

Programa de Calidad en la Atención de Pacientes con Infección por HIV

Leonardo Lourtau, Eduardo Perez, Marcelo Losso.

Servicio de Inmunocomprometidos. Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

Introducción

El monitoreo sistemático de la calidad, junto con la identificación de oportunidades de mejora, la corrección de procesos y la educación médica continua, redundan en beneficios para la atención de las personas y permite optimizar los recursos de manera de brindar atención médica más eficaz.

En este contexto, en el servicio X del Hospital JM Ramos Mejía hemos comenzado a partir de principios del año 2004, con la implementación de un programa de mejora continua, basado inicialmente en el diagnóstico de situación, la elaboración y adaptación de guías de práctica clínica para la atención de personas viviendo con VIH/Sida y monitoreo continuo de la calidad, incluyendo encuestas de satisfacción de usuarios, implementación de un sistema de quejas y denuncias y el desarrollo de indicadores de desempeño aplicados a la atención de pacientes VIH (+).

En la actualidad, los recursos destinados al cuidado de la salud no son ilimitados, la atención médica eficiente, basada en un programa eficaz de gestión y calidad, redundan en beneficios para los pacientes, disminuye los costos y la posibilidad de error médico. La mejora de la calidad también beneficia al equipo de salud involucrado.

Los conceptos de calidad en salud, han evolucionado a lo largo del tiempo. En principio se trataba de un control de calidad, de esta manera se certificaban servicios y prestaciones médicas a través de la revisión de pares, pero solo se medía el resultado. Si los resultados no eran satisfactorios, el servicio no era calificado. Los conceptos fueron evolucionando pasando por la auditoría, con metodología similar a la anterior pero continua en el tiempo, seguido por el monitoreo y la evaluación que incorporaba la corrección de los procesos erróneos promoviendo la mejora en los servicios prestados. Actualmente, los conceptos de aseguramiento de la calidad, con monitoreo y evaluación continua, ciclos de mejora y programas de mejora continua junto a la identificación de oportunidades de mejora y realización de cambios acompañados de un monitoreo constante de indicadores mensurables constituyen el concepto de calidad hacia el que se orientan las prestaciones de salud. Bajo esta premisa cobra especial importancia la calidad percibida por el usuario, en otras palabras la satisfacción.

En cuanto a los indicadores, la medición de la calidad de atención médica se basa en la medición de indicadores.

Algunos de estos indicadores, se aplican a todas las personas con HIV, en otros casos, los indicadores son de aplicación restringida ya sea por sexo, nivel de CD4, tratamiento, etc.

En base a la medición reiterada de estos indicadores, se puede establecer el desempeño, identificar niveles críticos en distintas áreas en las que el desempeño sea inadecuado y tomar acciones para revertir la situación y mejorar el desempeño en áreas individuales y global.

Objetivos del Programa

Primario

- ✓ Medir el impacto de un programa integral de aseguramiento de la calidad en un servicio de atención de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

Secundario

- ✓ Desarrollo y validación de un set de indicadores para uso en calidad de atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA
- ✓ Desarrollo de un programa de mejora continua que permita la optimización del uso de recursos

Cronograma de Desarrollo del Programa

Etapa 1: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica para la atención de personas viviendo con VIH/Sida.

Etapa 2: Desarrollo de indicadores de desempeño, enfocados a los objetivos propuestos en las guías de práctica clínica y desarrollo de indicadores de proceso.

Etapa 3: Medición basal de los indicadores.

Etapa 4: Identificación de oportunidades de mejora.

Etapa 4: Implementación de las guías de práctica clínica y de las mejoras posibles en los procesos.

Etapa 5: Proceso de educación continua para la implementación de los contenidos de la guías.

Etapa 6: Recolección y análisis de los datos siguiendo los indicadores.

Etapa 7: Desarrollo de un sistema para evaluar la satisfacción y sistema de quejas.

Etapa 8: Monitoreo continuo de los indicadores de desempeño profesional y procesos.

Etapa 9: Desarrollo de un tablero de mandos que permita solución automática de las desviaciones de proceso y el manejo de farmacia.

Etapa 1: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica para la atención de personas viviendo con VIH/Sida

Mediante la revisión de la literatura y el consenso de los profesionales del servicio, se elaborarán guías de práctica clínica para la atención de personas viviendo con VIH/Sida.

En esta etapa, se consensuarán guías sobre indicación de tratamiento, normas de seguimiento y manejo de la toxicidad, indicación de profilaxis de eventos oportunistas y manejo de la embarazada VIH reactiva.

En este proceso, será importante la participación de todos los profesionales del servicio, dado que está demostrado que el involucramiento de los profesionales en la elaboración de las guías redundará en un mejor cumplimiento de las mismas.

Etapa 2: Desarrollo de indicadores de desempeño, enfocados a los objetivos propuestos en las guías de práctica clínica y desarrollo de indicadores de proceso

Basados en las guías consensuadas, se desarrollará un set de indicadores de desempeño.

Existen indicadores de atención que son universales, es decir se aplican a toda la población de pacientes, también en el seguimiento de HIV se deben desarrollar indicadores especiales para algunas subpoblaciones, como por ejemplo las mujeres o estratificar la aplicación del criterio al nivel de CD4 en el caso de las profilaxis o el examen oftalmológico.

En cambio los indicadores de proceso que se desarrollaran evaluarán los tiempos de demora en turnos de atención, laboratorio, disponibilidad de los tratamientos en la farmacia, concordancia entre la indicación de tratamiento y el retiro de farmacia o listas de farmacia, etc.

Etapa 3: Medición basal de los indicadores

Los indicadores seleccionados en la etapa anterior, serán evaluados en una muestra seleccionada al azar mediante una tabla de números aleatorios, El tamaño muestral será calculado teniendo en cuenta la frecuencia del evento a medir.

En el caso de los indicadores de proceso se monitorizará el primer turno disponible y el indicador será los días de demora, lo mismo se realizará en cuanto a la disponibilidad de los resultados de laboratorio.

En la concordancia de farmacia, se observará el número de pacientes que cumplen con este criterio.

Etapa 4: Identificación de oportunidades de mejora

En todos los casos, los indicadores tendrán un piso de cumplimiento. Cualquier indicador que se encuentre por debajo de dicho nivel será analizado en búsqueda de mejorar la performance.

La metodología a utilizar para mejorar el cumplimiento de los objetivos será variada, incluirá luego de la identificación de las oportunidades de mejora, un proceso que incluye tormenta de ideas a fin de seleccionar la opción más adecuada para la implementación, que de acuerdo a los casos podrá ser modificación en la recolección de datos, recordatorios, avisos a los pacientes, etc.

Etapa 5: Proceso de educación continua para la implementación de los contenidos de la guías

En esta etapa, la realización de ateneos, revisiones periódicas de las guías, la elaboración de recordatorios y el refuerzo de los ítems de bajo desempeño en las clases del curso anual que se desarrolla en el servicio.

