimiento generado en la investigación. El conocimiento, al decir **Samuel Jonson**, “es de dos clases: o conocemos el asunto por nosotros mismos o sabemos donde podemos encontrar noticias sobre el mismo”(4)

3.12 LA EFICIENCIA

Definiciones:

- Virtud y Facultad para lograr un efecto determinado.
- Medida normativa de la utilización de recursos en ese proceso.
- Es la relación entre costos y beneficios enfocada hacia la búsqueda de la mejor manera de hacer o ejecutar las tareas (métodos), con el fin de que los recursos (personas, maquinas, materias primas) se utilicen del modo más racional posible.(23)

Características:

- La eficiencia busca utilizar los medios, métodos y procedimientos más adecuados y debidamente planeados y organizados para asegurar un óptimo empleo de los recursos disponibles.
- La eficiencia no se preocupa por los fines sino por los medios.
- Existe racionalidad legal cuando hay adecuación a las leyes y a la jurisprudencia vigente.
- Existe racionalidad social cuando hay coherencia con los valores y normas sociales.
- Existe racionalidad política cuando se calcula el poder y la influencia política que se desean alcanzar.
- Existe racionalidad técnica cuando se tiene en cuenta la evidencia y los métodos científicos.

La organización procura satisfacer simultáneamente lo relacionado con la racionalidad técnica económica, social, política, legal, etc.

Sin embargo, el cumplimiento de unos de estos aspectos puede significar la satisfacción de otros. Como por ejemplo:

En el caso de cierto tipo de tarea producto que, escogido para atender la racionalidad técnica (búsqueda de la eficiencia en producción), sacrifica la racionalidad económica (se deba al precio del producto en el mercado).

3.13 LA EFICACIA

Definiciones:

- Virtud, fuerza y poder para obrar.
- Es una medida normativa del logro de resultados.

En cuanto a la eficacia de una organización solo se refiere a su capacidad de satisfacer una necesidad social mediante el suministro de productos (bienes o servicios).(26)

El tema de la eficacia organizacional es tratado por distintos enlaces y de diferente forma como por ejemplo:

Equipo relacionado entre capital y facturación, capital y ganancia, etc.

MEDIDAS DE EFICACIA ADMINISTRATIVA EN FUNCION DE LOS ACTIVOS HUMANOS SEGÚN DIVERSOS AUTORES

En el caso de **LIKERT**, (10) este critica las medidas tradicionales de eficacia administrativa.

Es claro que todas las medidas de resultado final proporcionan datos de hechos consumados. Esto es válido para la medición de la producción, de los gastos de material, de los costos de las ganancias y de los demás datos del área financiera.

Según **LIKERT**, algunos factores que conducen a obtener la eficacia administrativa son variables, intervinientes, en las que se pueden encontrar:

- Las cualidades de la organización humana.
- El nivel de confianza e interés.
- La motivación.
- La lealtad.
- El desempeño.

- Capacidad de la organización para comunicarse con claridad.
- Interactuar efectivamente.
- Tomar decisiones adecuadas.

Estas variantes reflejan el estado interno y la salud de la organización.

Existe otro autor llamado **NEGANDHI** (15) el cual destaca que el crecimiento y la supervivencia de la organización como negocio dependen de su fuerza financiera o económica, pero en base a los planteamientos de **LINKERT** entre otros sugiere algunas medidas de eficacia administrativa como por ejemplo:

- 1.- Capacidad de la administración para encontrar fuerza laboral adecuada.
- 2.- Elevados niveles de moral de los empleados y satisfacciones en el trabajo
- 3.- Bajo niveles de rotación y ausentismo.
- 4.- Buenas relaciones interpersonales, entre los departamentos, etc.
- 5.- Percepción con los objetivos de la empresa
- 6.- Buena utilización de la fuerza laboral calificada.

Para que la empresa alcance la eficacia debe cumplir esas tres condiciones básicas:

- Alcance de los objetivos empresariales.
- Mantenimiento del sistema interno.
- Adaptación al ambiente externo.

El alcance de la eficacia tropieza con la complejidad de exigencias de una empresa como sistema abierto. La eficacia y el éxito empresarial constituyen un asunto muy complejo debido a las relaciones múltiples que se establecen con los elementos ligados a la empresa.

3.14 Algunas diferencias entre EFICACIA y EFICIENCIA

EFICIENCIA

- Énfasis en los medios.
- Hacer correctamente las cosas
- Resolver problemas
- Salvaguardar los recursos.
- Cumplir las tareas y obligaciones.
- Capacitar a los subordinados.

EFICACIA

- Énfasis en los resultados y fines.
- Hacer las cosas correctas.
- Lograr objetivos.
- Utilizar los recursos de manera óptima
- Obtener resultados y agregar valor.
- Proporcionar eficacia a los

subordinados.

CONCLUSION:

Para concluir podemos señalar que cuando el administrador se preocupa por hacer correctamente las cosas esta transitando a la **EFICIENCIA** (utilización adecuada de los recursos disponibles) y cuando utiliza instrumentos para evaluar el logro de los resultados, para verificar las cosas bien hechas son las que en realidad debían realizarse, entonces se encamina hacia **EFICACIA** (logro de los objetivos mediante los recursos disponibles)

Además podemos concluir que la eficiencia y eficacia no van de la mano, ya que una organización puede ser eficiente en sus operaciones, pero no eficaz, o viceversa; puede ser ineficiente en sus operaciones y sin embargo ser eficaz, aunque sería mucho más ventajoso si la eficacia estuviese acompañada de la eficiencia.

También puede ocurrir que no sea ni eficiente ni eficaz.

EL IDEAL QUE PERSIGUE TODA ORGANIZACIÓN ES SER EFICIENTE Y EFICAZ.

4. HIPOTESIS

La UDD disminuye el número de desplazamientos y agiliza el tiempo de demora desde la sospecha hasta el diagnóstico.

Reduciendo así el stress y la ansiedad en los pacientes con sospecha de neoplasia.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

Estudio descriptivo observacional

5.2 POBLACIÓN

Pacientes procedentes de CCEE y Urgencias con sospecha de neoplasia de colon y pulmón del Hospital Comarcal de Viladecans

5.3 TÉCNICA DE MUESTREO

Se han recogido los datos de los pacientes procedentes de CCEE y Urgencias con sospecha de neoplasia de colon y pulmón del Hospital Comarcal de Viladecans comprendidos en el periodo del primer trimestre del año 2.008

5.4 MUESTRA

La muestra es la misma que la población

5.5 VARIABLES

1- VARIABLE INDEPENDIENTE

La variable independiente es la Unidad de Diagnóstico Día (U.D.D)

2- VARIABLES PERSONALES

Edad y sexo

3-VARIABLES INTERVINIENTES

Pacientes con sospecha y pacientes sin sospecha

Pacientes diagnosticados de alta no neoplasia

Tratamiento quirúrgico, tratamiento oncológico, tratamiento oncológico-quirúrgico

Distintas especialidades (Digestivo, Neumología)

Procedencia de derivación (Urgencias o Área Básica)

Especialidades que derivan (Cirugía, Digestivo, Neumología, Medicina Interna y Radiodiagnóstico)

4. VARIABLES DEPENDIENTES (Para los pacientes con sospecha, pacientes sin sospecha y pacientes diagnosticados de Alta no Neoplasia)

Número de visitas médicas

Número de especialistas visitados

Número de pruebas complementarias

Número de desplazamientos

Tiempos de demora:

(Tiempo de demora entre 1ª visita y Diagnóstico)

(Tiempo de demora entre 1ª visita y Tratamiento, puede ser quirúrgico, y oncológico y posteriormente quirúrgico)

(Tiempo de demora entre 1ª visita y diagnóstico de Alta no Neoplasia)

5.6 INSTRUMENTO

El instrumento es un cuestionario en el cual se recogen datos de los pacientes tales como:

- Pacientes con sospecha o pacientes sin sospecha
- Fecha de la 1ª visita
- Fecha del diagnóstico
- Tratamiento quirúrgico u oncológico
- Alta no neoplasia y la fecha
- Fecha del tratamiento quirúrgico u oncológico
- Tiempos de demora entre la primera visita y diagnóstico y tratamientos
- Especialidad y especialidad que deriva al paciente
- Procedencia de derivación del paciente (ABS o UCIA)
- Número de visitas médicas
- Número de pruebas complementarias diagnósticas
- Número de desplazamientos
- Edad y sexo
- Presentado y éxitos a partir de la primera visita

6. RESULTADOS

A continuación detallados:

1.-TIPOLOGÍA DE LOS PACIENTES

La muestra consta de 56 pacientes, los cuales se dividen en 2 grupos; **pacientes con sospecha y sin sospecha de neoplasia.**

En un 66,1% eran pacientes con sospecha de neoplasia y en un 33,9% eran pacientes sin sospecha.

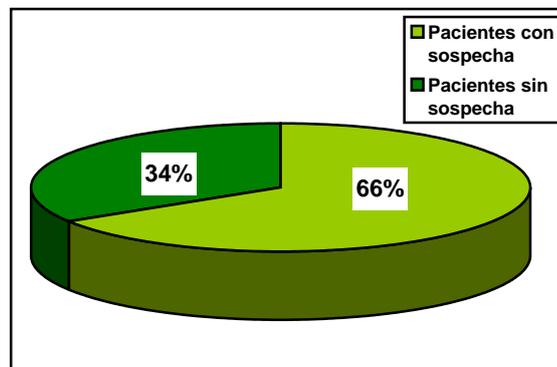


Gráfico 1.- Tipología de los pacientes

2- TRATAMIENTO RECIBIDO

Referente al tipo de Tratamiento recibido, un 60% de los pacientes recibieron **Tratamiento Oncológico**, un 5% recibieron **Tratamiento Quirúrgico**, un 21% recibieron **Tratamiento Oncológico y Quirúrgico** y un 14% no recibieron **ningún tipo de Tratamiento** pues fueron diagnosticadas Alta no Neoplasia

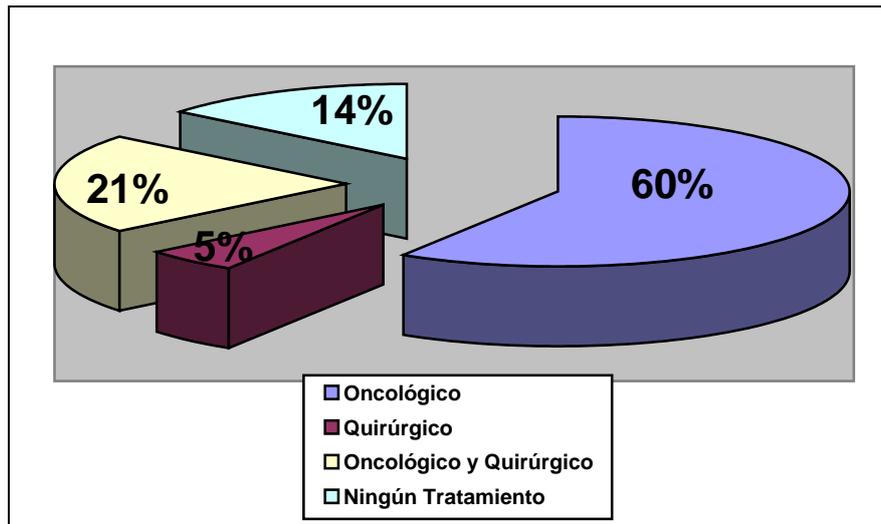


Gráfico 2.- Tratamiento Recibido

3-ALTA NO NEOPLASIA

De los 56 pacientes estudiados, 9 fueron dados de alta ya que la **sospecha de neoplasia era infundada**. Se llegó a este diagnóstico una vez se realizaron las visitas médicas pertinentes y la pruebas diagnósticas necesarias según el criterio médico.

