



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Comunicación Especial

IV Congreso Nacional de GESIDA y 6.^a Reunión Docente de la RIS

Toledo, 27-30 de noviembre de 2012

Jueves, 29 de noviembre. Sala Auditorio (17:30 h)

MEDICIÓN DE 5 NUEVOS INDICADORES RELEVANTES. PROYECTO DE GESIDA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE VIH

M.A. von Wichmann¹, S. Riera², H. Esteban³, I. Suárez⁴, E. Valencia⁵, R. Palacios⁶, F. Lozano⁷, A. Ocampo⁸, J.R. Blanco⁹, C. Amador¹⁰, C. Sarasqueta¹¹ y J. Locutura¹²

¹Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ²Hospital Universitario Son Dureta-Son Espases, Palma de Mallorca. ³Fundación SEIMC-GESIDA. ⁴Hospital Infanta Elena, Huelva. ⁵Hospital Carlos III, Madrid. ⁶Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁷Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla. ⁸Complejo Universitario. Xeral-Cies. ⁹Hospital San Pedro, Logroño. ¹⁰Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ¹¹Instituto Biodonostia, San Sebastián. ¹²Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Introducción: Hace un año se comprobó que era factible la medición de 11 indicadores relevantes de los elaborados por GESIDA. Para poder identificar nuevas oportunidades de mejora, en nuestra práctica clínica, hemos evaluado la factibilidad de la medición de 5 nuevos indicadores y el conocimiento del grado de cumplimiento de los mismos en centros hospitalarios de diferentes ámbitos geográficos y distinto tamaño.

Material y métodos: estudio piloto de medición de 5 de los 22 indicadores relevantes, no medidos previamente, en 8 hospitales, con 7.913 pacientes en seguimiento. Los indicadores medidos fueron los siguientes: detección de la infección tuberculosa latente (ITL); vacunación frente a la hepatitis B; estudio de resistencias en el fracaso virológico; evaluación del paciente coinfectado por VHC, y valoración

de riesgo cardiovascular. En 7/8 hospitales se evaluaron todos los pacientes en seguimiento, en el periodo comprendido entre enero 2010 y diciembre de 2011. En el otro centro, en el mismo periodo, se estudió una muestra aleatorizada de 96 pacientes, en los indicadores que incluían un número mayor. Las fuentes de información fueron las bases de datos, historias clínicas y otros informes. Se calcularon los intervalos de confianza para cada centro y se compararon con el estándar establecido para cada indicador.

Resultados: La información fue obtenida de bases de datos en el 86,5% de los indicadores medidos y de historias clínicas en el 13,5%. Un centro no ha podido medir 3 indicadores, el resto han medido la totalidad. La mediana de tiempo necesario ha sido de 26 horas (rango intercuartil 10-37). Sólo un centro tenía documentado y cumplía con el estándar de la detección de ITL, la mediana de cumplimiento era del 49% (RIC: 7-76%) y en ningún centro se logró el de vacunación frente a VHB. El estándar en la determinación de resistencias se logró en 4/7 centros, la evaluación del paciente coinfectado en 6/7 centros y la valoración del riesgo cardiovascular se cumplió en 2/8. El número de pacientes estudiado en cada indicador fue de 192 para el estudio de resistencias, 4.200 en el riesgo cardiovascular y superior a 1.000 en los otros 3 indicadores.

Conclusiones: La existencia de bases de datos locales como fuente principal de información ha permitido documentar la mayoría de los indicadores y estudiar un mayor número de pacientes. Es factible la medición de estos 5 indicadores en un tiempo razonable. Es necesario mejorar los sistemas de información y registro de actividad. El estudio ha identificado áreas de mejora, con posibilidad de diseñar intervenciones y medir su eficacia. Se observa una importante heterogeneidad en la aplicación y registro de las recomendaciones clínicas existentes. La validación de los indicadores nos puede permitir mejorar su diseño y aplicabilidad.

Agradecimientos: A Rosa M^a Saura de la Fundación Avedis Donabedian y a la Fundación SEIMC-GESIDA.