Etapa 6: Recolección y análisis de los datos siguiendo los indicadores

Se realizará la medición periódica de los indicadores seleccionados con metodología similar a la utilizada en el proceso de recolección basal. Estos datos se evaluarán globalmente, en porcentaje de cumplimiento del criterio y comparativamente con el dato recolectado a nivel basal.

Etapa 7: Desarrollo de un sistema para evaluar la satisfacción y sistema de quejas

La implementación de un sistema de quejas con instancia superior de referencia.

La disponibilidad de expresar la queja se realizará por escrito, podrá ser depositada en buzones en los consultorios y en la oficina del servicio. También estará disponible un mail para consultas y quejas.

En esta etapa, se realizará una encuesta de satisfacción de usuarios del sistema a fin de determinar el grado de satisfacción de la población atendida por el Servicio .

Etapa 8: Monitoreo continuo de los indicadores de desempeño profesional y procesos

De acuerdo a las mediciones realizadas, se medirán los indicadores en forma periódica. Los indicadores de proceso se evaluarán mensualmente.

Etapa 9: Desarrollo de un tablero de mandos que permita solución automática de las desviaciones de proceso y el manejo de farmacia.

La información específica sobre los procesos y la farmacia, automáticamente generará alertas sobre retardos en los turnos y caída por debajo del nivel crítico en el stock de farmacia. La acción a partir de estas alertas será la solicitud inmediata de la acción, aumentando las horas/consulta y generando el pedido de las drogas desde la farmacia a la coordinación.

Proceso de Mejora Continua

En cuanto a procesos específicos, las oportunidades de mejora halladas, junto con las acciones destinadas a la mejora de la calidad se detallan a continuación:

Historia Clínica:

Modificación del diseño de la historia clínica a fin de mejorar la captura de la información tanto de la historia clínica como del examen físico incluyendo cambios en la documentación de la historia de tratamiento, consultas previas con especialidades, enfermedades previas asociadas o no al HIV, eventos cardiovasculares previos e historia familiar relevante.

Inclusión en la historia clínica de recordatorios de los contenidos de las guías de práctica clínica.

Documentar si el paciente se encuentra estable/inestable en cada evolución.

La historia clínica modificada y utilizada actualmente se encuentra en el apéndice 1.

Base de Datos:

Mantenimiento de una base de datos con alertas de procedimientos específicos que deben realizarse en intervalos de tiempo precisos.

Alertas en pacientes con condición inestable

Alertas de profilaxis de acuerdo a los recuentos de CD4

Todos estos alertas, serán consignados en notas que se incluirán en la historia clínica de los pacientes.

Sistemas de Seguimiento:

Creación de una agenda de pacientes con condición inestable que deben ser referidos a programas de seguimiento intensivo de adherencia

Creación de un listado de pacientes con tratamiento antiviral inestable, con carga viral mayor a 1000 cps, que deben ser discutidos en ateneo y seguidos en el tiempo.

Consultas de casos complejos con el jefe de servicio

Revisión por el jefe de servicio/ coordinador clínico de historias clínicas al azar a fin de coordinar el seguimiento.

Acciones de Educación Médica Continua:

Elaboración y discusión de guías de práctica clínica con todos los involucrados en la atención de pacientes.

Ateneos semanales con discusión de pacientes internados y ambulatorios, con elaboración de plan de seguimiento y terapéutica que se incluirá en la historia clínica del paciente.

Revisión y discusión con los concurrentes de las acciones tomadas con pacientes en seguimiento ambulatorio e internados.

Participación en jornadas nacionales, congresos nacionales e internacionales, como asistentes y mediante la presentación de trabajos de investigación

Organización de cursos de posgrado con participación activa del personal involucrado en la atención de pacientes, como disertantes y como asistentes.

Participación en las reuniones educativas de la Sociedad Argentina de Sida.

Ateneos multidisciplinarios de revisión bibliográfica de temas relacionados a VIH/Sida con periodicidad semanal.

Revisión por el jefe de servicio/coordinador clínico de historias clínicas al azar a fin de mejorar la calidad del documento, identificar fallas sistemáticas, corregir errores y mejorar el seguimiento.

Programa de Concurrencia en HIV/Sida: Este programa de formación integral es el primero que se implementa en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, cuenta con la aprobación de la Dirección de Capacitación, dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad y se encuentra actualmente en su tercer año de desarrollo. En el apéndice 2 se adjunta el programa de la concurrencia.

Educación para Pacientes:

Elaboración y distribución de información específica a personas viviendo con VIH/Sida.

Educación sobre efectos adversos del tratamiento antiviral.

Reuniones participativas entre pacientes y el equipo de salud.

Distribución de información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antiviral y de las profilaxis de eventos oportunistas.

Mayor participación en el cuidado de los pacientes del personal de farmacia que se encarga del programa de adherencia (ya en funcionamiento en nuestro centro).

Accesibilidad:

Disponibilidad de solicitud telefónica de turnos.

Horario ampliado de consultas médicas que abarca mañana y tarde.

Diferenciación de consultas de primera vez, seguimiento y recetas. Se organizó la agenda de consultorio a fin de coordinar dos turnos diarios para la atención de pacientes de primera vez. De esta forma la disponibilidad de turnos para consulta de primera vez será más eficiente.

Turno inmediato para recetas. Elaboración de un carnet de prescripción (Apéndice 3), que cuenta con espacio para 4 prescripciones, de esta manera se agiliza la provisión de medicación y el carnet debe renovarse en la consulta médica.

Coordinación de visitas médicas con visitas de seguimiento de adherencia, retiro de medicación de farmacia y extracción de laboratorio.

Medición del desempeño:

Revisión al azar de historias clínicas, tomando como parámetro el cumplimiento de los indicadores. El monitoreo será continuo y con periodicidad mensual.

Revisión específica de los pacientes de la lista de inestables a fin de valorar el cumplimiento de objetivos individualizados.

Revisión de historias clínicas con el jefe de servicio/coordinador clínico.

Modificación o desarrollo de nuevos indicadores de acuerdo a la evolución y aceptación de las guías de práctica clínica.

Revisión multidisciplinaria de las historias con hallazgos a fin de elaborar un plan específico de corrección de errores sistemáticos en el seguimiento.

Evaluación de satisfacción del usuario mediante la realización de una encuesta de satisfacción (Apéndice 4). Esta encuesta se realizará cada 6 meses a los pacientes que asisten al consultorio externo del Servicio .

Medición de Indicadores Basales:

Los indicadores fueron seleccionados en base a revisión bibliográfica y tomando como modelo y adaptando los indicadores utilizados en el programa HIVQual. Este programa con base en Nueva York, evalúa y compara resultados de programas de cuidado de personas viviendo con HIV/Sida en los Estados Unidos. Los indicadores fueron acotados, modificados y eliminados en base a la discusión de consenso que se llevó a cabo entre los especialistas del servicio.

