

APLICACIONES PRÁCTICAS DE LA MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ALERGOLOGÍA

Proyecto de mejora sobre la atención al paciente asmático en Pediatría

A. Corbella Jané*, O. Fernández Fernández**, X. Pérez Porcuna***

*Médico. Instituto de Estudios de la Salud. Departamento de Sanidad y S. S. Barcelona

**Pediatra. Centro Atención Primaria Montornès-Montmeló. Instituto Catalán de la Salud

***Pediatra. Centro de Atención Primaria Manlleu. Instituto Catalán de la Salud

INTRODUCCIÓN

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica. Presenta una alta prevalencia y gran variabilidad clínica y dado su carácter recurrente, evolución a la cronicidad y elevada morbilidad, tiene un gran impacto sobre la vida del niño y la familia. Las unidades de pediatría de Atención Primaria poseen un papel clave en la detección de la sospecha diagnóstica, el control evolutivo y el tratamiento. Representan el primer nivel del sistema sanitario y punto de referencia para el paciente y la familia por su proximidad y accesibilidad¹⁻⁶.

En dos centros de Atención Primaria participantes en actividades de formación continuada dentro de un plan de formación-acción sobre mejora de calidad⁷, se decidió seleccionar como área de intervención la atención al niño asmático. El proyecto siguió las etapas de la metodología de mejora de calidad^{8,9} y adoptó el diseño de estudio de intervención antes-después. Los objetivos de este proyecto de mejora (PdM) plantearon resumidamente: conocer la situación de partida mediante la elaboración y evaluación de diferentes indicadores; analizar las causas de fallos e introducir acciones correctoras; y realizar el seguimiento y control de este proceso asistencial (Fig. 1).

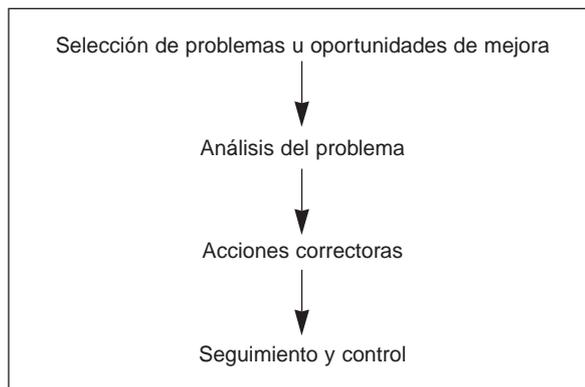


Fig. 1. Etapas de la metodología de mejora de la calidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los centros participantes son de ámbito urbano-rural y semiurbano respectivamente, y atienden a una población pediátrica de 4.440 y 3.686 pacientes según censos. Ambos equipos poseen cuatro cupos de pediatría. La frecuentación durante los dos años de realización de este PdM fue de 16,2 y 17,1; y 18,5 y 21,5 para las consultas de los pediatras; y de 10 y 10; y 5,1 y 5,3 para las consultas de enfermería de pediatría.

A partir de la actividad formativa sobre metodología y técnicas de mejora de calidad, se elaboraron un conjunto de indicadores clínicos de evaluación. Esta propuesta fue posteriormente debatida y consensuada con los pediatras de los dos equipos de Atención Primaria y con neumólogos pediátricos del ámbito hospitalario. Finalmente, los indicadores adoptados se centraron en aspectos sobre cobertura o prevalencias encontradas^{1, 2}, proceso diagnóstico¹⁰⁻¹³, tratamiento^{10, 14-16}, seguimiento^{10, 14} y complicaciones^{17, 18} (Tabla I).

La fuente de datos para las evaluaciones fueron la documentación clínica de los centros (fichero

de edad, sexo y grupos de riesgo e historias clínicas) y registros de altas de los hospitales de referencia.

El período de tiempo evaluado o período de observación¹⁹, varía según el indicador utilizado, como gráficamente muestra la Figura 2. Tres de ellos: prevalencia encontrada, diagnóstico y grado de severidad son indicadores de carácter acumulado, en los que cada vez se revisa el trabajo realizado por el equipo desde que se abrió el historial del paciente. En el resto, el período de observación varía de 6 meses a 2 1/2 años en la primera evaluación para pasar a ser anuales en la segunda.