El volumen de pacientes dados de alta sin neoplasia corresponde al 16.1% del total de la muestra.

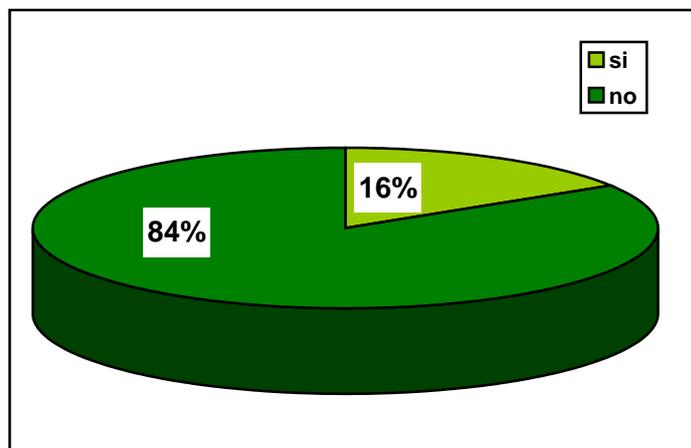


Gráfico 3.- Alta no Neoplasia

4-DISTINTAS ESPECIALIDADES

El **Servicio de Digestivo** visitó al 84 % del total de la muestra, mientras que el **Servicio de Neumología** visitó un total del 16%.

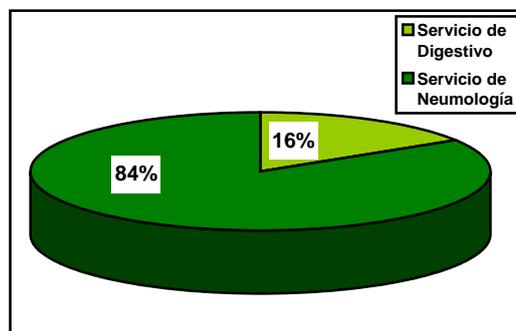


Gráfico 4.- Distintas Especialidades

5-PROCEDENCIA DE DERIVACIÓN

Los pacientes pueden llegar a las especialidades de Digestivo y Neumología desde el **Área Básica de Referencia** o bien a través del **Servicio de Urgencias** del propio hospital.

El numero total de pacientes admitidos en el circuito procedentes del Área Básica fueron 42, los cuales representan un 75% del total de la muestra, mientras que los pacientes derivados del Servicio de Urgencias representaron el 25% ya que fueron 14 del total de los 56.

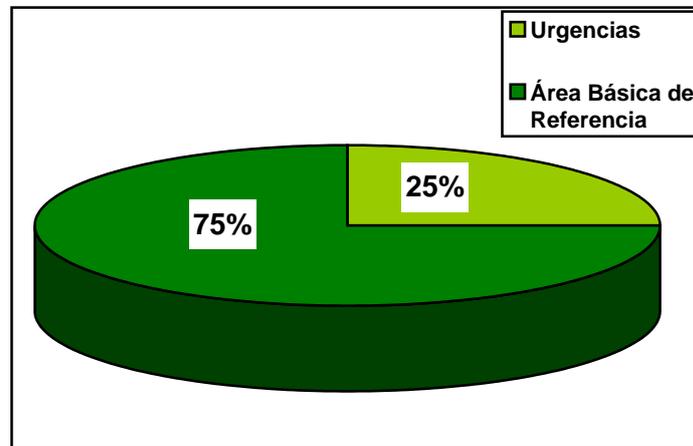


Gráfico 5.-_Procedencia de derivación

6-ESPECIALIDADES QUE DERIVAN

Estos pacientes derivados desde el servicio de área básica o urgencias pueden ser visitados por diferentes especialistas, **cirugía , digestivo, neumología, medicina interna y radiodiagnóstico** desde los cuales remitirán a los pacientes al circuito de la UDD para ser estudiados.

El servicio de cirugía derivo 21pacientes representando el 37.5 % del total

El servicio de digestivo derivo 24 pacientes representando el 42 % del total

El servicio de neumología derivo 5 pacientes representando el 8,9 % del total

El servicio de medicina interna derivo 2 pacientes representando el 3,6 % del total

El servicio de radiodiagnóstico derivo 4 pacientes representando el 7.1 % del total

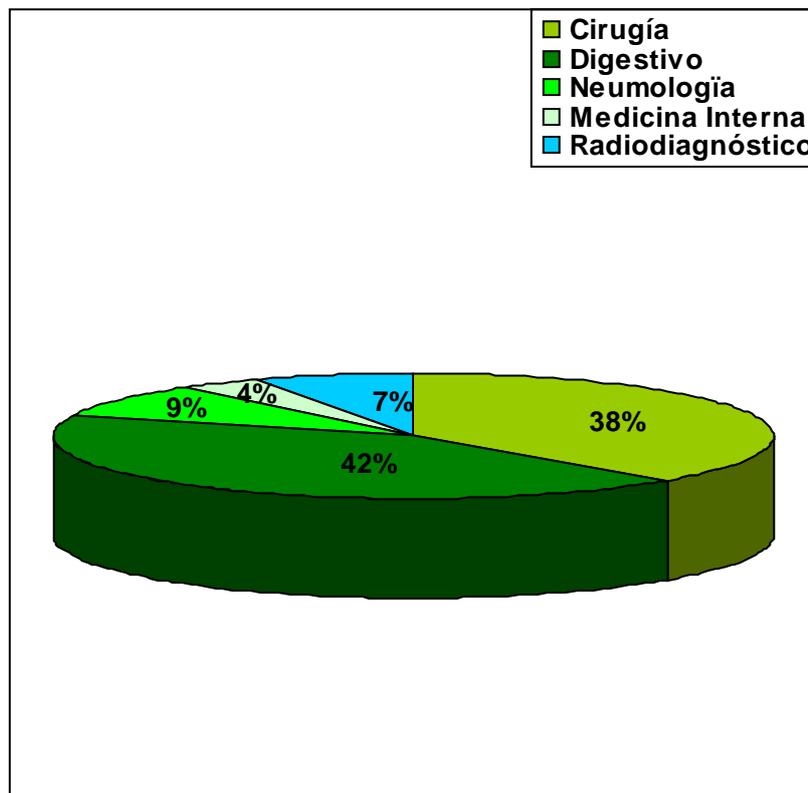


Gráfico 6.- Especialidades que derivan

7-ESPECIALIDAD QUE DERIVA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA Y

PACIENTES SIN SOSPECHA

En el grupo de **PACIENTES CON SOSPECHA** se observan los diferentes porcentajes en cuanto a especialidades que derivan:

Especialidad de: Cirugía: 24,3% -Digestivo: 51,4- Neumología: 13,5%

Especialidad de Medicina Interna: 0% - Radiodiagnóstico. 10,8%

En el grupo de **PACIENTES SIN SOSPECHA** se observan los diferentes porcentajes en cuanto a especialidades que derivan:

Especialidad de Cirugía: 63,2% - Digestivo: 26,3% -Neumología: 0%

Especialidad de Medicina Interna: 10,5%- Radiodiagnóstico. 0%

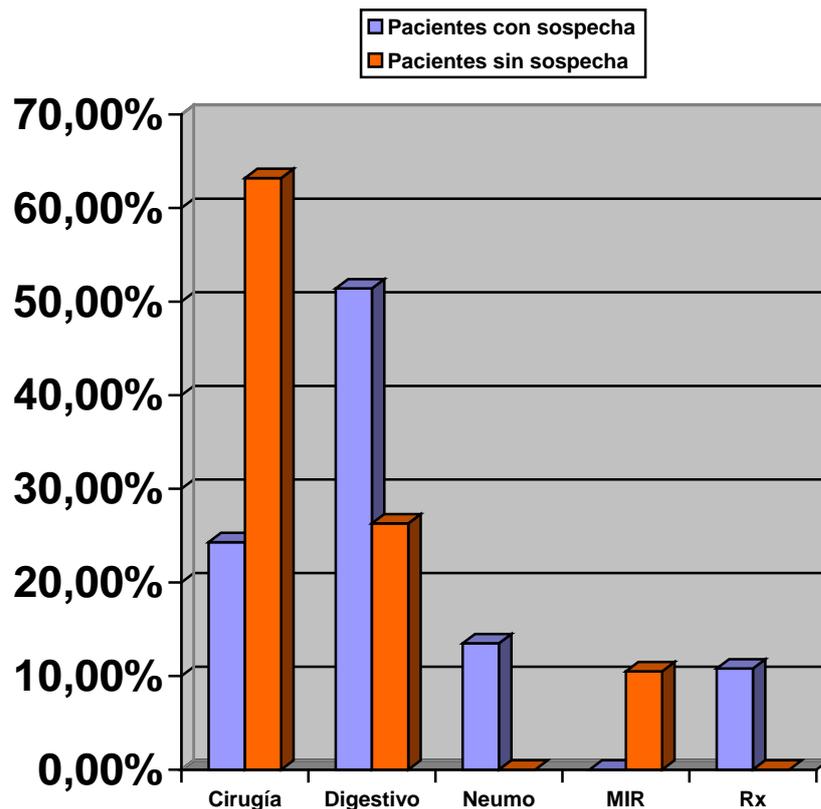


Gráfico 7.- Especialidad que deriva a los Pacientes Con Sospecha y pacientes Sin Sospecha

8- ESPECIALIDAD QUE DERIVA A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS

DE ALTA NO NEOPLASIA

En el grupo de **PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ALTA NO NEOPLASIA**

se observan los diferentes porcentajes en cuanto a especialidades que derivan:

Especialidad de Cirugía: 22,2% -Especialidad de digestivo: 77,8%

Especialidad de Neumología: 0% - Especialidad de Medicina Interna: 0%

Especialidad de Radiodiagnóstico. 0%

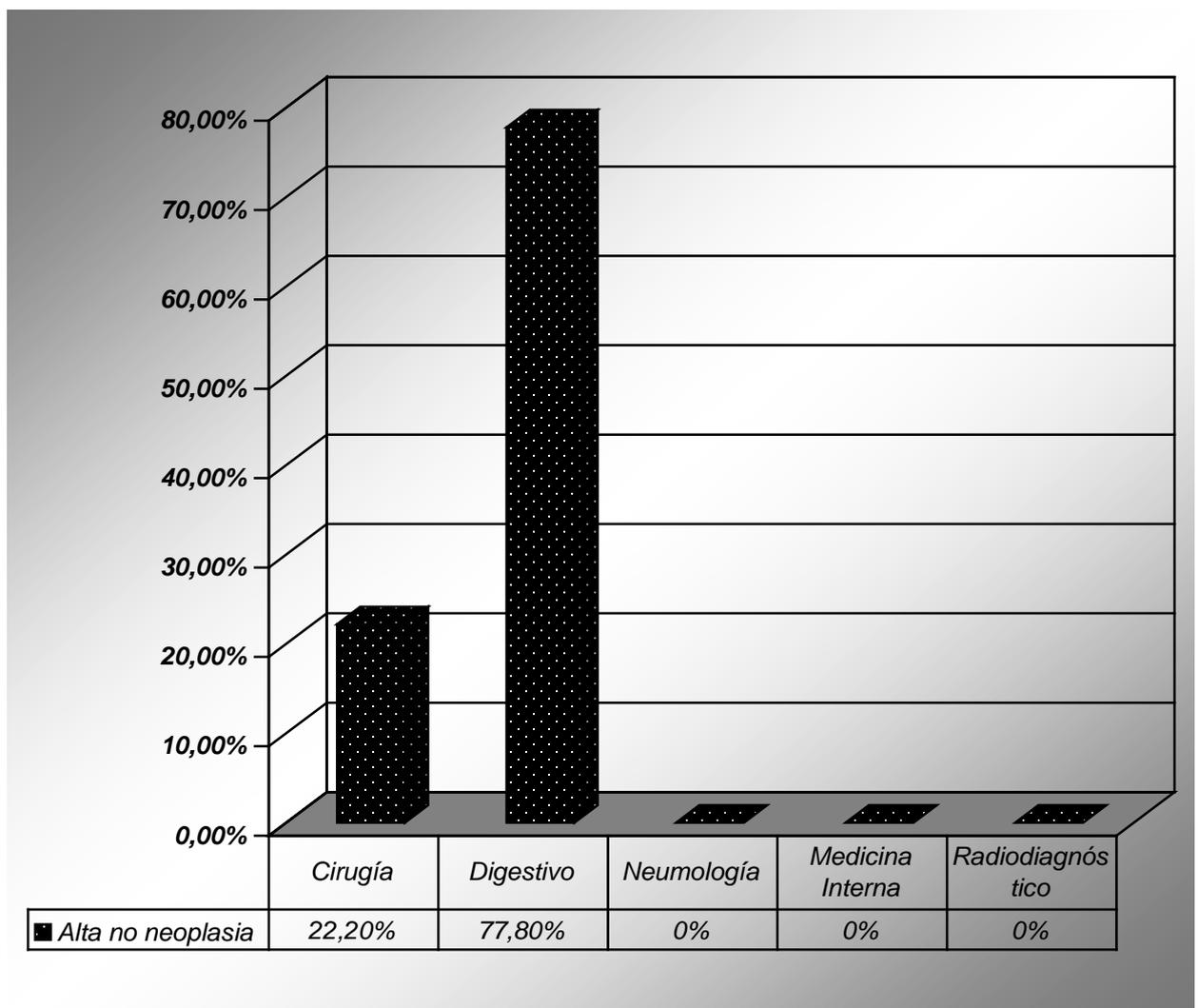


Gráfico 8.- Especialidad que deriva a los pacientes diagnosticados de Alta no neoplasia

**9.- PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS PACIENTES VISITADOS EN LAS
DIFERENTES ESPECIALIDADES**

9.1 Visitas al especialista de Digestivo

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 un total del 84% fue visitado en la **Especialidad de Digestivo**, mientras que el resto 16% no se visitaron en dicha especialidad.

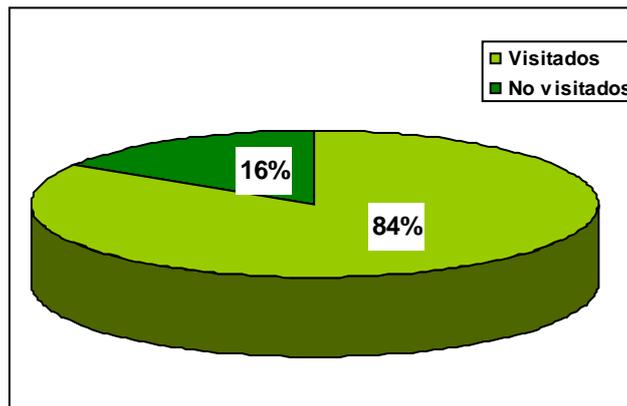


Gráfico 9.1.- Visitas al especialista de Digestivo

9.2 Visitas al especialista de Cirugía

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 un total del 79% fue visitado en la **Especialidad de Cirugía**, mientras que el resto 21% no se visitaron en dicha especialidad.

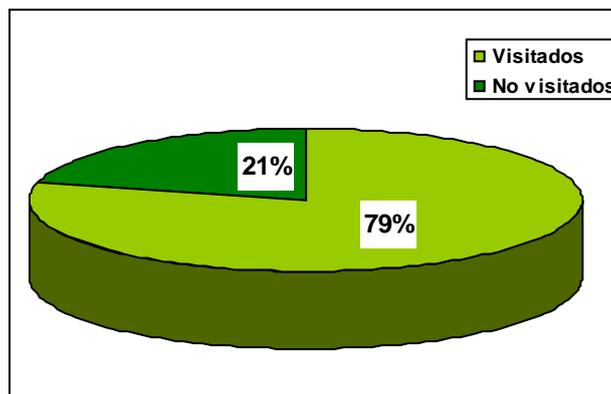


Gráfico 9.2.- Visitas al especialista de Cirugía

9.3 Visitas al especialista de Medicina Interna

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 un total del 4% fue visitado en la **Especialidad de Medicina Interna**, mientras que el resto 96% no se visitaron en dicha especialidad.

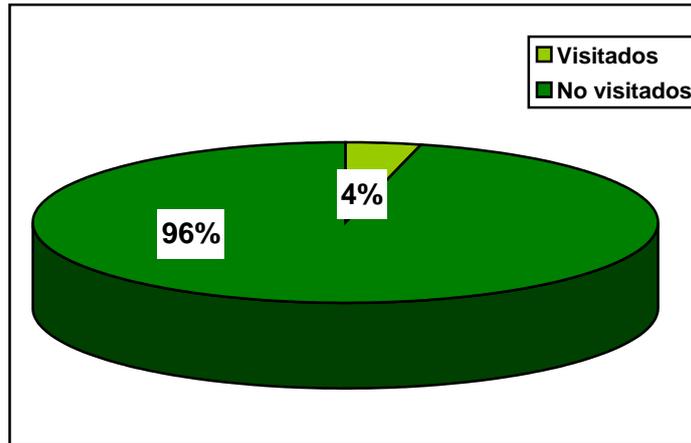


Gráfico 9.3.- **Visitas al especialista de Medicina Interna**

9.4 Visitas al Especialista de Anestesiología

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 un total del 79% fue visitado en la **Especialidad de Anestesiología**, mientras que el resto 21% no se visitaron en dicha especialidad.

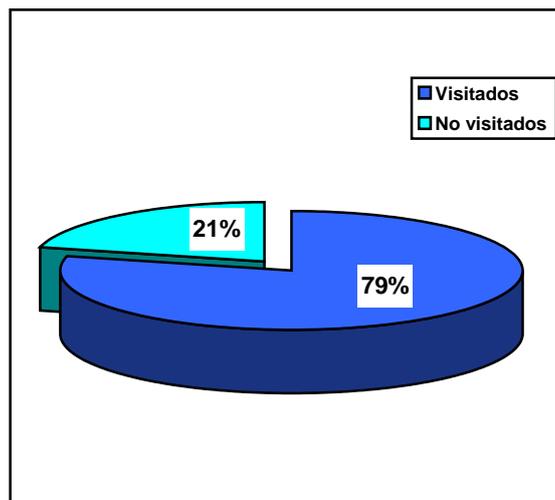


Gráfico 9.4.- **Visitas al especialista de Anestesiología**

9.5 Visitas al especialista de Neumología

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 un total del 14% fue visitado en la **Especialidad de Neumología**, mientras que el resto 86% no se visitaron en dicha especialidad.

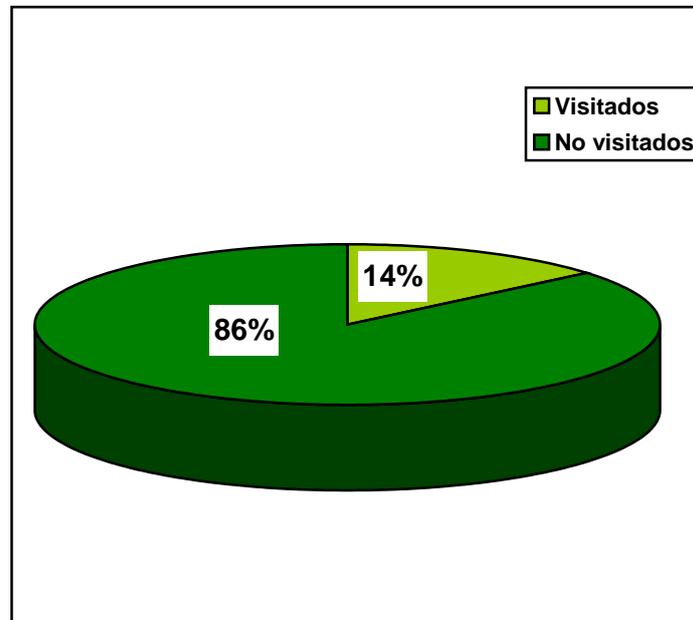


Gráfico 9.5.- Visitas al especialista de Neumología

9.6 Visitas al especialista de Endocrinología, Neurología, Reumatología, Cardiología, Urología, Otorrinolaringología

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 ninguno se visitó en las especialidades de: **Endocrinología, Neurología, Reumatología, Cardiología, Urología y Otorrinolaringología**

10. Pruebas complementarias

Para llegar al diagnóstico de un paciente se requirió la realización de distintas **pruebas complementarias**, a continuación se detallan las diferentes pruebas complementarias.

10.1 Radiografía de Tórax

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 91% se realizó una Radiografía de Tórax, mientras que al 9% restante no.

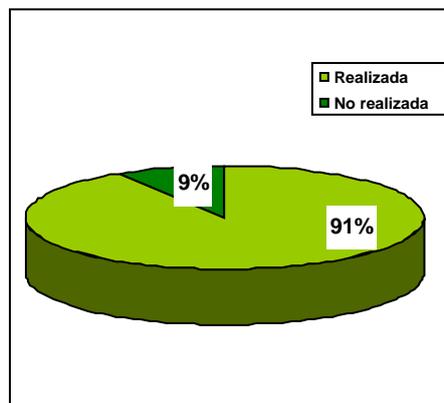


Gráfico 10.1.- Prueba **Complementaria: Radiografía de Tórax**

10.2 TAC

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 68% se realizó un **TAC**, mientras que al 32% restante no le hizo falta.

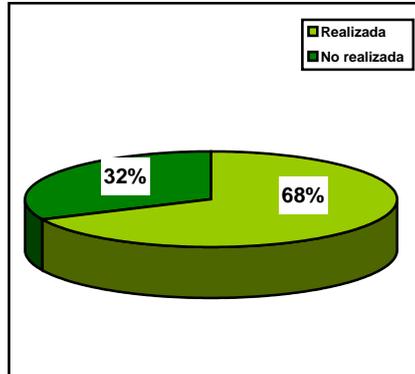


Gráfico 10.2.- Prueba Complementaria: TAC

10.3 Ecografía Abdominal

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 32% se realizó una **Ecografía Abdominal**, mientras que al 68% restante no le hizo falta.