Los indicadores de calidad de prestación incluidos en la evaluación, y los criterios para determinarlos como cumplidos fueron los siguientes:

- ✓ Examen físico: Debe estar consignado en la historia clínica el examen físico inicial y anual.
- ✓ Estatura y Peso corporal: Debe consignarse inicialmente la estatura y el peso y al menos debe existir consignación de al menos un peso por año en la historia clínica.
- ✓ Rutina de laboratorio: Debe constar en la historia clínica la evaluación basal y anual con laboratorio de rutina.
- ✓ Laboratorio basal que incluya serologías de hepatitis, Chagas, toxoplasmosis y VDRL.
- ✓ Perfil lipídico: Colesterol, HDL, LDL, Triglicéridos deben estar consignados al inicio del seguimiento y al menos una vez al año.
- ✓ Examen ginecológico: Todas las mujeres deben tener al menos una vez al año evaluación ginecológica con PAP y eventual colposcopia. Los datos de esta evaluación deben constar en la historia clínica de la paciente. Las pacientes mayores de 50 años deben tener evaluación mamográfica anual. Aquellas con evidencia en la historia clínica de antecedentes familiares de peso deben comenzar con evaluaciones mamográficas precozmente.
- ✓ Los pacientes con más de tres meses de seguimiento deben tener constancia en la historia clínica de haber iniciado esquema de vacunación para hepatitis B o en su defecto antecedentes de vacunación previa, dosaje de anticuerpos que demuestren protección contra hepatitis B o antecedentes de haber padecido la enfermedad con evidencia serológica.
- ✓ Los pacientes con elevación de lípidos de acuerdo a las guías vigentes, deben tener constancia en la historia clínica de acciones correctivas (ej: prescripción de dieta, ejercicio o indicación de medicamentos hipolipemiantes).
- ✓ Todos los pacientes deben tener al menos una evaluación odontológica anual consignada en la historia clínica.
- ✓ Carga viral y CD4 deben ser medidos en la evaluación basal (antes de los 3 meses) y por lo menos dos veces al año.
- ✓ Indicación de profilaxis: La indicación de profilaxis siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica deben estar consignadas en la hoja de tratamiento y ser adecuadas al último valor de CD4 del paciente.
- ✓ Criterios de Estabilidad:
 - Los pacientes sin tratamiento antiviral con más de 250 células CD4 son considerados estables.
 - Los pacientes con menos de 250 CD4 deben encontrarse bajo evaluación para iniciar tratamiento antirretroviral.
 - Los pacientes con cualquier valor de CD4 y tratamiento antiviral deben tener menos de 1000 copias de carga viral para ser considerados estables.

- Los pacientes con opciones de tratamiento limitadas y con carga viral mayor a 1000 copias son considerados estables si hay mención de esta situación en las evoluciones de la historia clínica.

Para los pacientes considerados inestables deben consignarse acción en la historia clínica (ej: intervención de adherencia, solicitud de laboratorio de confirmación, cambio de tratamiento).

- ✓ Tabaquismo: Los pacientes con antecedentes de tabaquismo deben tener consignado en la historia clínica consejería sobre abandono de tabaco.
- ✓ Abuso de sustancias o alcohol: Los pacientes con antecedentes de abuso de drogas, deben tener consignada en la historia clínica interrogatorio sobre consumo actual. Si existe consumo actual debe consignarse la derivación para intervención de consejería y reducción de daño.
- ✓ Concordancia con el registro de farmacia: Se evaluó la concordancia entre el tratamiento consignado en la historia clínica y en la solicitud de antivirales en el listado de farmacia. Esta concordancia debe incluir todas las drogas antivirales y de profilaxis, incluyendo las dosis mensuales de cada una de ellas.

En futuras mediciones se incluirán nuevos indicadores como la prevención de transmisión de HIV, haciendo hincapié en el uso de preservativo.

Actualmente se encuentra en desarrollo de un set de indicadores que permita el monitoreo de la calidad de prestación en el Centro de Prevención, Aconsejamiento y Testeo (CePAD), que funciona en nuestro servicio, mejorar la calidad de una prestación orientada fundamentalmente a la prevención.

Resultado de la evaluación basal y comparación con la primera medición de monitoreo, luego de las intervenciones de mejora antes consignadas

Introducción

A continuación, se detallan los resultados de la evaluación basal y la primera evaluación de monitoreo luego de la implementación del programa de aseguramiento de la calidad y la intervención multifacética que incluyó las acciones detalladas en la sección anterior. En algunos indicadores seleccionados, se muestran los resultados de la medición de ajuste, realizada durante el mes de enero de 2005, con pacientes que asistieron a una consulta programada en dicho mes.

Consideramos documento fuente a la historia clínica

Población estudiada

Para la evaluación de los indicadores se tomó una muestra de pacientes que asistieron a consultas programadas en los periodos de estudio. Los pacientes que a ser incluidos en cada evaluación se seleccionaron en base a una tabla de números aleatorios. El tamaño muestral fue calculado en base a la representatividad sobre el total de las consultas en dicho periodo.

Intervalo temporal

Las mediciones fueron realizadas en distintos momentos:

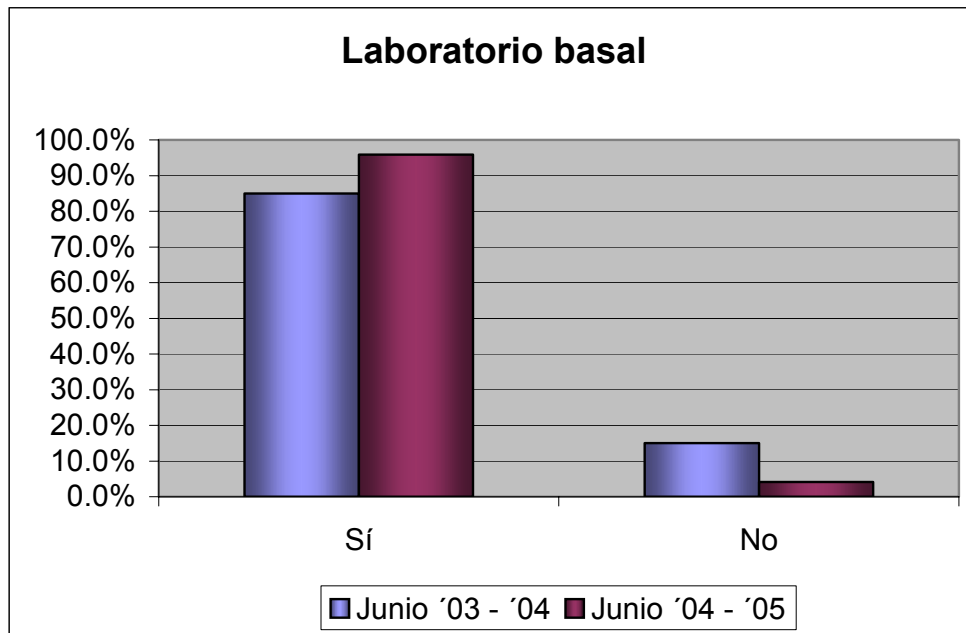
- ✓ **Medición Basal:** Realizada en pacientes que tuvieron visitas programadas entre los meses de junio de 2003 y Junio de 2004.
- ✓ **Medición de ajuste y prueba:** En pacientes que tuvieron consulta programada en enero de 2005
- ✓ **Medición de monitoreo:** En pacientes que tuvieron consultas programadas luego de la implementación del programa, entre junio de 2004 y Junio de 2005.

