

Seguimiento y evaluación para una mejor calidad de asistencia.

Las actividades del FNR se basan en solicitudes de procedimientos realizadas por los médicos tratantes. Esas actividades atraviesan diferentes etapas en un proceso de autorización, que culmina con la realización del procedimiento, lo que genera un resultado (Figura 1).



Figura 1

Objetivos

El programa de seguimiento del FNR se desarrolló con los siguientes objetivos: a) Conocer y evaluar los resultados nacionales y de cada centro (IMAE) en los diferentes procedimientos que financia el FNR. b) Analizar dichos resultados en el contexto nacional, regional e internacional. c) Generar información que retroalimente el sistema; dicha información está orientada a los pacientes, a los técnicos de los IMAE, a los técnicos del FNR y a los del sistema de salud en general.

De los objetivos señalados, se desprende de la importancia del rigor metodológico a utilizar tanto en la obtención de los datos como en su procesamiento y en su análisis posterior.

Metodología utilizada

1. Diseño de los estudios y poblaciones estudiadas.

Se constituyó un equipo multidisciplinario, integrado por médicos, licenciados de enfermería, un equipo de técnicos especializados en metodología de la investigación y bioestadística, asistentes sociales y ha contado además con la colaboración de diversos técnicos del FNR, tanto del área médica como de otras áreas, especialmente del sector de registros médicos.

En función del procedimiento a evaluar se ha optado por diferentes diseños para la ejecución del estudio.

Se han utilizado diseños prospectivos, de una única cohorte o de cohortes. Como ejemplo citaremos las dos evaluaciones realizadas de los resultados de artroplastia de cadera y rodilla. En estos estudios, se incluyeron todos los pacientes intervenidos en un periodo de tiempo dado, y se evaluaron los resultados utilizando indicadores de la situación funcional, de la calidad de vida y de incidencia de infecciones de sitio quirúrgico.

En otras situaciones se han realizado estudios de una cohorte histórica (o retrospectivos), en los cuales se incluyó una población a la cual se le había realizado un procedimiento en determinado periodo de tiempo (implante de marcapaso durante el año 2001; criterio de inclusión en la población en estudio) y se evaluaron los resultados en forma prospectiva hasta mediados de 2003 (uno a dos años de "seguimiento"). La ejecución del estudio y análisis de los resultados se realizó en el segundo semestre del 2003.

Para conocer la prevalencia de determinadas patologías, se utilizaron diseños transversales; este tipo de estudio se rea-

lizó recientemente para estimar la prevalencia de colonización por Enterococo Resistente a Vancomicina en pacientes en hemodiálisis crónica.

En cuanto a la definición del tamaño poblacional, en algunos estudios se incluyó a la totalidad de los casos en los cuales se realizó un procedimiento; ejemplos de ello son:

- Seguimiento de la totalidad de los pacientes con implantes de cardio-desfibriladores desde el inicio de la cobertura de este procedimiento por el FNR.

- Seguimiento de la totalidad de los trasplantes de médula ósea.

En otros casos, la población en estudio incluyó la totalidad de los procedimientos realizados durante un periodo de tiempo dado; ejemplos son:

- Seguimiento de la totalidad de las cirugías de revascularización coronaria realizadas durante tres meses del año 2000.
- Seguimiento de artroplastia de cadera y de rodilla.

En otros estudios se definió la población con iguales criterios pero se procedió a realizar un muestreo aleatorio. Esta metodología permite estimar diferentes parámetros que se desean conocer sin estudiar la totalidad de la población. En algunos casos el muestreo fue estratificado, considerando a los IMAE, como variable de estratificación, de manera que la muestra de cada IMAE, fuera representativa del mismo; a su vez el conjunto de la muestra fue representativa de la población global. Este diseño de muestreo aleatorio estratificado se utilizó, por ejemplo, para conocer los resultados de angioplastia coronaria e implante de stent financiados por el FNR durante el año 1999.