Tabla I. Indicadores de evaluación con especificación de los casos y períodos de tiempo evaluados

Indicadores	Excepciones justificadas	Aclaraciones
1. En los casos de 1 a 14 años de edad diagnosticados de asma en 1992 y 1993 para la 1.ª evaluación (1.ª E) y en 1995 para la 2.ª evaluación (2.ª E), deberá haberse realizado o estar solicitado <i>estudio mínimo de asma</i> antes de seis meses posteriores al diagnóstico: 1.1. Rx de tórax 1.2. IgE 1.3. Prick-RAST (sólo en >3 años)	Casos ya conocidos por sus antecedentes patológicos; y casos de no cumplidores en la 2ª E, pero que fueron detectados después del 30-6-95.	
2. En los casos diagnosticados de asma hasta 30-6-94 (1ª E) y 31-12-95 (2ª E), deberá constar: 2.1. Diagnóstico 2.2. Grado de severidad del asma	Ninguna.	Información mínima sobre grado de severidad: leve, moderado o grave.
3. En los casos diagnosticados como asma moderado o grave y casos que sean valorados así por la información contenida en la historia hasta 31-12-93 (1ª E) y 31-12-95 (2ª E), deberá haberse efectuado <i>revisión del tratamiento de base</i> en el último semestre (1ª E) y semestralmente en el último año (2ª E).	Ninguna.	
4. Deberá haber sido prescrito <i>tratamiento por vía inhalatoria en las crisis agudas</i> registradas en los últimos 6 meses (1ª E) y en el último año (2ª E).	Ninguna.	
5. En los casos de niños de >3 años, con asma moderado, grave o casos con tratamiento de base en los que se considere indicado, deberá haberse realizado <i>vacunación antigripal</i> en el último año.	Negativa explícita a la administración de la vacuna.	Calculada sobre censo e historias clínicas.
6. <i>Prevalencia encontrada</i> a 30-6-94 (1ª E) y a 31-12-95 (2ª E).	Ninguna.	
7. <i>Ingresos en el hospital de referencia</i> con diagnóstico principal de asma durante el último año.	Ninguna	Calculados sobre número de ingresos y número de personas ingresadas.

	1992	1993	1994	1995
Primera evaluación:				
1. Estudio mínimo del asma				
2. Diagnóstico y grado de severidad ←				
3. Revisión del tratamiento de base				
4. Vía inhalatoria en crisis agudas				
5. Vacunación antigripal				
6. Prevalencia encontrada ←				
7. Complicaciones: ingresos en hospital de referencia				
Segunda evaluación:				
1. Estudio mínimo del asma				
2. Diagnóstico y grado de severidad ←				
3. Revisión del tratamiento de base				
4. Vía inhalatoria en crisis agudas				
5. Vacunación antigripal				
6. Prevalencia encontrada ←				
7. Complicaciones: ingresos en hospital de referencia				

Fig. 2. Asma en pediatría: períodos de observación revisados.

Una primera revisión se realizó a finales de junio de 1994 sobre 102 y 298 casos que representaban la totalidad de la población pediátrica asmática de 1 a 14 años detectada hasta esa fecha en los dos centros. Después de esta primera evaluación, y conectando con un proyecto promovido por la Sociedad Catalana de Pediatría, se ultimó la elaboración de un protocolo sobre la atención al niño asmático¹⁰, en el que participaron conjuntamente neumólogos pediatras hospitalarios y pediatras de Atención Primaria. Este protocolo fue finalmente implantado en los centros en abril de 1995.

Tras la primera evaluación, se introdujeron modificaciones en algunos de los indicadores sobre cuestiones clínicas; así como sobre los períodos de tiempo revisados con el fin de hacer coincidir éstos con años naturales para simplificar y facilitar la mecánica de revisión. La segunda evaluación se realizó a finales de diciembre de 1995 sobre la totalidad de casos registrados con diagnóstico de asma hasta esta fecha que aumentaron a 159 y 330.