Laboratorio

La evaluación del pedido de laboratorios fue diferenciada según se trataba de pacientes ingresados o pacientes que eran atendidos desde antes del período estudiado

Laboratorio de pacientes ingresados

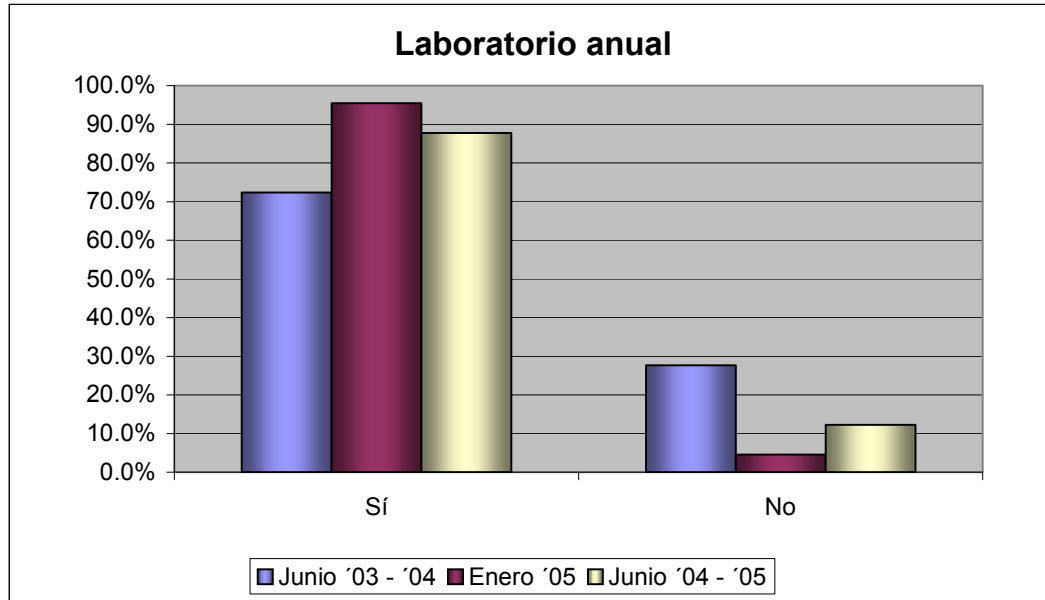
Se consideró al indicador como cumplido cuando se pidió un laboratorio básico en el primer mes de seguimiento.



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	17	85,0%	23	95,8%
No	3	15,0%	1	4,2%
Total	20	100,0%	24	100,0%

Laboratorio de pacientes en seguimiento

Se consideró como cumplido al indicador cuando la historia clínica detalla al menos un laboratorio durante el período estudiado.



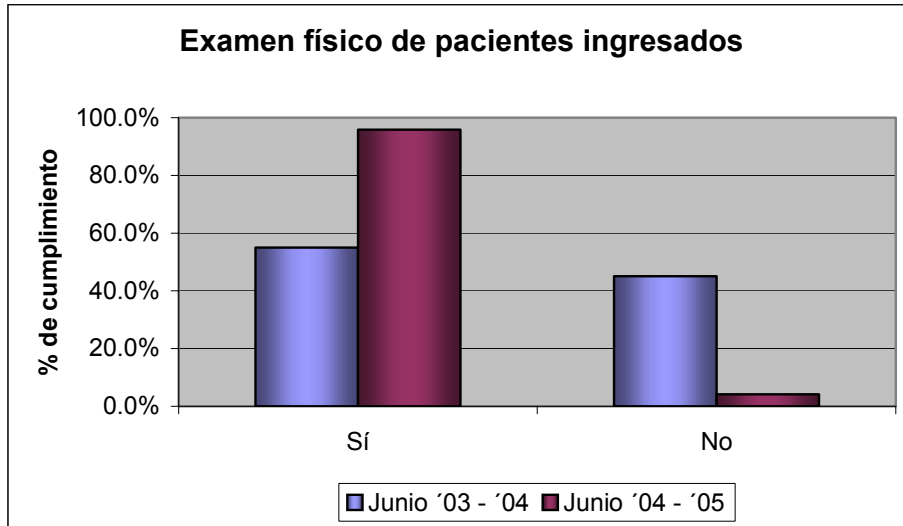
	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	68	72,3%	21	95,5%	73	81,1%
No	26	27,7%	1	4,5%	11	12,2%
Se pidió pero no se hizo		0,0%		0,0%	6	6,7%
Total	94	100,0%	22	100,0%	90	100,0%

La cantidad de laboratorios indicados fue estratificada según se trata de un paciente incluido en un protocolo o no.

Examen físico

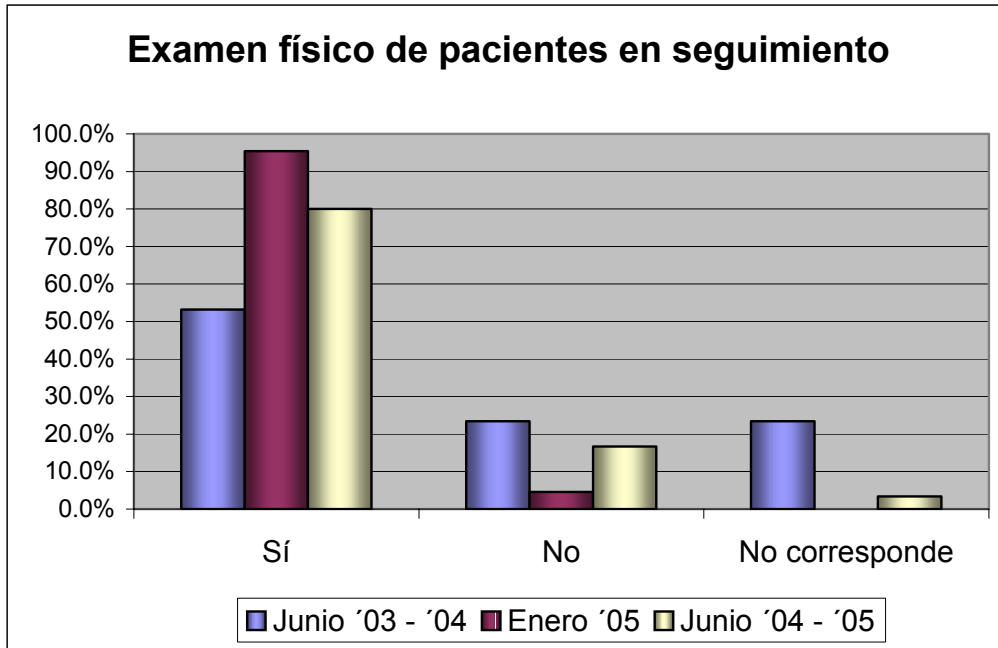
Examen físico de pacientes ingresados

Se considera al indicador como cumplido cuando se encuentra explicitado en la historia clínica la realización de un examen físico completo en las primeras dos visitas.