2. Fuentes de Datos.

En su funcionamiento habitual el FNR recibe información a través de varias fuentes de datos para su sistema de registros médico-administrativos. Esta información fue utilizada, pero además se desarrollaron mecanismos para completarla, mejorarla y en algunos casos validarla. La información de la situación del paciente previamente a la realización del procedimiento ingresa a través del proceso de solicitud; incluye datos patronímicos, datos referentes a la enfermedad que motiva el procedimiento (síntomatología, estudios paraclínicos, etc.), antecedentes generales y los vinculados a la enfermedad, oportunidad y tipo de procedimiento propuesto.

Una vez autorizado y realizado el procedimiento, los IMAE, envían información referente al mismo y de la evolución inmediata del paciente, habitualmente hasta el momento del alta del IMAE.

Esta información se ha complementado para los trabajos de seguimiento con: visitas a los pacientes durante la intervención,

- seguimiento telefónico,
- revisión de historias clínicas cuando el paciente fue reinternado,
- datos de fallecimientos obtenidos de los registros de defunciones.

3. Indicadores evaluados.

Los trabajos de seguimiento se han dirigido fundamentalmente a indicadores de resultado y a indicadores de proceso.

Los indicadores de resultado elegidos se han adecuado al procedimiento que se estaba estudiando. Los más utilizados han sido:

- Mortalidad vinculada al procedimiento, considerada al alta o a los 30 días del mismo;
- Sobrevivencia a mediano y largo plazo, evaluada a los 6 meses, al año o a los tres años;
- Infección vinculada al procedimiento, evaluando fundamentalmente la incidencia de infección de sitio quirúrgico en cirugía cardíaca, cirugía de implante de prótesis articular (rodilla y cadera);
- Calidad de Vida;
- Resultados Funcionales;
- Resultado del procedimiento (éxito o fracaso);
- Readmisiónes.

Algunos indicadores de proceso se han adecuado al procedimiento estudiado. Por ejemplo: a) se analizó el tiempo de demora entre la fractura y la realización de la artroplastia en los casos de fractura de cadera, b) se estudió la realización de profilaxis antibiótica en cirugía cardíaca.

En la **Tabla 1** se observan algunos ejemplos de los estudios realizados en relación al acto terapéutico, diseño, instrumentos utilizados y parámetro evaluado.

4. Análisis de los resultados

El análisis efectuado dependió de los objetivos del estudio. Además de conocer y/o estimar diferentes parámetros para la realidad nacional y por centro (IMAE), se procedió a comparar nuestros resultados con cifras regionales e internacionales. Se debe señalar la relativa carencia de datos regionales publicados, ya que no existen en la región estudios de seguimiento que incluyan la totalidad de la población de un país. La comparación cruda de los resultados puede ignorar la existencia de variables de confusión, por lo que es necesario ajustar por riesgos. Dichas comparacio-

nes exigen la utilización de métodos estadísticos apropiados que "controlen" posibles factores de confusión (variables intervinientes que no se comportan de igual forma en las diferentes poblaciones a comparar).

En efecto, la utilización de estándares externos (internacionales) o internos (nacionales) deben tener en consideración esas posibles fuentes de error. Por procedimientos estadísticos adecuados (regresión múltiple, modelo de Cox para la comparación de sobrevivencia, etc.) se procede a ajustar los resultados y a compararlos luego entre sí.

Para algunos de los procedimientos evaluados existen modelos de ajuste del riesgo ampliamente validados (ejemplo: EuroSCORE para cirugía cardíaca); sin embargo, estos sistemas de ajuste no están disponibles o adecuadamente validados para todos los procedimientos financiados por el FNR. La comparación con cifras de otros países debe tener en cuenta también las variables de contexto incluyendo los sistemas de atención sanitaria.

Es importante también el estudio de la tendencia de los resultados, nacionales y por IMAE, a efectos de definir un "perfil evolutivo". En esta perspectiva, el objetivo final que persigue este tipo de programas de seguimiento es la mejora de la calidad asistencial en beneficio del paciente y del sistema en general, dado que la "no calidad" resulta en aumento de los costos de atención en salud.

El análisis de los datos exige como premisa fuentes de datos confiables. Por tal razón, el mantenimiento de una elevada calidad en la información que llega al FNR es de fundamental importancia para la validez y la pertinencia de las conclusiones a las que se arriban.