El denominador o número de casos evaluados en cada indicador varía en función de los criterios de inclusión de cada uno de ellos. Así, la totalidad

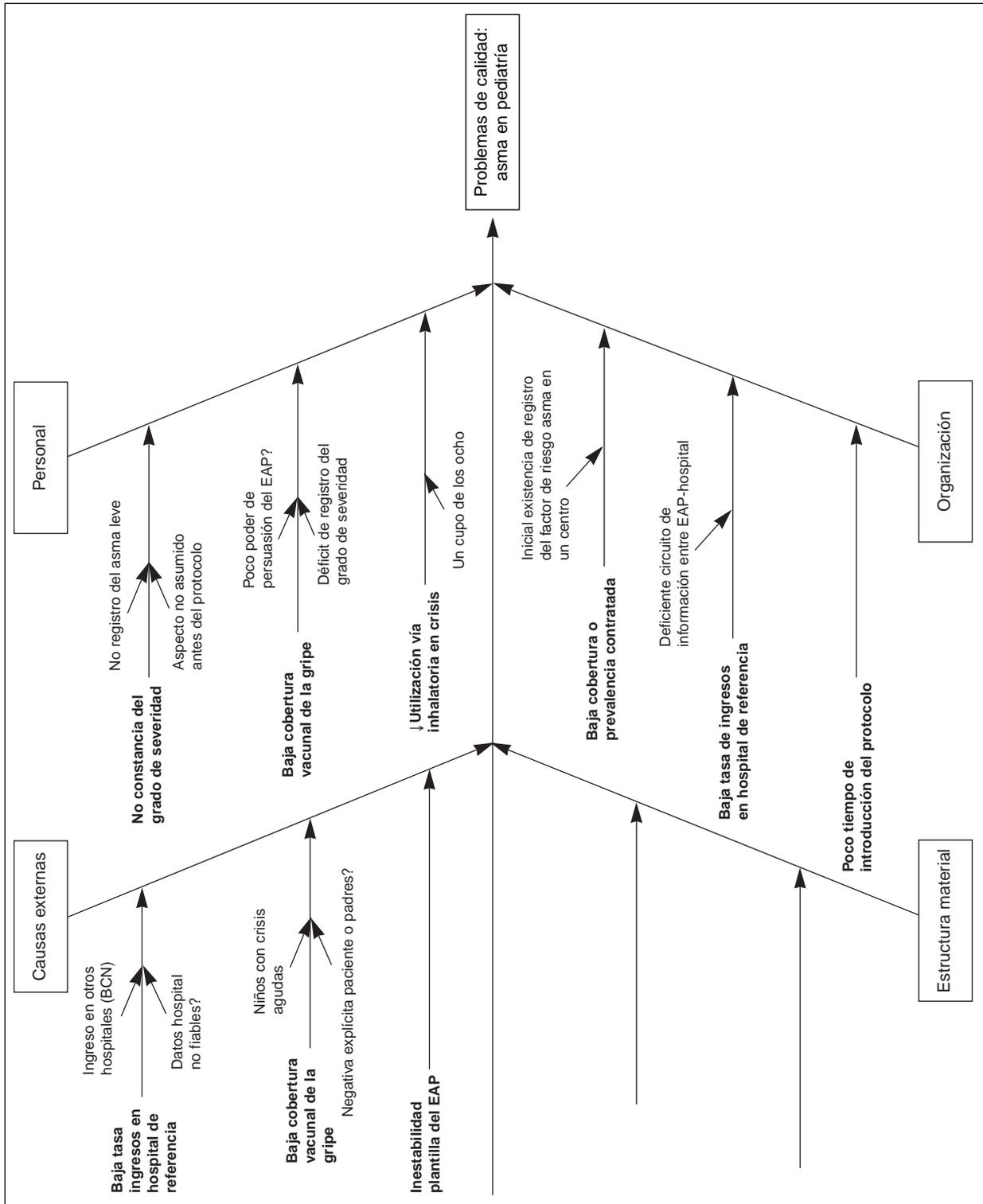


Fig. 3. Análisis de causas de fallos de los dos centros mediante diagrama de causa-efecto.