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	11	55,0%	23	95,8%
No	9	45,0%	1	4,2%

Examen físico de pacientes en seguimiento

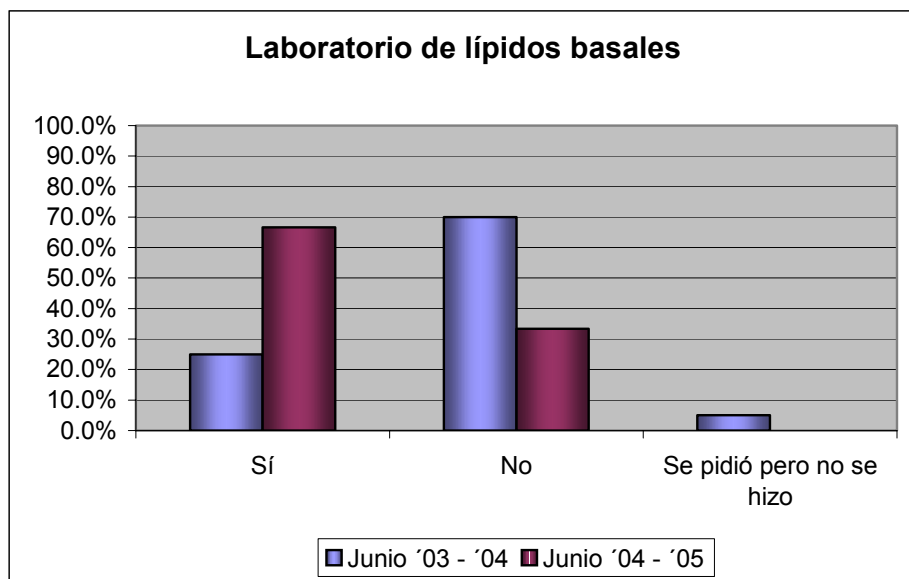


	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	50	53,2%	21	95,5%	72	80,0%
No	22	23,4%	1	4,5%	15	16,7%
No corresponde	22	23,4%		0,0%	3	3,3%

Control y seguimiento de alteraciones del metabolismo lipídico

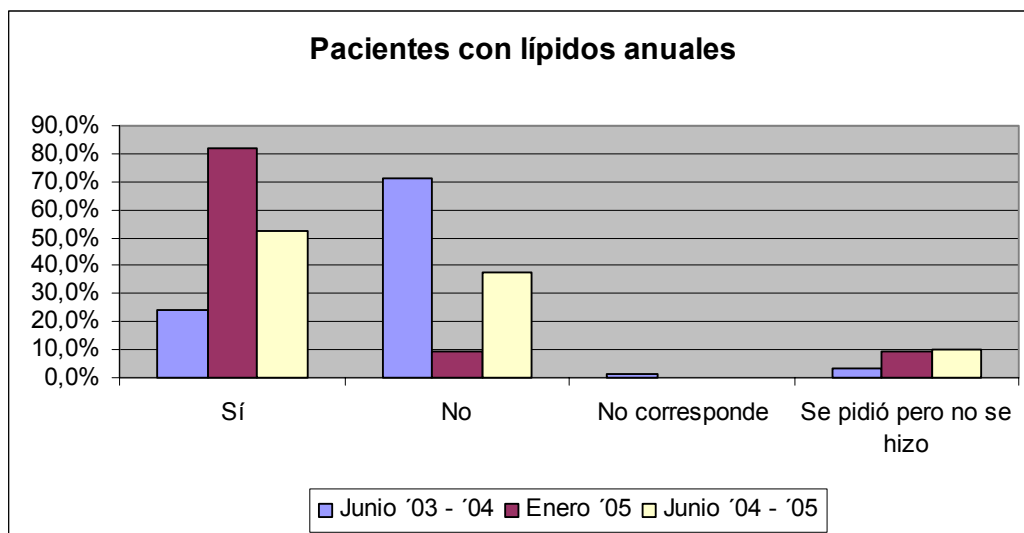
Las personas con infección por HIV, presentan alteraciones lipídicas y endoteliales que aumentan el riesgo de presentar eventos cardiovasculares. Esta situación es más evidente en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con esquemas de alta eficacia, donde el riesgo de infarto se correlaciona con los años acumulados de tratamiento como un factor independiente asociado. En este contexto es particularmente importante el monitoreo y tratamiento adecuado de acuerdo a las guías de práctica clínica de las alteraciones lipídicas.

Laboratorio de lípidos basales: se consideró como cumplido cuando el paciente tuvo un laboratorio específico de lípidos dentro de los 6 meses de ingresado.



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	5	25,0%	16	66,7%
No	14	70,0%	8	33,3%
Se pidió pero no se hizo	1	5,0%		0,0%

Control Anual de lípidos en pacientes en seguimiento



	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	23	24,5%	18	81,8%	47	52,2%
No	67	71,3%	2	9,1%	34	37,8%
No corresponde	1	1,1%		0,0%		0,0%
Se pidió pero no se hizo	3	3,2%	2	9,1%	9	10,0%

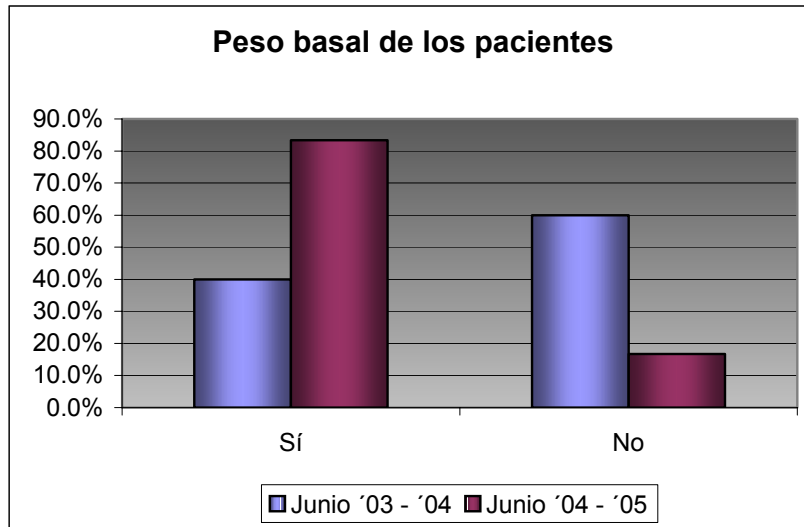
Tratamiento para lípidos en pacientes en seguimiento

En la siguiente tabla, se muestran los datos obtenidos en los pacientes en seguimiento en cuanto a diagnóstico y tratamiento de las alteraciones lipídicas.