CONCLUSIONES:

Un sistema asistencial que tenga como objetivo la calidad de la atención del usuario y la protección de su salud debe necesariamente implementar un sistema de evaluación. Esta práctica en nuestro medio no está suficientemente difundida en ninguno de sus niveles. El FNR desde el año 2000 viene realizando este tipo de actividades que se han ido perfeccionando a través del tiempo con el apoyo de consultores internacionales quienes han señalado la pertinencia de los estudios efectuados y recomendado líneas de trabajo a seguir. **EL SEGUIMIENTO DE LOS ACTOS MÉDICOS TIENE COMO PRINCIPAL OBJETIVO LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.** Sin embargo, la falta de experiencia en este tipo de prácticas evaluativas genera temor y en algunas ocasiones opiniones encontradas. Este proceso de seguimiento y evalua-

ción del acto médico exige la comparación con estándares (internacionales, regionales y nacionales) utilizando una metodología y un procesamiento y análisis de datos que tengan en cuenta el mayor número posible de variables. La generalización de estos procedimientos redundará en una mejora de la calidad asistencial, a través de prácticas médicas sustentadas por la evidencia científica.

Premio 2005

Al desarrollo de prácticas de seguridad en la atención de pacientes

Bases y condiciones generales

- El Fondo Nacional de Recursos llama, entre los Institutos de Medicina Altamente Especializada, a la presentación de experiencias dirigidas a mejorar las condiciones de seguridad en la atención de los pacientes.
- Podrán presentarse los IMAE o los equipos de trabajo que tengan actuación en al menos un IMAE.
- A la experiencia seleccionada se le asignará un premio en equipamiento o software informático. El Tribunal podrá adjudicar menciones a las propuestas que considere destacables por su interés científico o asistencial.
- Las propuestas deberán presentarse en el Fondo Nacional de Recursos (18 de julio 985 4° piso de Galería Cristal) antes del 31 de octubre de 2005. En la misma dirección se podrán retirar las bases del llamado.

Reorientación del Programa de Tabaquismo

El **tabaquismo** es uno de los factores de riesgo principales en afecciones que financian el FNR y a las que destina considerables recursos. El FNR ha liderado y desarrollado programas viables y efectivos para la población con muy buenos resultados.

En el futuro, el FNR potenciará su trabajo coordinando con instituciones públicas y privadas diversas acciones como cursos más frecuentes y descentralizados, formación de "coordinadores de programas de cesación de tabaquismo", respaldo de información y seguimiento, entre otros.

Hasta el 31 de diciembre de 2005 el FNR seguirá apoyando con medicación a los programas que implementen las instituciones, ésta se entregará directamente a los pacientes que se acrediten mediante receta firmada por médico habilitado. A partir del 1° de enero del 2006, la medicación pasará a ser entregada directamente en las instituciones públicas o privadas que estén desarrollando los programas de cesación.

El FNR se concentrará exclusivamente en la actividad dirigida a los pacientes que se captan a partir de un evento coronario cubierto por la institución. Y el resto de los interesados serán derivados a las instituciones públicas o privadas, para acortar la lista de espera y facilitar el acceso al programa de cesación de tabaquismo en el menor tiempo posible.

Tabla 1

Acto	Diseño	Instrumento utilizado	Parámetro Evaluado
Artroplastia Rodilla	Prospectivo	SF-36; Escala de Parker.	Calidad de Vida; Movilidad.
Cirugía Cardíaca	Prospectivo	EuroSCORE; Índice Riesgo Quirúrgico (CDC-NNIS).	Mortalidad operatoria; Infección de Sitio Quirúrgico; Mortalidad Operatoria.
Cirugía Coronaria	Cohorte histórica	Cuestionario estructurado diseñado para esta investigación.	Supervivencia a seis meses; Infección de Sitio Quirúrgico.
Angioplastia Coronaria	Cohorte histórica	Cuestionario estructurado diseñado para esta investigación.	Éxito angiográfico; Éxito clínico; Supervivencia a tres años.

0800 1980 - Línea abierta al FNR (las 24 hs)

099 69 77 65 - Servicio de información

Visite nuestra

Licenciados sobre Medicina Altamente Especializada

exclusivo para médicos las 24 hs.

- www.fnr.gub.uy