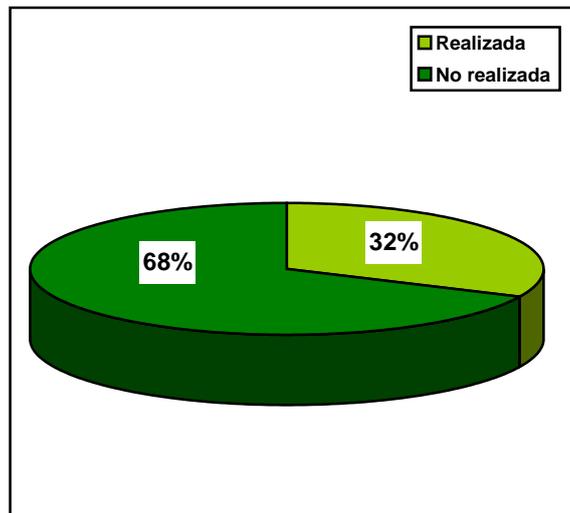


Gráfico 10.3.- Prueba Complementaria: Eco Abdominal

10.4 Enema Opaco

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 29% se realizó un **Enema Opaco**, mientras que al 71% restante no le hizo falta.

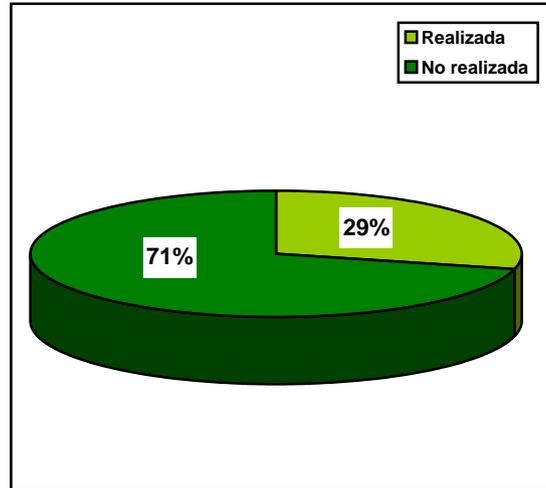


Gráfico 10.4.- Prueba Complementaria: Enema Opaco

10.5 Colonoscopia

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 75% se realizó una **Colonoscopia**, mientras que al 25% restante no le hizo falta.

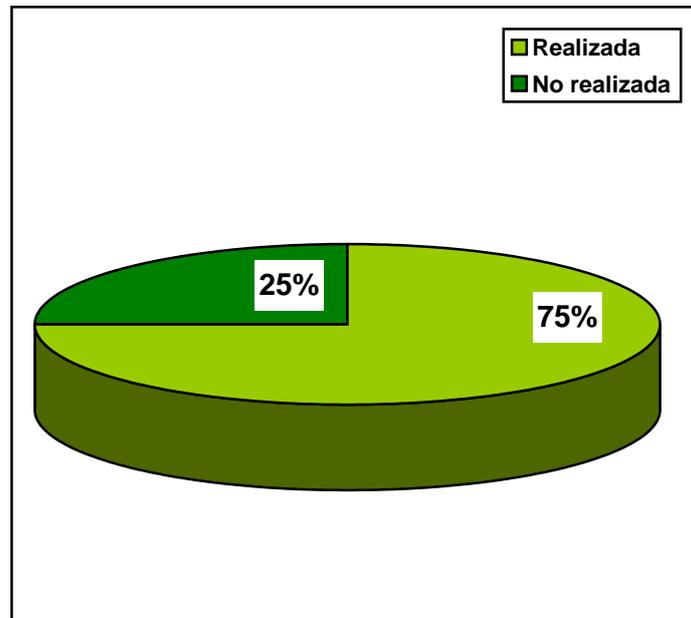


Gráfico 10.5.- Prueba Complementaria: Colonoscopia

10.6 Pruebas Funcionales Respiratorias

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 14% se realizó **Pruebas Funcionales Respiratorias**, mientras que al 86% no.

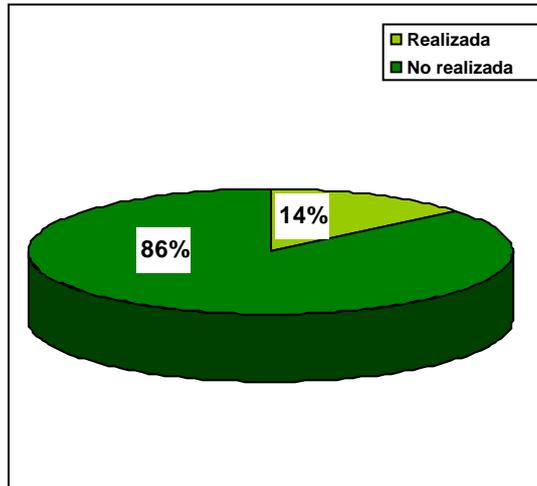


Gráfico 10.6.- Prueba Complementaria:
Pruebas Funcionales Respiratorias

10.7 Broncoscopia

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 14% se una **Broncoscopia**, mientras que al 86% restante no le hizo falta.

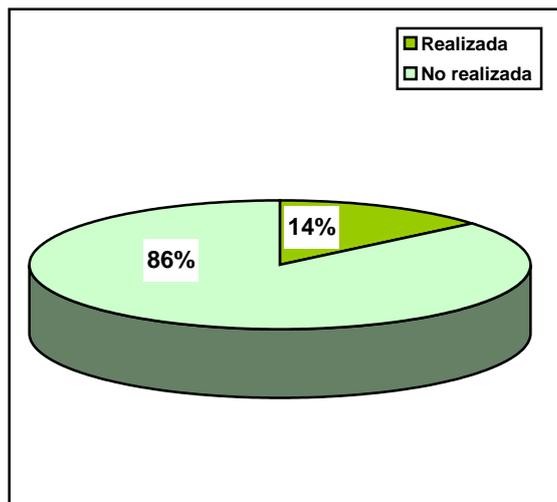


Gráfico 10.7.- Prueba Complementaria: **Broncoscopia**

10.8 Analítica

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 93% se realizo una **Analítica**, mientras que al 7% restante no le hizo falta.

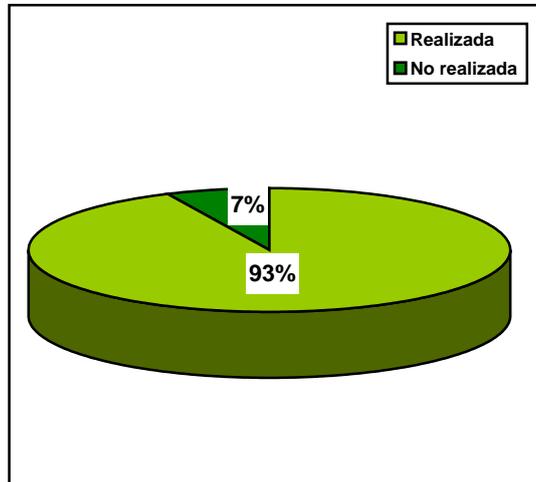


Gráfico 10.8.- Prueba Complementaria: Analítica.

10.9 Prueba Complementaria Electrocardiograma

Del total de 56 pacientes estudiados en el primer trimestre del año 2008 el 86% se realizo un **Electrocardiograma** mientras que al 14% restante no le hizo falta

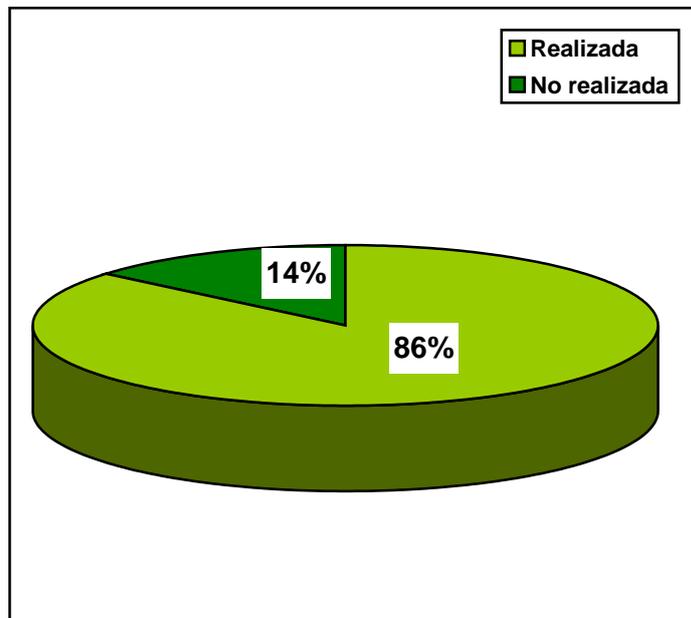


Gráfico 10.9.- Prueba Complementaria: Electrocardiograma

11.-Pruebas complementarias realizadas al grupo de pacientes con sospecha y sin sospecha

En el grupo de **pacientes con sospecha y pacientes sin sospecha** existen diferencias en cuanto a las pruebas que se realizaron. A continuación detallamos las pruebas realizadas en los dos subgrupos

Pruebas complementarias: **Radiografía de Tórax, Ecografía Abdominal, Enema Opaco. TAC, Colonoscopia, Pruebas Funcionales Respiratorias, Broncoscopia, Analítica y Electrocardiograma**