	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Requiere tratamiento, no indicado	8	34,8%		0,0%	2	4,3%
Requiere tratamiento, indicado	2	8,7%	3	16,7%	10	21,3%
No requiere tratamiento	13	56,5%	15	83,3%	35	74,5%

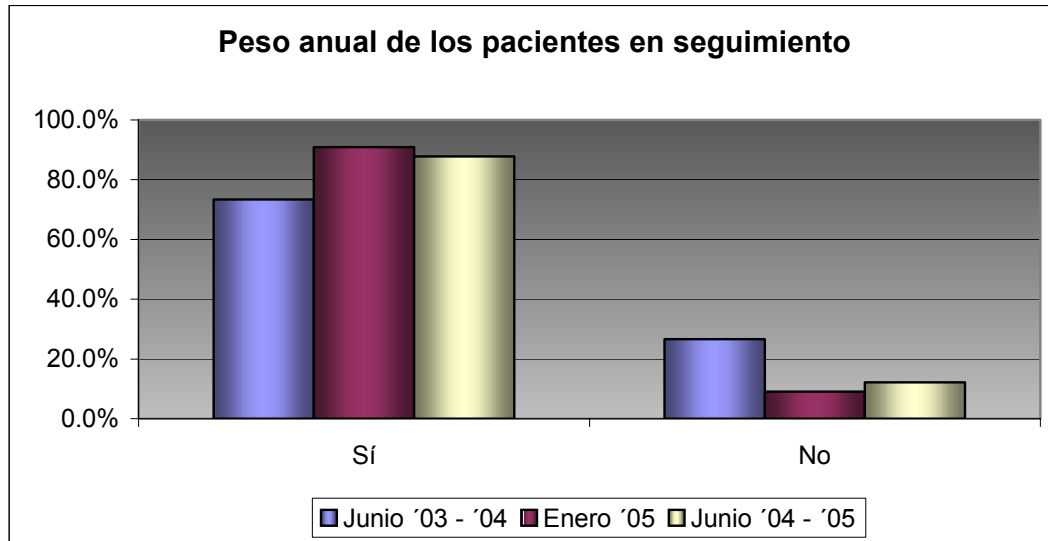
Peso

Peso basal



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	8	40,0%	20	83,3%
No	12	60,0%	4	16,7%

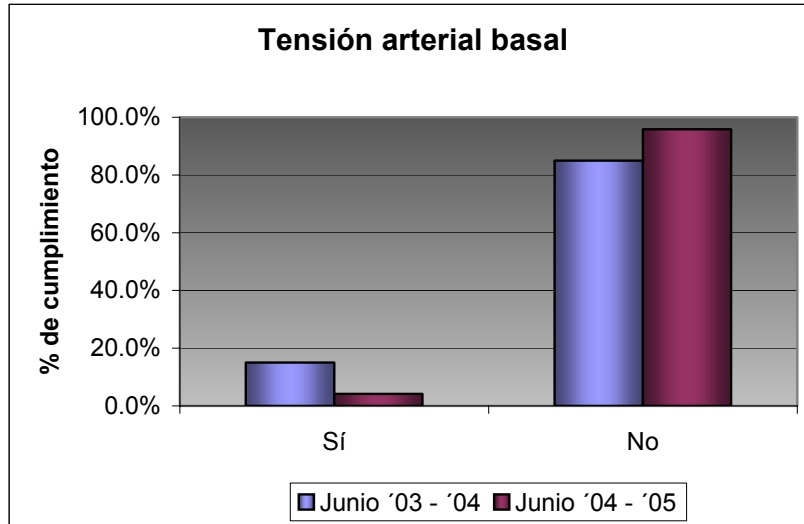
Peso anual



	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	69	73,4%	20	90,9%	79	87,8%
No	25	26,6%	2	9,1%	11	12,2%

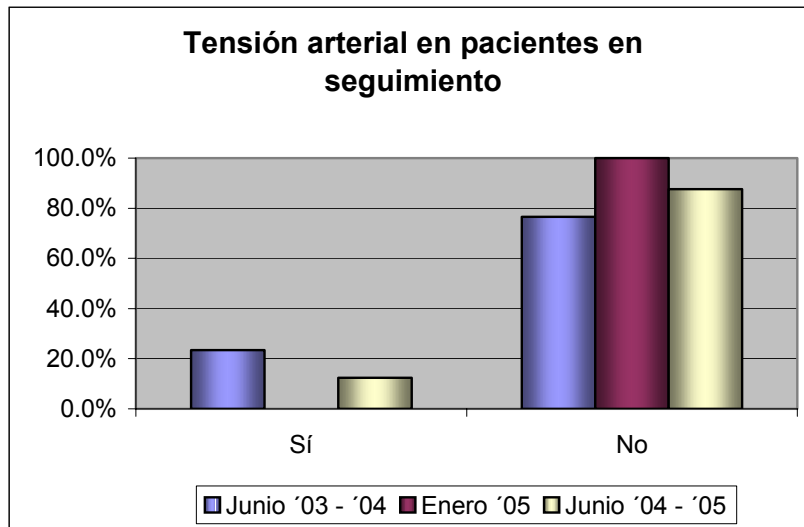
Tensión arterial

Tensión arterial basal



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	3	15,0%	1	4,2%
No	17	85,0%	23	95,8%

Tensión arterial en pacientes en seguimiento



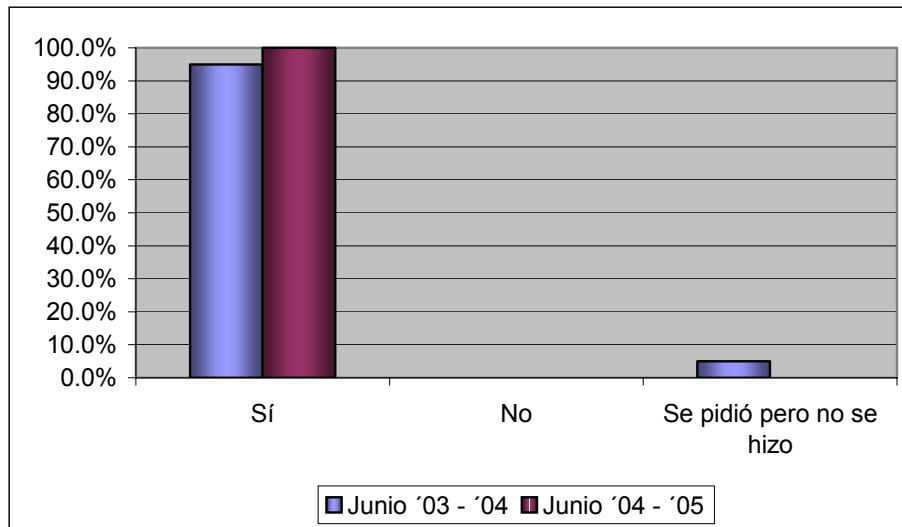
	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	22	23,4%		0,0%	11	12,4%
No	72	76,6%	22	100,0%	78	87,6%

Estado Inmunológico y determinaciones de Carga Viral

Para considerar cumplido este criterio, los pacientes en la evaluación basal deben cumplimentar el requisito de tener al menos una carga viral y recuento de células CD4 dentro de los tres primeros meses.