de casos (102 y 298; y 159 y 330 en la primera y segunda evaluación respectivamente) es sólo aplicable a los indicadores sobre constancia de diagnóstico, grado de severidad y complicaciones: ingresos en el hospital de referencia; que son indicadores cuyo cumplimiento se exige a la totalidad de casos. En los demás, el denominador es diferente y viene determinado por la cantidad de casos que cumplen los criterios de inclusión definidos en cada indicador (Tabla I).

El análisis de posibles causas de fallos se realizó mediante la utilización de diagramas de causa-efecto (Fig. 3). Las comparaciones de resultados de las dos evaluaciones se realizaron mediante pruebas unilaterales de comparación de porcentajes.

RESULTADOS

El grado de cumplimiento de los indicadores en las dos evaluaciones realizadas muestran los siguientes resultados (Tabla II): cobertura en base a censo: del 2,30 al 3,58% ($p < 0,001$); y del 8,10 al 9,00% en cada centro respectivamente; y en base a historias clínicas: del 2,45 al 3,72 ($p < 0,001$); y del 8,36 al 8,98%. Proceso diagnóstico: práctica de Rx tórax: del 84 al 83% y del 46% a 10 de 12 casos; IgE: del 73 al 75% y del 56% a 8 de 12 casos. Prick-rast: del 81 al 74% y del 42% a 6 de 8 casos. Grado de severidad: del 11 al 79%

($p < 0,001$) y del 29 al 75% ($p < 0,001$). Revisión del tratamiento de base/6 meses: del 81 al 72% y del 72 al 78%. Utilización de la vía inhalatoria en la prescripción en la crisis agudas: del 97 al 94 % y del 93 al 82%. Vacunación antigripal en > 3 años: del 21 al 56 ($p < 0,02$) y del 56 al 67%. Complicaciones: ingresos/año en el hospital de referencia: del 16,7 al 15,1% y del 1,01 al 0,61%.

DISCUSIÓN

Una primera cuestión a tener en cuenta al comparar y analizar los resultados, son los diferentes períodos de tiempo¹⁹ evaluados (Fig. 2). En la primera evaluación, se emplearon períodos un tanto peculiares que no coincidían con años naturales. Este hecho se debió a razones de calendario y a la voluntad de no demorar la puesta en marcha del PdM. En la reevaluación, se simplificó esta cuestión pasándose a utilizar períodos de observación anuales, con lo que se facilitó así la mecánica de revisión. Por este motivo, las comparaciones a establecer en algunos de los indicadores empleados deben ser entendidas y matizarse con arreglo a esta cuestión.

En cuanto a los niveles de cumplimiento, se observan incrementos claros en los indicadores de cobertura o prevalencias encontradas; grado de severidad: +68 y +46 puntos en cada centro respectivamente; y vacunación antigripal: +35 y +10

Tabla II. Resultados grado de cumplimiento de los indicadores y variaciones observadas.