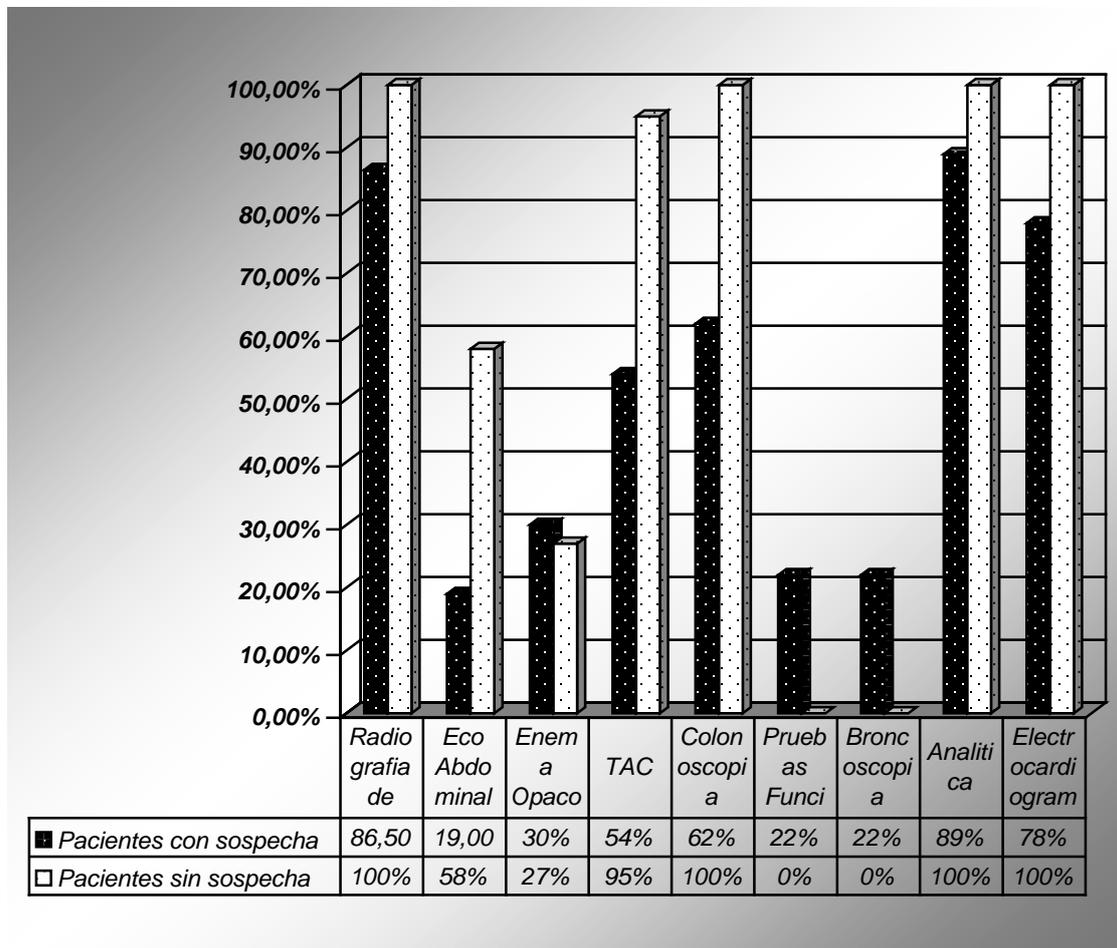


Gráfico 11.- Pruebas complementarias: Radiografía de Torax, Ecografía Abdominal, Enema Opaco. TAC, Colonoscopia, Pruebas Funcionales

Respiratorias, Broncoscopia, Analítica y Electrocardiograma, realizadas al grupo de pacientes con sospecha y sin sospecha

12. Pacientes Diagnosticados de alta No Neoplasia

Del total de la muestra que comprende el estudio, (56 pacientes), 9 de ellos fueron diagnosticados de Alta No Neoplasia representando un 16%, el resto (47 pacientes) representan el 84%

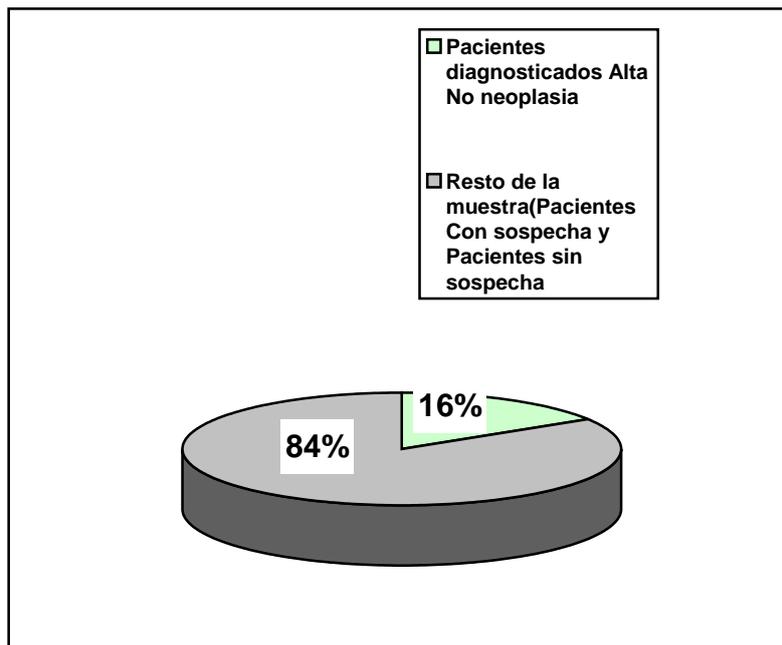


Gráfico 12.- Pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia

12.1. Pruebas complementarias realizadas a los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia

Al grupo de pacientes diagnosticados de **Alta No Neoplasia** se realizaron diferentes pruebas complementarias, para llegar a dicho diagnóstico.

A continuación detallamos las pruebas realizadas a este grupo de pacientes

Pruebas complementarias: **Radiografía de Tórax, Ecografía Abdominal, Enema Opaco. TAC, Colonoscopia, Pruebas Funcionales Respiratorias, Broncoscopia, Analítica y Electrocardiograma**

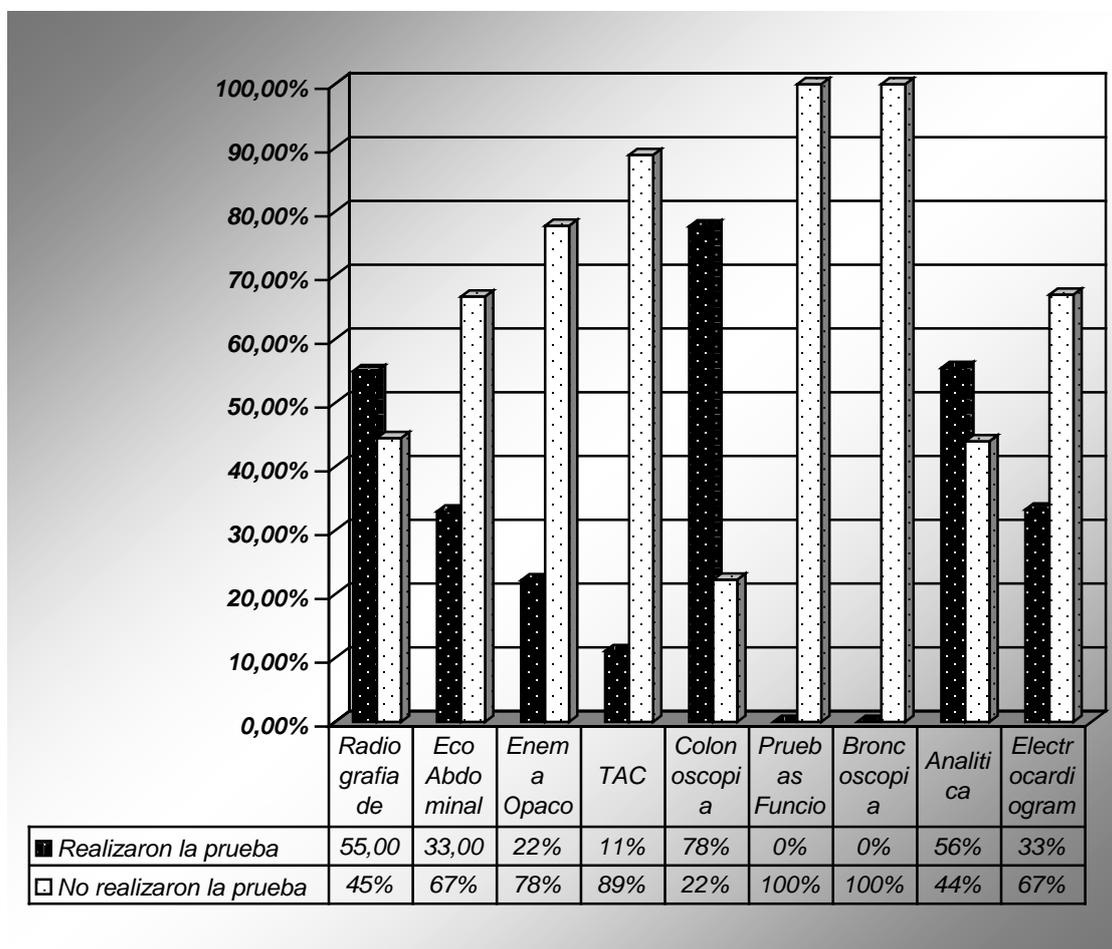


Gráfico 12.1.- Pruebas complementarias: Radiografía de Tórax, Ecografía Abdominal, Enema Opaco. TAC, Colonoscopia, Pruebas Funcionales

Respiratorias, Broncoscopia, Analítica, Electrocardiograma, realizadas al grupo de pacientes, diagnosticados con alta no neoplasia

12.2 Numero de visitas para los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

Número de visitas médicas (media)

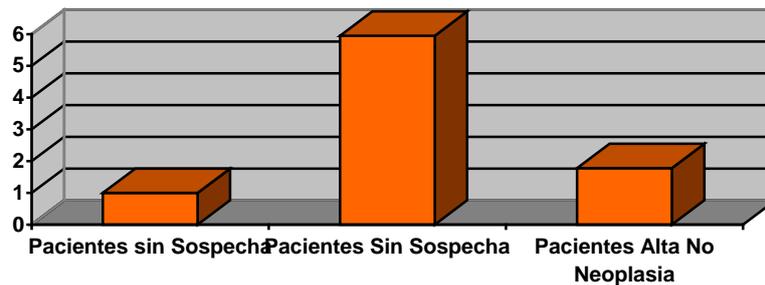


Gráfico12.2_ Número de visitas para los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

12.3 Numero de pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

Numero de pruebas diagnósticas realizadas (media)

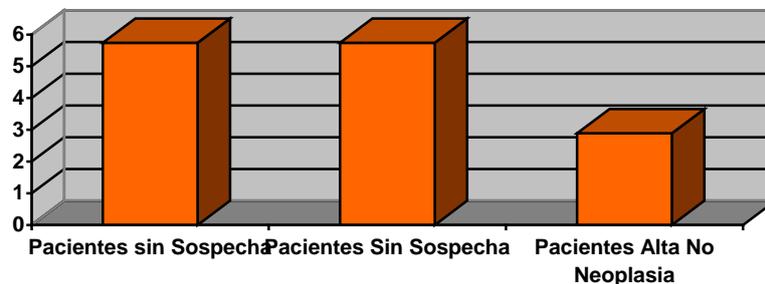


Gráfico12.3_ Número de pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes

diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

12.4 Numero de desplazamientos realizados por los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

Numero de desplazamientos realizados (media)

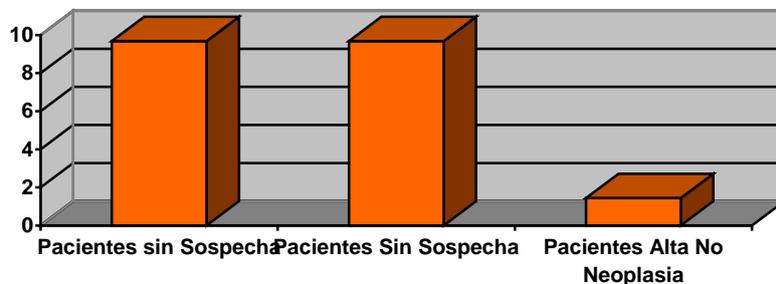


Gráfico12.4_Número de desplazamientos realizados por los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, Pacientes Con sospecha de Neoplasia y Pacientes Sin sospecha de Neoplasia

En los 3 gráficos anteriores (12.2, 12.3, 12.4) se observan las diferencias (medias) respecto al número de visitas médicas para los pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia, para los pacientes Con sospecha y para los pacientes Sin sospecha.

El grupo de pacientes diagnosticados de Alta No Neoplasia fue el grupo que menos visitas medicas, menos desplazamientos y menos pruebas diagnosticas se realizaron comparándolo con los grupos de pacientes Con y Sin sospecha de Neoplasia.