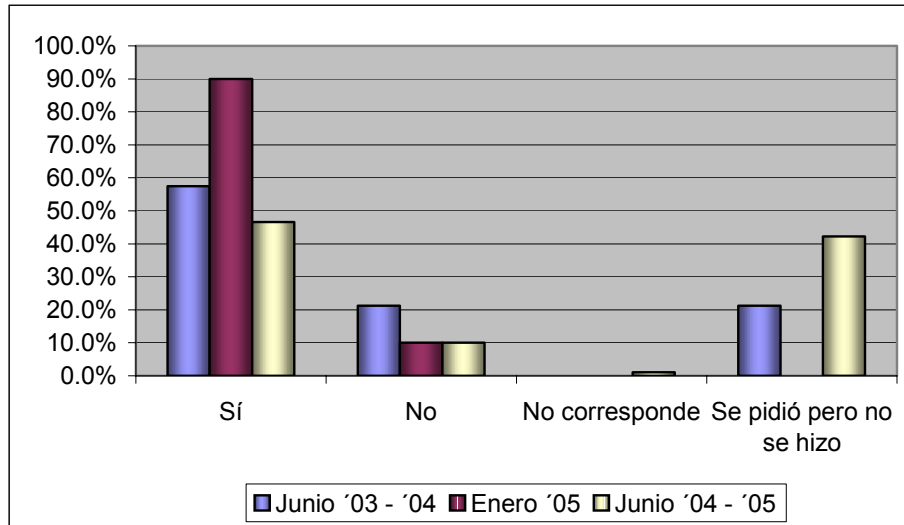
En el seguimiento al menos debe realizarse una determinación cada 6 meses.

CD4 y Carga Viral basal en pacientes ingresados



	Junio '03 - '04		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%
Sí	19	95,0%	24	100,0%
No		0,0%		0,0%
Se pidió pero no se hizo	1	5,0%		0,0%

CD4 y Carga Viral en pacientes en seguimiento

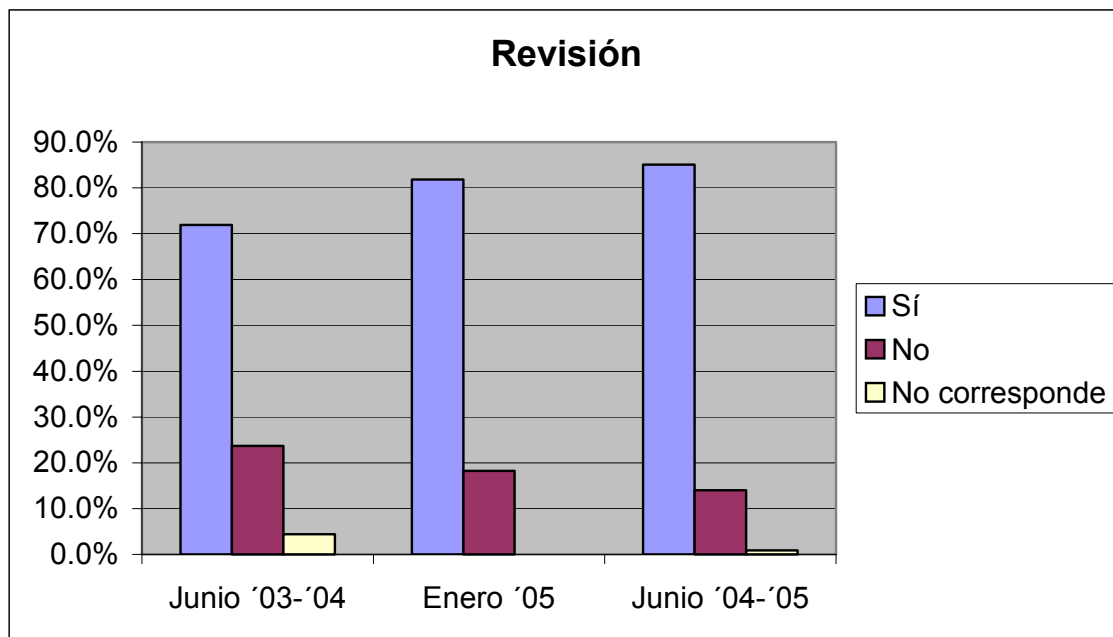


	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	54	57,4%	18	90,0%	42	46,7%
No	20	21,3%	2	10,0%	9	10,0%
No corresponde		0,0%		0,0%	1	1,1%
Se pidió pero no se hizo	20	21,3%		0,0%	38	42,2%

Plan basal

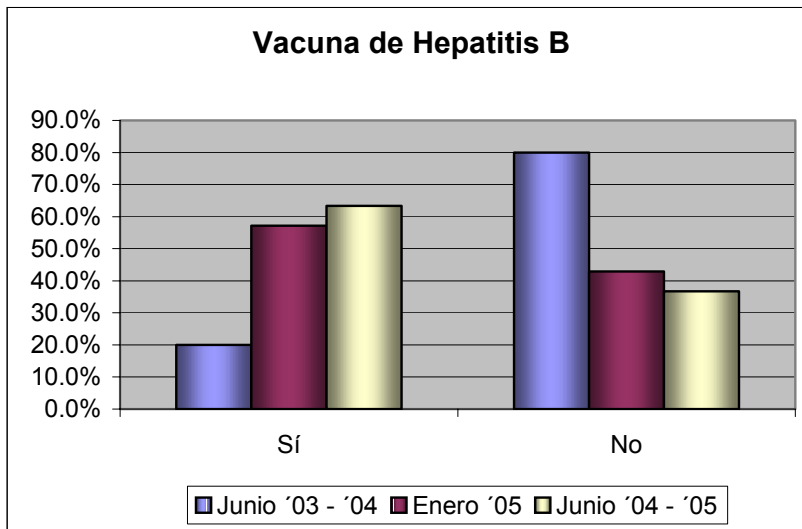
Revisión

Aquí se analiza la revisión sistemática del plan de seguimiento de los pacientes que viven con HIV. Se considera como cumplido la presencia en el documento fuente de al menos un plan de seguimiento cada tres meses. Se considera como "No corresponde" a la imposibilidad de aplicar el criterio antes descrito.