Indicadores	CAP Manlleu					CAP Montornès-Montmeló				
	1.ª Evaluación		2.ª Evaluación		Variaciones	1.ª Evaluación		2.ª Evaluación		Variaciones
Rx Tórax	32/38	84,2	44/53	83,0	-1,2	38/82	46,3	10/12	83,3	+37,0
IgE	28/38	73,7	40/53	75,5	+1,8	46/82	56,1	8/12	66,7	+10,6
Prick-RAST	27/33	81,8	23/31	74,2	-7,6	17/40	42,5	6/8	75,0	+32,5
Diagnóstico	86/102	84,3	158/159	99,4	+15,1	235/298	78,9	311/330	94,2	+15,3
Grado de severidad	12/102	11,8	127/159	79,9	+68,1	87/298	29,2	250/330	75,8	+46,6
Revisión trat./6 meses	47/58	81,0	42/58	72,4	-8,6	52/72	72,2	47/68	78,3	+6,1
Vía inhalatoria en crisis	68/70	97,1	101/107	94,4	-2,7	124/132	93,9	135/163	82,8	-11,1
Vacuna antigripal	10/47	21,3	30/53	56,6	+35,3	34/60	56,7	39/58	67,2	+10,5
Prevalencia acumulada encontrada:										
— Por censo	102/4440	2,30	159/4440	3,58	+1,28	298/3686	8,10	330/3686	9,00	+0,90
— Por historias clínicas	102/4167	2,45	159/4271	3,72	+1,27	298/3565	8,36	330/3676	8,98	+0,62
Ingresos hospitalares:										
— Por número ingresos	17/102	16,7	24/159	15,1	-1,6	3/298	1,01	2/330	0,61	-0,40
— Por número pacientes ingresados	(No disponible)		(No disponible)			3/298	1,01	2/330	0,61	-0,40

puntos. Destacan las diferencias entre centros en cuanto a coberturas. Esta diferencia debe relacionarse con el hecho de la inexistencia de registro de pacientes asmáticos en uno de los centros al empezar este PdM; por el contrario, en el centro donde ya existía este registro, se alcanzan niveles de cobertura similares a los encontrados en trabajos realizados en otras áreas geográficas^{1, 2, 21, 22}.

En los demás indicadores los incrementos son de pequeña magnitud o incluso se observan ligeros descensos. Este hecho, parece relacionado con dos cuestiones. La primera afectó a los dos centros y tiene que ver con el aún poco tiempo de utilización del protocolo de asma infantil¹⁰, el cual no fue implantado hasta abril de 1995. Teniendo en cuenta que la reevaluación se realizó a finales de este mismo año, el tiempo de implantación fue solamente de nueve meses.

La segunda cuestión, de carácter externo, afectó a uno de los dos centros y se relaciona con un hecho que, por habitual, es una constante en muchos equipos de Atención Primaria, como son las modificaciones que con frecuencia sufren sus plantillas. En este caso hasta 3 de los 4 pediatras con los que se inició este proyecto, fueron sustituidos durante el tiempo en que se trabajó este PdM.

Otro punto a comentar, es los valores obtenidos en el indicador *ingresos en el hospital de referencia*. Este indicador fue planteado inicialmente con la voluntad de ser utilizado como indicador-globalizador que pudiera servir como señal de alarma o sospecha de posibles problemas de la atención en el escalón primario¹⁷. Sin embargo, no mostró ser válido en uno de los centros en el que, con unas tasas de ingresos que apenas alcanzaron el 1% se constató que, por razones de accesibilidad, la población utilizaba mayoritariamente otro hospital diferente al de referencia asignado al centro.

Con relación a la evolución futura del PdM en cuanto a su seguimiento o monitorización, cabe subrayar que a partir de la validación práctica que han representado las evaluaciones realizadas, se clarifica la reducción del listado de indicadores a seguir controlando (Tabla III). Con ello se plantea una cuestión de economía, de eficiencia en la dedicación de recursos a los temas de evaluación de la calidad de los servicios. En palabras de Dennis O'Leary²³, presidente de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Cui-

dados de Salud de los USA (Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations) «hay un número infinito de cosas que pueden ser medidas, pero no nos podemos permitir ese lujo». Efectivamente, no se puede pretender mantener una vigilancia periódica sobre la calidad de los muy diversos procesos que se dan en servicios de salud, mediante la evaluación periódica de numerosos indicadores de cada una de las áreas o actividades que se desarrollan en un centro²⁴.