Respecto a los grupos catalogados como Pacientes Con sospecha y Pacientes Sin sospecha existen diferencias.

El grupo de pacientes Con sospecha realizo menos visitas medicas, menos desplazamientos y menos pruebas diagnosticas que el grupo de pacientes Sin sospecha.

Descriptivos

Alta no neoplásia			Estadístico
Numero visitas medicas	Si	Media	1,78
	No	Media	4,91
Numero pruebas complementarias	Si	Media	2,89
	No	Media	5,43
Numero desplazamientos	Si	Media	1,44
	No	Media	5,38

Estadísticos de grupo

		N	Media
Numero visitas medicas	Paciente con sospecha Si	37	3,62
	No	19	5,95
Numero pruebas complementarias	Si	37	4,62
	No	19	5,79
Numero desplazamientos	Si	37	2,22
	No	19	9,68

13.- TRATAMIENTO ONCOLOGICO PARA PACIENTES CON Y SIN

SOSPECHA DE NEOPLASIA

Como se comentó anteriormente existen 2 tipos de tratamiento para los pacientes catalogados como:

- Pacientes Con Sospecha de Neoplasia
- Pacientes Sin Sospecha de Neoplasia

En el grupo de los Pacientes Con Sospecha, 8 del grupo de 37 se sometieron a tratamiento Oncológico,

Representando el 57.1%

En el grupo de los Pacientes Sin Sospecha, 6 del grupo de 19 se sometieron a tratamiento Oncológico,

Representando el 42.9%

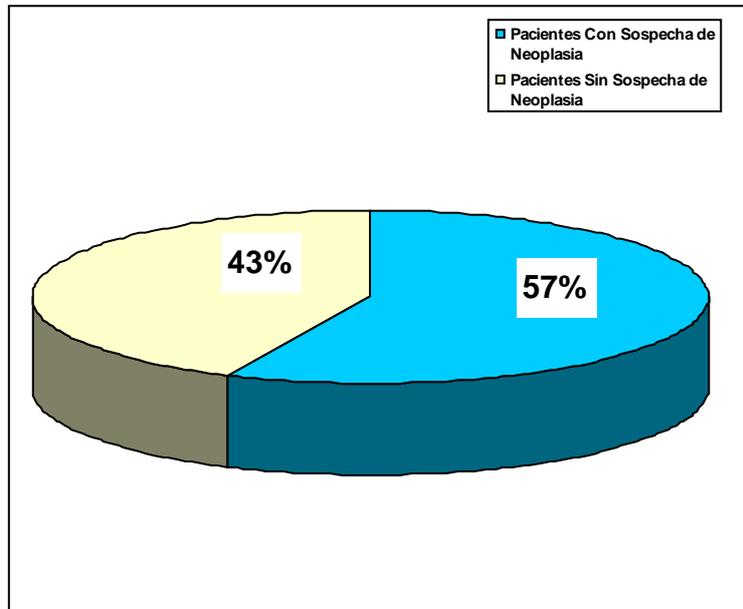


Gráfico 13.- TRATAMIENTO ONCOLOGICO PARA PACIENTES CON Y SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

14.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA PACIENTES CON Y SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

Como se comentó anteriormente existen 2 tipos de tratamiento para los pacientes catalogados como:

- Pacientes Con Sospecha de Neoplasia
- Pacientes Sin Sospecha de Neoplasia

En el grupo de los Pacientes Con Sospecha, 26 del grupo de 37 se sometieron a tratamiento Quirúrgico, representando el 59%

En el grupo de los Pacientes Sin Sospecha, 18 del grupo de 19 se sometieron a tratamiento Quirúrgico, representando el 41%

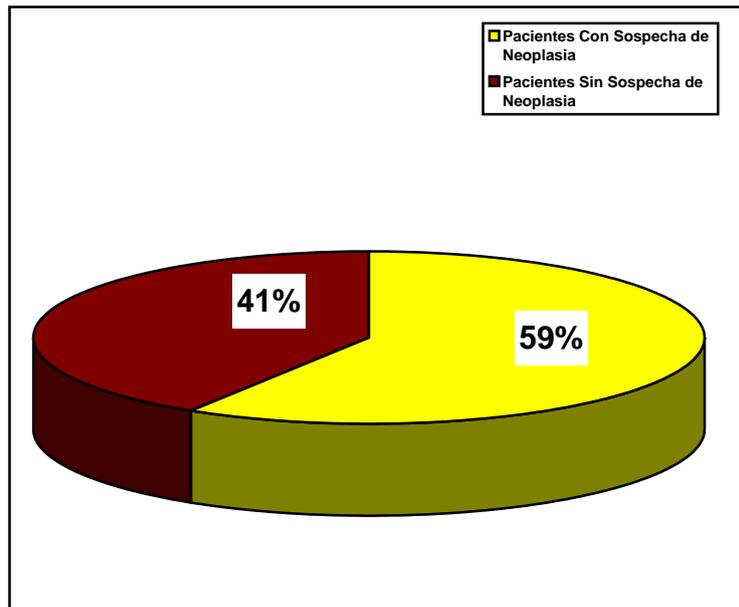


Gráfico 14.- TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA PACIENTES CON Y SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

15.- ESPECÍFICO PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES CON SOSPECHA Y PACIENTES SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

Los pacientes que recibieron tratamiento oncológico tardaron una media de 19,14 días entre la 1ª visita y el diagnóstico.

El tiempo de demora entre la 1ª visita y el tratamiento (oncológico) fue de 40,43 día de media.

Estos pacientes realizaron una media de 5,14 visitas médicas y 5,64 pruebas complementaria de media.

Para ello tuvieron que realizar una media de 5,93 desplazamientos.

La edad media del grupo de estos pacientes fue de 67 años.

Estadísticos

		Tiempo demora 1v-Dx	Tiempo demora 1v-tto	Numero visitas medicas	Numero pruebas complementarias	Numero desplazamientos	Edad
N	Válidos	14	14	14	14	14	14
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		19,14	40,43	5,14	5,64	5,93	67,00

16.- ESPECÍFICO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA PACIENTES

CON SOSPECHA Y PACIENTES SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

Los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico tardaron una media de 19,7 días entre la 1ª visita y el diagnóstico.

El tiempo de demora entre la 1ª visita y el tratamiento (quirúrgico) fue de 43,61 día de media.

Estos pacientes realizaron una media de 5,07 visitas médicas y 5,48 pruebas complementaria de media.

Para ello tuvieron que realizar una media de 5,45 desplazamientos.

La edad media del grupo de estos pacientes fue de 63,32 años.

Estadísticos

		Tiempo demora 1v-Dx	Tiempo demora 1v-tto	Numero visitas medicas	Numero pruebas complementarias	Numero desplazamientos	Edad
N	Válidos	44	44	44	44	44	44
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		19,70	43,61	5,07	5,48	5,45	63,32
Desv. típ.		19,795	25,704	1,336	,792	3,688	12,275
Varianza		391,841	660,708	1,786	,627	13,603	150,687
Mínimo		1	5	3	4	1	27
Máximo		73	111	9	7	12	84

17.- PACIENTES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

MEDIAS DEL NÚMERO DE VISITAS, NÚMERO DE DESPLAZAMIENTOS, NÚMERO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EDAD, Y TIEMPOS DE DEMORA ENTRE LA 1ª VISITA Y EL DIAGNÓSTICO Y LA 1ª VISITA Y EL TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

El grupo fue formado por 37 pacientes.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 7,3 días.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el tratamiento fue de 29,96 días.

Realizaron una media de 3,62 visitas médicas.

Realizaron una media de 4,62 pruebas complementarias.

Para todo ello tuvieron que realizar 2,22 desplazamientos de media.

La media de edad para este grupo de pacientes fue de 65.8 años.

Estadísticos de grupo

	Paciente con sospecha	Media
Tiempo demora 1v-Dx	Si	7,30
Tiempo demora 1v-tto	Si	29,96
Numero visitas medicas	Si	3,62
Numero pruebas complementarias	Si	4,62
Numero desplazamientos	Si	2,22
Edad	Si	65,08

18.- PACIENTES SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

MEDIAS DEL NÚMERO DE VISITAS, NÚMERO DE DESPLAZAMIENTOS, NÚMERO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EDAD, Y TIEMPOS DE DEMORA ENTRE LA 1ª VISITA Y EL DIAGNÓSTICO Y LA 1ª VISITA Y EL TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

El grupo fue formado por 19 pacientes.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 37,96 días.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el tratamiento fue de 65,21 días.

Realizaron una media de 5,95 visitas médicas.

Realizaron una media de 5,79 pruebas complementarias.

Para todo ello tuvieron que realizar 9,68 desplazamientos de media.

La media de edad para este grupo de pacientes fue de 61.05 años.

Estadísticos de grupo

	Paciente con sospecha	Media
Tiempo demora 1v-Dx	No	37,26
Tiempo demora 1v-tto	No	65,21
Numero visitas medicas	No	5,95
Numero pruebas complementarias	No	5,79
Numero desplazamientos	No	9,68
Edad	No	61,05

19.- PACIENTES CON Y SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

MEDIAS DEL NÚMERO DE VISITAS, NÚMERO DE DESPLAZAMIENTOS, NÚMERO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EDAD, Y TIEMPOS DE DEMORA ENTRE LA 1ª VISITA Y EL DIAGNÓSTICO Y LA 1ª VISITA Y EL TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES CON Y SIN SOSPECHA DE NEOPLASIA

El grupo fue formado por 56 pacientes.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 17,46 días.

El tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el tratamiento fue de 42,21 días.

Realizaron una media de 4,41 visitas médicas.

Realizaron una media de 5,02 pruebas complementarias.

Para todo ello tuvieron que realizar 4,75 desplazamientos de media.

La media de edad para este grupo de pacientes fue de 63,71 años.

Estadísticos

		Tiempo demora 1v-Dx	Tiempo demora 1v-tto	Numero visitas medicas	Numero pruebas complementarias	Numero desplazamientos	Edad
N	Válidos	56	47	56	56	56	56
	Perdidos	0	9	0	0	0	0
Media		17,46	44,21	4,41	5,02	4,75	63,71

20.- TIEMPO DE DEMORA PARA LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS

ALTA NO NEOPLASIA ENTRE LA 1ª VISITA Y EL DIAGNOSTICO

El tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico para los pacientes diagnosticados Alta No Neoplasia fue de 12 días.

Estadísticos

		Tiempo demora 1v-alta no neo
N	Válidos	9
	Perdidos	47
Media		12,00

7. CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación detallamos las conclusiones extraídas del trabajo de investigación basándonos en los objetivos que detallamos en el anteproyecto.

1ª.- Tras el estudio se puede analizar el impacto de la UDD en pacientes con sospecha de neoplasia de colon y pulmón. Estos pacientes fueron derivados desde la primera consulta a la unidad (UDD) para la programación de sus pruebas diagnósticas y visitas para su posterior diagnóstico.

Este estudio está confrontado con el resto de pacientes sin sospecha de neoplasia, los cuales siguieron un circuito normal con su correspondiente demora, siempre esta fue mayor en comparación con los pacientes que entraron en la UDD-CR.

2ª.- El grupo Con Sospecha de Neoplasia fue formado por un total de 37 pacientes.