	Junio '03-'04		Enero '05		Junio '04-'05	
Sí	82	71,9%	18	81,8%	97	85,1%
No	27	23,7%	4	18,2%	16	14,0%
No corresponde	5	4,4%	0	0,0%	1	0,9%

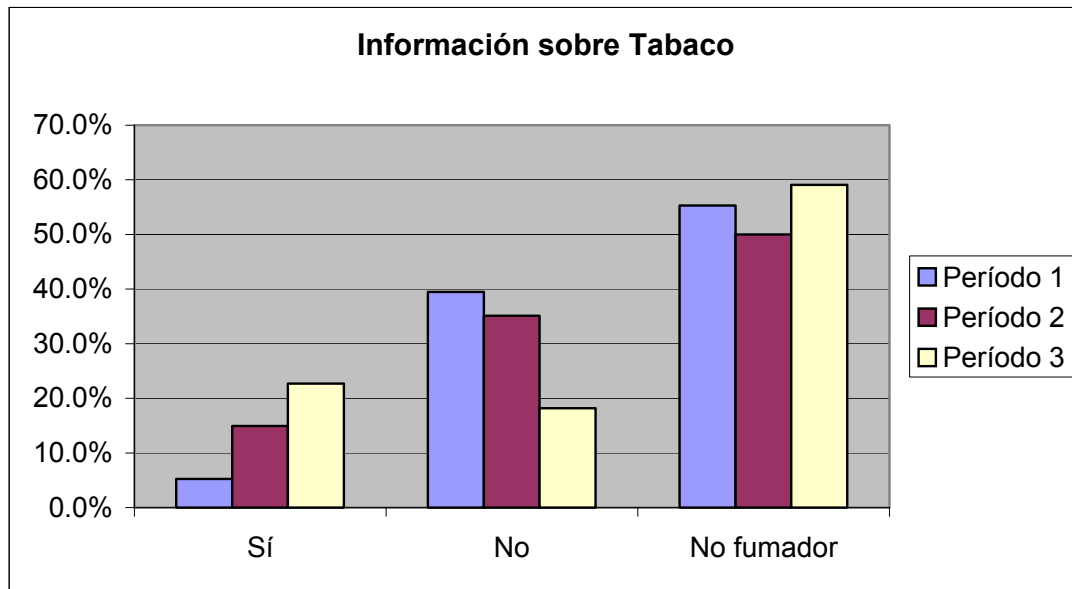
Vacuna HBV



	Junio '03 - '04		Enero '05		Junio '04 - '05	
	n	%	n	%	n	%
Sí	15	20,0%	8	57,1%	38	63,3%
No	60	80,0%	6	42,9%	22	36,7%
Total	75	100,0%	14	100,0%	60	100,0%

Información sobre tabaco

En este ítem se determina la intervención del médico en el hábito tabáquico del paciente. Se considera como cumplido cuando se ha explicitado en la historia clínica el consejo de dejar de fumar



	Junio 03-04		Enero		Junio 04-05	
Sí	6	5	22,7%	5,3%	17	14,9%
No	45	4	18,2%	39,5%	40	35,1%
No fumador	63	13	59,1%	55,3%	57	50,0%

Discusión:

Actualmente y con los tratamientos disponibles, la infección por VIH/Sida constituye una condición médica tratable con muy buenas expectativas de sobrevivida a mediano y largo plazo. La complejidad de tratamientos antivirales y la necesidad de profilaxis de eventos oportunistas junto con el manejo de las toxicidades y la prevención de la adquisición perinatal de la infección, exigen que los programas de atención de personas con infección por HIV tengan al igual que otras especialidades estándares de cuidado y programas que aseguren que se cumplen las premisas necesarias para el cuidado de estos pacientes.

El aseguramiento constituye un elemento básico en la prestación de servicios de salud.

En nuestro país no existe un organismo que se encargue de evaluar la calidad de prestadores de salud que brinden sus servicios a personas que vivan con HIV.

En este contexto, las iniciativas particulares de cada servicio son necesarias para mejorar la calidad de servicio e impactar sobre la satisfacción de los usuarios.

Nuestro programa de calidad tiene un inicio reciente. Comenzó en el año 2004, como una iniciativa del Servicio , en la cuál rápidamente se comprometieron todos los integrantes del equipo, incluyendo el personal médico, los asistentes, el personal de psicopatología, farmacia y enfermería.

El trabajo multidisciplinario y la interacción fructífera con otros servicios del hospital, brindó los resultados que se presentan en el presente estudio.

Las mejoras iniciales, en un programa de calidad, probablemente denuncian el subregistro previo en la historia clínica. El consenso logrado en la discusión de las guías de práctica clínica, haciendo hincapié en la necesidad de las acciones preventivas y correctivas, será responsable de las futuras mejoras. En nuestro estudio, la mayoría de los indicadores mejoraron, la disminución del subregistro, apoyado en el desarrollo e implementación de la nueva historia clínica con recordatorios, seguramente influyó en nuestros resultados.

La medición de la tensión arterial mostró un retroceso en cuanto a la consignación de la medición en la historia clínica, evaluando las posibilidades de este hallazgo, encontramos dos situaciones, por un lado comenzó a consignarse la tensión arterial en una base de datos externa, separada de la historia clínica lo cual seguramente influyó en la caída de registro y el extravió del tensiómetro en los consultorios externos del servicio

Las intervenciones multifacéticas que incluyen el compromiso multidisciplinario, con desarrollo y/o adaptación de guías de practica clínica consensuadas, monitoreo continuo del desempeño, en el contexto de un proceso de mejora continua de la calidad junto con la medición de la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios del sistema son elementos que han probado ser eficaces en la mejora de la calidad de atención médica.

Actualmente, existen distintos programas en el mundo dedicados a la mejora de la calidad de atención de personas viviendo con VIH/Sida. Como ejemplo vale citar los programas de calidad de atención de VIH en la ciudad de Nueva York (HIVQual) y los programas de desarrollo de estándares de calidad y acreditación de la Organización Mundial de la Salud.

Existe un documento de la OMS, que recomienda los requerimientos mínimos necesarios para la acreditación de servicios que presten atención a personas viviendo con VIH/Sida. Este documento fue elaborado a instancias de la OMS y contando con el aporte de distintos consultores. Hace hincapié en los lineamientos básicos para la calidad, estándares y acreditación de servicios que atiendan personas con VIH/Sida.

Nuestro trabajo, mostrando los datos obtenidos en la fase inicial de un programa de aseguramiento de la calidad de atención médica en personas viviendo con HIV/Sida, muestra que es posible generar una mejora en los indicadores de calidad de atención. Esta mejora esperamos se traduzca en una utilización más eficaz de los recursos beneficiando a los usuarios del sistema de salud.

Bibliografía

1. Kates J, Sorian R, Crowley JS, Summers TA. Critical policy challenges in the third decade of the HIV/AIDS epidemic. *Am J Public Health* 2002; 92:1060-1063.
2. The HIV Quality Care program of AIDS Institute New York State Department of Health. http://www.hivguidelines.org/public_html/qoc-program/qoc-program-book-04.pdf
3. WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care (2004: Geneva, Switzerland) Standards for quality HIV care: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/standardsquality.pdf.
4. Harris, A.M., and Schubert, J.G. "Defining 'quality' in the midst of HIV/AIDS: ripple effects in the classroom." American Institutes for Research, Washington, DC, 2001.
5. Trevino, L; Robbins, A Quality Assurance of HIV Prevention Services in Texas. 1999 National Hiv Prevention Conference. Abstract 95.
6. The Australian Government's Overseas Aid Program. HIV/AIDS Treatment and Care Evaluation of the Thailand–Australia HIV/AIDS Ambulatory Care Project Quality Assurance Series No. 28 December 2001.
7. London B, Wilson I, Mcinnes K y col. Effects of quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection. *Ann. Int. Med.* 2004; 140:887-896.
8. McGlynn E, Asch S, Adams J y col. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N. Eng. J. Med.* 2003; 348:2635-2645.