Por esta importante cuestión de carácter general y por razones específicas según cada caso, se planteó el abandono de algunos de los indicadores empleados inicialmente en este primer ciclo evaluativo. Este es el caso de los siguientes indicadores: *estudio del asma: Rx tórax, IgE y prick-RAST*: aquí la razón se basa en el hecho del bajo número de casos donde aplicarlos una vez alcanzado cierto nivel de cobertura, como sucede de forma más marcada en un centro. *Tratamiento en las crisis agudas*: aquí la razón para prescindir de este indicador se basa en el hecho de que ya se alcanzan valores de cumplimiento del 100%. Y, finalmente, el indicador sobre *constancia de diagnóstico*, por tratarse de un indicador de carácter acumulado, en el que difícilmente serán de esperar variaciones importantes en un futuro inmediato y, también, por la razón de los valores de cumplimiento obtenidos que fueron cercanos al 100 por 100.

Por el contrario, en el indicador sobre *constancia del grado de severidad* se han introducido modificaciones que suponen subir el listón de exigencia, pasándose de exigir su simple constancia, a que éste sea actualizado periódicamente según la evolución de la enfermedad. Este aspecto es de especial relevancia para el adecuado manejo del paciente: instauración o no de tratamiento de base y vacunación antigripal.

Paralelamente se propone mantener algunos de los ya utilizados como son el de prevalencias

Tabla III. Asma en pediatría. Propuesta de indicadores de seguimiento

-
1. Cobertura o prevalencias encontradas de asma infantil (1 a 14 años).
 2. Actualización periódica del grado de severidad del asma.
 3. Tasa de prescripción de B_2 por vía inhalatoria sobre total B_2 .
 4. Cobertura vacunación antigripal en asmáticos > 3 años.
 5. Complicaciones: ingresos con diagnóstico principal de asma en hospital de referencia.
-

encontradas por su relevancia y por la facilidad de obtención, y el de cobertura de vacunación antigripal. Por último, se ha planteado la introducción de un indicador-globalizador sobre tratamiento²⁵: tasa de prescripciones de β_2 por vía inhalatoria sobre total de prescripciones de β_2 . La información necesaria para este indicador también resulta de fácil obtención a partir de la utilización de los listados mecanizados de facturación de farmacia como fuente de información.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de los centros participantes sin cuya colaboración este trabajo no habría sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Español del Estudio del Asma Europeo. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. *Med Clin* 1995; 104: 487-492.
- Antó JM, Sabriá J. Epidemiología del asma bronquial. En: Roca J (Eds.): *Asma bronquial*. Barcelona: Ed. Doyma, 1993: 117-136.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88 (Suppl): 485-492.
- North of England evidence based guidelines development project: summary version of evidence based guidelines for the primary care management on asthma in adults. *BMJ* 1996; 312: 762-766.
- Barnes G, Patridge MR. Community asthma clinics: 1993 survey of primary care by National Asthma Task Force. *Quality in Health Care* 1994; 3: 133-136.
- Pérez Yarza GE. El asma infantil. *Proasma*. Unidad Didáctica n.º 4. Madrid: Ed. Comunicación y Servicio, 1992.
- Corbella A, Roma J, Martínez Carretero JM. Continuing education and quality improvement in primary health care. *International Journal on Quality in Health Care* 1998; 10.
- Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- Corbella A, Saturno P. La garantía de calidad en atención primaria. En: Organización del equipo de atención primaria. Madrid: Insalud, 1990: 395-421.
- Cobos N, Liñán S, Alba F, Fernández O, Pérez-Porcuna X, Rabasa M. Protocol: el nen asmàtic a l'atenció primària. *Pediatr Catalana* 1996; 56: 83-91.
- Casan P, Benlloch E, Duce F, et al. Diagnóstico del asma: lo fundamental y lo accesorio. *Arch Bronconuamol* 1993; 29 (Suppl 2): 1-6.
- Pérez Porcuna X, Olomí E, Martín M. Patología obstructiva. *Med Integral* 1989; 14: 496-505.
- Ojeda JA. Como diagnosticar en neumología. *Alergia respiratoria*. Madrid: Ed. Grupo Garpyo, 1989: 5-42.
- Barnes PJ. New approach to the treatment of asthma. *N Eng J Med* 1989; 1517-1527.
- Castillo J. Enfermedad asmática: inflamación y antiinflamatorios. *BMJ International* (ed. especial) 1993; 3: 57-64.
- Sueiro A. Dispositivos para la administración de fármacos en inhalación en el asma. *Fomeco* 1994; 2: 1-4.
- Homer CJ, Szilagyi P, Rodewald L, et al. ¿La calidad de la asistencia afecta a las tasas de hospitalización por asma infantil? *Pediatrics* (ed. española), 1996; 42: 81-82.
- Rosenberg CR, Silver A, Starr H, Davis GF. Asthma readmissions as a market for suboptimal care. *Clinical Performance and Quality Health Care*, 1994; 2: 260-264.
- Time window. In: Agency of Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care (Volume 1). Rockville: US Department of Health and Human Services, 1995, 38.
- Ishikawa K. Diagramas de causa y efecto. En: Guía para el control de calidad. New York. Unipub 1985; 16-25.
- Meana A, Moreno M, Muruzábal C, Tamargo I, Fernández-Tejada E. Asma infantil en una zona de salud: población afecta y características de la misma. *Aten Primaria* 1993; 12: 56-540.
- Díaz CA, Alonso LM, García MT, del Ejido J, Sordo MA, Alonso JC. Evaluación de las actividades y de la efectividad de un programa del niño asmático desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 199-206.
- O'Leary DS. The measurement mandate. *Jt Comm J Qual Improv* 1993; 19: 487-491.
- Corbella A. Seguimiento del contrato de servicio en atención primaria. Consideraciones, premisas y propuestas. *Cuadernos de Gestión de Atención Primaria* 1997; 3: 211-216.
- Alba F, Madríguez R, Gimeno J, González M. Evaluación del impacto de un programa de atención al niño asmático sobre la calidad de la prescripción de fármacos antiasmáticos. *Aten Primaria* 1995; 16: 53-57.