En estos pacientes se ha comprobado que el número de días desde la 1ª visita hasta el diagnóstico era bastante inferior comparándolo con el grupo de los pacientes Sin Sospecha de Neoplasia, este último grupo lo formaron 19 pacientes.

Para los pacientes que formaron el grupo Con Sospecha de Neoplasia el tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 7,3 días.

En cambio para los pacientes Sin Sospecha de Neoplasia el tiempo medio de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 37,96 días.

La diferencia de días para la demora entre la 1ª visita y el diagnóstico entre los grupos con Sospecha de Neoplasia y Sin Sospecha de Neoplasia fue de 30,66 días.

Esta diferencia de días nos permite adjudicarnos un objetivo cumplido.

3ª.- La UDD permite unificar circuitos el cual es uno de los objetivos principales de la unidad. Asume los requerimientos del departamento de Salud referente al diagnóstico rápido. Asumiendo los objetivos de tiempo de respuesta. Es una unidad de carácter ambulatorio ubicada en el Área de Consultas Externas.

En esta unidad existe la identificación clara de un referente el cual se denomina enfermera gestora de Casos.

La función principal de esta Enfermera Gestora es el seguimiento exhaustivo del paciente. Se encarga de citarlo vía telefónica y programarle tanto las pruebas diagnósticas como sus posteriores visitas. Estos pacientes pueden disponer de todas las exploraciones complementarias generadas por una primera visita en el mínimo tiempo posible.

4ª.- Uno de los objetivos de esta unidad es la disminución del número de desplazamientos para el paciente, de esta manera el paciente puede agrupar tantos sus pruebas diagnósticas como sus visitas médicas en un número muy inferior de días.

Para el grupo de pacientes con Sospecha de Neoplasia el número de desplazamientos realizados fue de 2,22 de media.

Cabe destacar que este grupo de pacientes tuvo una media de 3,62 visitas y 4,62 de pruebas complementarias.

Para el grupo de pacientes sin Sospecha de Neoplasia el número de desplazamientos realizados fue de 9,68 de media.

Cabe destacar que este grupo de pacientes tuvo una media de 5,95 visitas y 5,79 de pruebas complementarias.

Como se puede comprobar con estos datos el objetivo de la unidad de agrupar las visitas y las pruebas diagnósticas complementarias en el mínimo número de días con el fin de reducir el número de desplazamientos por parte del paciente se ha conseguido.

La diferencia del número de desplazamientos entre los grupos de pacientes con sospecha de neoplasia y sin sospecha de neoplasia es de 7,46.

Es una diferencia muy notable.

5ª.- Para los pacientes Con Sospecha de Neoplasia el tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico es fuente de ansiedad y stress.

Uno de los objetivos principales de la Unidad es reducir al máximo posible este tiempo y así evitar situaciones de stress y ansiedad.

En el grupo de los pacientes Con Sospecha de Neoplasia formado por 37 pacientes existe un subgrupo el cual es denominado pacientes Alta No neoplasia, es decir que aunque tenían sospecha de Neoplasia su diagnóstico fue negativo.

Estos pacientes fueron un total de 9. El tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico fue de 12 días, habiendo realizado una media de 1,78 visitas médicas 2,89 pruebas complementarias diagnósticas y 1,44.

Al interpretar estos datos corroboramos que gracias al buen funcionamiento de la unidad se minimiza el tiempo de diagnóstico para los pacientes con sospecha que al final fueron dados de alta No Neoplasia.

Todas las medias son inferiores respecto al grupo de pacientes con sospecha y pacientes sin sospecha de neoplasia.

6ª.- Esta unidad comparte la filosofía de no realizar ingresos, evitando así la saturación de camas en el hospital.

Durante el estudio ningún paciente fue ingresado y tanto las visitas como las pruebas complementarias diagnósticas se realizaron ambulatoriamente, cumpliendo uno de los objetivos de la unidad como es el evitar ingresos inadecuados.

7ª.- Uno de los requerimientos que marca el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña es la agilización del diagnóstico el cual debe darse en el plazo de 7 a 10 días.

En el caso del grupo formado por los pacientes con sospecha el tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico es de 7,3 días.

En el caso del grupo formado por los pacientes sin sospecha el tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico es de 37,96 días.

En el caso del grupo formado por los pacientes con sospecha pero que fueron diagnosticados de alta No Neoplasia el tiempo de demora entre la 1ª visita y el diagnóstico es de 12 días.

8ª.- Uno de los requerimientos que marca el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña es la agilización del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento, (es indiferente que el tratamiento sea quirúrgico u oncológico, o ambos simultáneos) el cual debe darse en el plazo de 30 días como máximo.

Para el grupo de pacientes con sospecha el tiempo de demora entre la 1ª visita y el tratamiento fue de 29,96 días.

Para el grupo de pacientes sin sospecha el tiempo de demora entre la 1ª visita y el tratamiento fue de 65,21 días.

Tras analizar estos datos se observa un notable aumento del número de días entre la 1º visita y el tratamiento para los pacientes sin sospecha de neoplasia, siendo esta de 35,25 días.

Con estos datos se ve cumplido una vez más uno de los objetivos principales de la unidad.

9ª.- Gracias al referente claro de la Enfermera Gestora de Casos la cual es la figura responsable de este circuito, uno de los objetivos principales del tiempo de respuesta es conseguido.

El trabajo desempeñado por esta profesional es de reconocimiento público, pues todo el trabajo de coordinación, aprovechamiento de los recursos existentes para cumplir los requerimientos del departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña son satisfactorios pues todos los ítems marcados son conseguidos.

No hay que olvidar que es un trabajo de gestión, coordinación y administración en el cual los principales protagonistas son los pacientes, no olvidemos que el trato que se les da es un trato humano y empático pues la humanización tanto de los cuidados como de la gestión en un hospital es imprescindible.

8. PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN

1ª) Comprobado el éxito de la UDD-CR tras el estudio, se propone ampliar el circuito a otras patologías neoplásicas, tales como:

- Neoplasias dermatológicas, (melanomas)
- Neoplásicas neurológicas, (tumores cerebrales)
- Neoplasias de próstata, en la actualidad esta incluida, se implantó una vez habíamos comenzado el estudio

-Neoplasias del aparato digestivo, excluyendo el colon, pues este ultimo esta implantado.

-Neoplasias ginecológicas.

-Neoplasias hepáticas.

2ª) Valoración de las dificultades para trasladarse al centro.

Dicha valoración contemplaría las dificultades del paciente, (sociales y económicas), comprendemos que existen pacientes con pluripatologías a los cuales les supone un gran esfuerzo el trasladarse al hospital tanto para las visitas médicas como para la realización de pruebas diagnósticas.

Por este motivo creemos que la facilitación de un transporte sanitario ayudaría mucho. Para optimizar recursos y no crear gastos innecesarios se propone unificar aun mas en la medida de lo posible tanto las visitas medicas como la realizaron de pruebas diagnosticas en el mismo día.

3ª) Se propone crear una comunicación directa entre la enfermera gestora de la UDD-CR, y la enfermera de enlace del Área Básica de referencia del paciente.

De esta manera se crea un trato personalizado para los pacientes garantizando que estos han comprendido la preparación de las pruebas diagnosticas. Evitando así la suspensión de la prueba, pues esta conlleva un desplazamiento innecesario y una pérdida de tiempo,

9. BLIBIOGRAFÍA

1- Sanz Ortiz J, Rivera Herrero F, De Juan Ferre A, Vega Villegas M. Tratamiento Oncológico Activo de la enfermedad Neoplásica avanzada y Terminal. Med Clin (BARC) 2000; 114:302-07.

2- Vilardel Ramoneda L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? Med Clin (Barc) 1994;103:452-3.

3- WONCA. Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP). Barcelona. Masson; 1988.

4- González-Montalvo J, Baztán J, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin (Barc) 1994;103:441-4.

5- 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 (Barc) 1990;94:290-3.

6- Ochoa-Gómez J, Villar Arias A, Ramallé-Gomara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Aspiazu JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios

urgentes. An Med Interna (Madrid) 2002;19:446-8.

7- Peiró Moreno S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc). 1994;103:65-71.

[\[Medline\]](#)

8- Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. Med Clin (Barc). 1996;107:22-5. [\[Medline\]](#)

9- Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2001;116:655-7. [\[Medline\]](#)

10- Mirón Canelo JA, Orosco Pedemonte JA, Alonso Sardón M, Sáenz González MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. Rev Clin Esp. 2000;200:654-8. [\[Medline\]](#)

11- Entrevista a Xavier Bosch Aparici Cap de Servei de la unitat de diagnòstic Ràpid del hospital clínic de Barcelona per Jordi Montaner del dia 10 de juliol del 2006

12-Torralba i Roselló F. Restauración crítica del principio de beneficencia. En:Filosofía de la medicina. En torno a la obra de E.D. Pellegrino. Francesc Torralba y Rosello (ed). Institut Borja de Bioética. Fundacion MAPFRE medicina Madrid 2001; pp: 163-79.

13- Gérvas J, Ortún V. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España.

14- Solans P, Rodríguez L. La atención compartida entre la atención primaria y el hospital. *Cuadernos de Gestión en Atención Primaria* 1996; 2: 150-158.

Localización: [Medicina clínica](#), ISSN 0025-7753, Vol. 123, Nº. 7, 2004, pags. 247-2

15- Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Díez García F, Ruiz Bailén M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*.

2001;117:90-2. [\[Medline\]](#)

16- Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:124-9. [\[Medline\]](#)

17- Salud y Dignidad. L.A. LOYOLA. (FUCSA) 1995 al 1997.

18- Salud y Posmodernidad. N. BARANCHUK. Edit. Almagesto. 1996.

19- El mandato de cuidar y curar. G. PRECE, M. DI LISCIA y L. PIÑERO. Edit. The Lancet. Vol. 349.1997.

20- El Management. Gestión participativa. Gestión 2000.1990.

21- Los Managers y sus roles en el Sistema de Salud. LIC.María A. Contreras 1997.

22- La Ética Médica culmina en la Ética Social. Carlos J. García Díaz.

23-Calidad, Eficiencia y Equidad: Desafíos de la Reforma de los Sistemas de Salud. AES. 1995

24- Educación y Salud (MEYOSP) 1994.

25- Ser Ético no es una moda. GERHARD PLENERT 1996.

26- Calidad y Eficiencia en la Atención de la Salud. Dres. Samuel Bosch y Edgardo Vázquez. 1996

27- Medicación al Servicio de la Salud Integral. M. C. MO y M.E. CAAMAÑO (Abogada y Asistente Social) RESPECT .1995.

10. ANEXOS

- Anexo nº 1.- Carta a la directora de Enfermería del Hospital de Viladecans
- Anexo nº 2.- Carta al Cap del Servicio de admisiones del Hospital de Viladecans
- Anexo nº 3.- Entrevista al Dr. Xavier Bosch Aparici jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona
- Anexo nº 4.- plantilla de la recogida de datos.

Anexo nº 1.- Carta a la directora de Enfermería del Hospital de Viladecans

A la atención de la Directora de Enfermería del Hospital de Viladecans

Sra. Riansares Anguix

Apreciada Sra.