Revisión del Audit Médico aplicado al asma bronquial

A. Campos Andreu, M. Sánchez Cano*, E. Fernández**

*Hospital La Fe. Valencia, * Hospital Ramón y Caja. Madrid, ** Hospital Clínico Universitario. Valencia.*

Este apartado está dedicado a mostrar algunas de las experiencias publicadas durante los últimos 10 años sobre la metodología del Audit Médico aplicada a la asistencia del Asma Bronquial. En el contexto de esta Mesa Redonda interesan más los procedimientos de evaluación y mejora empleados para solucionar los problemas asistenciales detectados que los datos en sí mismos. Los estudios publicados responden a iniciativas individuales de un Hospital concreto o Centro de Salud y en otras ocasiones de grupos de trabajo de sociedades científicas, o simplemente multicéntricos. No hace falta recordar que se trata de estudios adaptados muy específicamente a medios sociales y sanitarios diversos y, en algunos casos, radicalmente diferentes del nuestro y en consecuencia, de difícil o imposible traslación automática a nuestro entorno asistencial.

MAGNITUD DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA DISPONIBLE DEL TEMA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica abarcando los últimos diez años a través de dos de los principales repertorios bibliográficos: MEDLINE (Index Medicus) y EMBASE (Excepta Medica) con resultados prácticamente iguales y a los efectos de la presente exposición se acepta como equivalentes. Se recuperaron 86 trabajos con una tasa de relevancia del 89% sobre Audit Médico en el asma. Esta cifra es notablemente superior a los trabajos sobre Audit en hipertensión arterial, diabetes y epilepsia cuyas prevalencias son similares (Tabla I).

Dichos repertorios bibliográficos presentan un desproporcionado sesgo anglosajón en cuanto a la lengua de publicación y asimismo a su selección. Debe aclararse que existen otros trabajos sobre el tema que no deberían desdeñarse, pero la información contenida en estos repertorios da una idea de la magnitud de la literatura sobre el tema.