Actualmente para la realización del Master en Administración i Gestión en Curas de Enfermería de la Escuela Universitaria de Santa Madrona, uno de los objetivos del Master es la realización de un trabajo de investigación, me dirijo a Ud. con la finalidad de recibir su conformidad para la realización del estudio titulado “El impacto de la Unidad de Diagnostico Día en un hospital comarcal” basándome como referencia en la experiencia del centro que usted dirige

Le agradezco de antemano su ayuda y colaboración

Saludos cordiales

Soledad Romero

Supervisora de Consultas Externas del proceso de agudos i diagnóstico.

Alumna 1er año del Master en Administración i Gestión de curas de Enfermería

Anexo nº 2.- Carta al Cap del Servicio de admisiones del Hospital de Viladecans

7 de mayo del 2008

A la atención del Jefe de Admisiones

Dr. David Calvo

De: Soledad Romero

Supervisora de Consultas Externas Proceso de Agudos i Diagnósticos

Apreciado Sr.

Me dirijo a Ud. como responsable del servicio de admisiones con la finalidad que facilite y autorice el acceso a la información necesaria

Para la realización del estudio "Impacto de la UDD en un hospital comarcal", el estudio forma parte del Master de gestión y administración en enfermería, en el que actualmente asisto como alumna en la Escuela Universitaria de Santa Madrona, le agradezco su colaboración y su inestimable ayuda

Muchas Gracias

Anexo nº 3.- Entrevista al Dr. Xavier Bosch Aparici jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

-Unidad de diagnóstico rápido del hospital clínico de Barcelona

Mediante las unidades de diagnóstico rápido evitamos el ingreso” protocolario” que puede no estar justificado.

Tras culminar su etapa de residente de Medicina interna en el clínico Barcelonés, Xavier Bosch inicio en 1990 una trayectoria como internista que le llevo a frecuentar enfermos con pluripatologías de gravedad que demandan siempre un diagnóstico certero y precoz para hacer mas favorable su pronóstico. Desde hace un tiempo, Bosch compagina la identificación precoz de procesos graves en una unidad de diagnóstico rápido con labores docentes y la elaboración de artículos para las mas acreditadas revistas internacionales del sector.

¿Supongo que en medicina también vale la celebre frase” vísteme despacio que tengo prisa”?

En cierto modo esta es la justificación de diagnóstico rápido. Se trata de agilizar el diagnóstico a través de diversas exploraciones sin tener por ello que ingresar al paciente en el hospital, concentrando en una o dos visitas aquellas pruebas necesarias para identificar el proceso que se sospecha.

La “especialidad” del internista es, entonces, la intuición.

La medicina interna es, en realidad, una especialidad de especialidades.

Visitamos pacientes con cuadros algo complejos, generalmente personas de edad avanzada, y debemos atinar a la hora de explicar que sucede, por que sucede y como podemos curar o paliar lo sucedido. La experiencia de haber tratado con muchos cuadros, como rutina en nuestra actividad hospitalaria, y el

hecho de tener que lidiar con problemas que afectan a distintas partes del organismo nos hace especialmente sensibles y específicos a la hora de diagnosticar.

¿Qué papel corresponde al internista en una unidad de diagnóstico rápido?

El de discriminar y profundizar sobre los síntomas que han originado la consulta.

Pongamos que un paciente ingresa con una anemia. Debemos prestar atención a todas sus posibles causas. Hasta hoy, ese paciente era ingresado y sometido a un rosario de pruebas hasta dar con la causa. Mediante las unidades de diagnóstico rápido, lo que hacemos es evitar el ingreso “protocolario” que puede no estar justificado, posibilitar que el paciente vaya a dormir a su casa (siempre y cuando no se trate de un cuadro muy agudo que requiere el ingreso) y vuelva al día siguiente o una semana después para verificar distintos parámetros y, de ese modo, dar con un diagnóstico preciso sin agobiar al paciente con un ingreso ni agobiar al médico de urgencias con pruebas diagnósticas de eliminación que consume mucho más tiempo y más recursos.

A ustedes corresponde, entonces, reunirse ante una pizarra y deliberar sobre posibles causas del trastorno, ordenando las exploraciones preceptivas como en esa nueva serie americana del médico huracán...

Algo parecido. Con más calma que en una consulta de urgencias (siempre, insisto, que la condición del propio paciente lo permita), tratamos de averiguar por qué le ocurre al paciente, o que se esconde tras ese cuadro sintomático que ha motivado un ingreso en urgencias. Avanzamos más deprisa, aunque de manera paulatina ahorrando tiempo y recursos. El paciente, además, colabora

de forma mas relajada. Es como una guía intermedia entre urgencias y consultas externas. Al final, hayamos un poco de todo, pero predominan los procesos oncológicos.

¿Se ven justificadas estas rapidezces desde la administración?

Por supuesto. Estos pacientes antes ingresaban en urgencias, por que era la manera mas rápida de someterlos a determinadas pruebas diagnosticas para enfermedades graves que, en consultas externas, no tenían una razón de ser. Pero no se trataba de pacientes que necesitaran un ingreso en toda regla; era, más bien, un criterio práctico...

Hoy, en cambio, las administraciones buscan precisamente descongestionar las urgencias y los ingresos no justificados, fomentar los hospitales de día y las unidades de hospitalización corta; al mismo tiempo, quieren evitar que los pacientes con procesos presuntamente graves tarden siglos en ser diagnosticados a través d consultas externas. La clave esta en la organización.

¿Alivia al paciente de urgencias que le facturen con un “vuelva usted mañana”?

En este caso si, por que le resuelven puntualmente el síntoma que le ha llevado hasta urgencias, le evitan el trauma de un ingreso para pasar por un rosario de pruebas y le posibilitan una serie de visitas concertadas que un medico con experiencia en su situación valora para emitir un diagnostico rápido y empezar tratamiento. Todo el mundo gana.

¿Cómo sabe el medico de guardia que su paciente es de diagnostico rápido?

Hay un protocolo instaurado. Pongamos por caso que ingresa un paciente con una pérdida de peso progresiva desde hace varios meses, con síntomas de

cansancio y muy pocas ganas de comer. Si no tiene fiebre alta o una anemia muy grave que aconsejen el ingreso en urgencias, se le administra un tratamiento paliativo y , ante la sospecha de que pueda estar perdiendo sangre oculta en heces, se lo deriva a la unidad rediagnostico rápido para discriminar si padece una ulcera o un cáncer gástrico.

¿Cuántos pacientes de estas características se han atendido en la unidad de diagnostico rápido del Clínico?

En cinco mese hemos diagnosticado 270 pacientes; desafortunadamente la mayoría de los diagnósticos confirmaron la presencia de un cáncer.

¿Siempre pacientes ancianos?

Muchas veces, pero no siempre. En esos 270 pacientes se cuentan individuos de más de 80 años pero también de 18 años.

¿Su hospital es el primero en instaurar ese tipo de unidades?

No. La filosofía de las unidades de diagnostico rápido nació de una artículo publicado a finales de la pasada década por la revista *The Lancet*. No tuvo una respuesta inmediata, pese a que se objetivaba la rentabilidad de ese tipo de unidades en los centros e incluso en el seno de un servicio hospitalario. A lo largo de la presente década varios hospitales españoles se han acogido a la idea. En Cataluña, el centro piloto fue el Hospital general de Granollers.

Usted no solo es un medico al que gusta diagnosticar, sino también escribir.

Desde mi etapa de residente cultivo la afición a escribir artículos de análisis sobre temas médicos. No necesariamente estudios científicos, sino aspectos de plena actualidad en la profesión. Un buen día me entere de que *The Lancet* ofrece a sus lectores (creo que es la única revista que lo hace) la posibilidad de

escribir artículos para ser publicados entre sus paginas, y probé con una información sobre los profesionales que prescriben mas medicamentos y asociamientos de los necesarios, tratando de analizar ese habito en profundidad...

Mi inglés oral no es académico, pero me defiendo bien con el idioma escrito. Me lo publicaron y luego siguieron más. Con cierta regularidad, escribo artículos para *Scienc, Natur, The British Medical Journa, jama o Th Lancet*.

¿Que es lo próximo que piensa escribir?

Un artículo sobre la ley de universidades en nuestro país, que intenta adaptarse a la normativa europea sobre la autonomía de los centros universitarios pero que fomenta una especie de endogamia perniciosa. No creo que sea bueno para la ciencia.

ESPABILANDO DIAGNOSTICOS

En Cataluña son ya unos cuantos los hospitales que han incorporado unidades de diagnostico rápido (UDR) a su cartera de servicios. El Pius Hospital de Valls, por ejemplo, llevo a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de 173 pacientes diagnosticados en una UDR a lo largo 2002. La edad media de estos pacientes fue de 61 años. Derivaron los servicios de urgencias 39%, consultas externas 30%, atención primaria 18%y otros 9%. Los motivos de consulta mas frecuentes fueron dolor precordial, síndrome toxico, fiebre, anemia y fibrilación auricular .La media de visitas por paciente fue de 2,1; la demora media en la primera visita fue de 3,5 días y la del diagnostico de 5. Los facultativos

descubrieron que la UDR logro evitar el ingreso de 89 pacientes 51% sin comprometer su estado de salud.

En las conclusiones de este estudio., se subraya que las UDR disminuyen los ingresos inadecuados en el centro, mejoran la efectividad y la satisfacción profesional de los sanitarios. Con todo, se recomienda evaluar mejor los resultados de los primeros programas piloto y poner mayor énfasis en aquellos aspectos que permitan su mejora. En atención primaria, por ejemplo, la efectividad de estos programas podrían aumentar si se incorporaran guías de práctica clínica sobre los diferentes signos y síntomas de sospecha de cáncer y se investigara como aumentar la capacidad de predicción de todos sus signos, síntomas y asociaciones

Anexo nº 4.- plantilla de la recogida de datos.

Pacientes con sospecha	SI
	NO
Fecha 1a visita	
Fecha diagnostico	
Tratamiento oncológico	SI
	NO
Tratamiento quirúrgico	SI
	NO
Alta no neoplasia	SI
	NO
Fecha tto oncológico	
Fecha tto quirúrgico	
Fecha alta no neoplasia	
Tiempo demora 1v-Dx	
Tiempo demora 1v-UDD-CR	
Tiempo demora 1v-tto	
Tiempo demora 1v-alta no neo	
Especialidad	digestivo
	neumología
Procedencia derivación	urgencias
	ABS
Especialidad que deriva	Cirugía
	digestivo
	neumología
	medicina interna
	radiología
Numero visitas medicas	
Visita digestivo	SI
	NO
Visita cirugía	SI
	NO
Visita neumología	SI
	NO
Visita medicina interna	SI
	NO
Visita endocrinología	SI
	NO
Visita neurología	SI

Visita reumatología	NO
	SI
Visita cardiología	NO
	SI
Visita urología	NO
	SI
Visita orl	NO
	SI
Visita anestesia	NO
	SI
	NO

Rx tórax	SI
	NO
Eco abdominal	SI
	NO
Enema opaco	SI
	NO
TAC	SI
	NO
Colonoscopia	SI
	NO
PFR	SI
	NO
Broncospica	SI
	NO
Analítica	SI
	NO
ECG	SI
	NO
Numero pruebas complementarias	

Numero desplazamientos

Edad

Sexo

Presentado 1era V

Exitus a partir 1era V