Este indudable interés por autoevaluar la atención prestada a los enfermos asmáticos se debería según algunos autores, a los datos concordantes que sugieren un incremento de la mortalidad y de la morbilidad en la mayoría de países. Este fenómeno contrasta con la disponibilidad de fármacos indudablemente cada vez más efectivos en el control del asma. Esta situación ha venido a denominarse como la «paradoja del asma». Otro dato motivador de la autoevaluación de la asistencia que se presta a los asmáticos sería el incremento de la prevalencia del asma en los países con estilo de vida «occidentalizado». Un último dato que invita a la reflexión es la evidencia de diferencias importantes en la mortalidad entre países (Japón versus Inglaterra por ejemplo) que parece ir paralelo a diferentes patrones de tratamiento habitual.

UNA DEFINICIÓN OPERATIVA DE AUDIT MÉDICO

Como es sabido el Audit Médico es uno de los procedimientos de garantía y mejora de la asistencia y, con ligeras variantes, ampliamente difundido en todos los campos de la práctica asistencial. Ha sido definido como una evaluación retrospectiva de la práctica asistencial, realizada por los propios profesionales responsables de la asistencia y encaminada a encontrar soluciones prácticas a los déficits que se detectan al comparar una práctica concreta con unos criterios objetivos de buena práctica¹. Incluye no sólo el análisis de los procedimientos empleados en el diagnóstico y el tratamiento, sino también el uso adecuado de recursos y la calidad de vida resultante.

No es éste el lugar adecuado para presentar el modelo teórico metodológico del Audit Médico pero puede señalarse que se trata, básicamente, en analizar la práctica realizada según el nivel

de cumplimiento de ciertos criterios objetivos previamente establecidos, tales como la medición de FEM, la constancia de órdenes de tratamiento escritos para los planes de crisis, valoración objetiva de la gravedad, etc. El mayor o menor porcentaje de cumplimiento permite detectar dónde se concentran los déficits (también llamados oportunidades de mejora). Posteriormente se trata de minimizar la aparición futura de dichos errores proponiendo medidas correctoras y su aplicación concreta. Una segunda evaluación verificaría la eficacia de tales medidas.

PROCEDENCIA DE LOS TRABAJOS SOBRE AUDIT EN ASMA

En la Tabla II se aprecia una abrumadora mayoría de estudios evaluativos sobre asma en el área lingüística anglosajona y fundamentalmente en Inglaterra y Escocia. Este hecho no es de extrañar considerando el fuerte bagaje cultural sanitario inglés por la evaluación en general y por consiguiente la interiorización de dicho pensamiento médico. Por otro lado, y no menos importante, no se debe olvidar el fuerte sesgo que supone realizar la búsqueda en ambos repertorios bibliográficos con claro predominio de la lengua inglesa.

PREMISAS PREVIAS

Parece razonable señalar algunos aspectos previos para la mejor comprensión de la exposición que sigue:

a) Dado que la mayoría de los trabajos proceden de Gran Bretaña no es extraño que no se publiquen audits sobre el grado de tratamientos ambientales o de control alérgico, hecho en sí mismo, cuanto menos sorprendente. La mayoría de audits no diferencian entre tratamientos de asma extrínsecos o intrínsecos. No hace falta extenderse sobre esta cuestión que obvia las evidencias científicas actuales. Sería equivalente a intentar controlar un diabético exclusivamente con fármacos sin tener en consideración otros aspectos como la dieta, el ejercicio etc.

b) Idéntico comentario puede hacerse a pro-

pósito de la inmunoterapia, generalmente no bien conocida en Inglaterra y en manos de Generalistas «interesados» en ella.

c) Debe considerarse la posible variación en el tiempo de las prácticas consideradas como correctas. En algún Audit, por ejemplo, se considera como erróneo pautar betamiméticos de una forma a demanda en lugar de su administración regular cuando hoy en día se desaconseja el uso regular.

AUDITS EN ASMA

A continuación se presentan sucintamente algunos de los audits sobre asma publicados en diferentes circunstancias y lugares. De forma general se ha aplicado la metodología del Audit Médico en las siguientes circunstancias:

En el área de Urgencias.

En Hospitalización:

Circunstancias de ingreso.

Manejo durante su estancia hospitalaria.

Circunstancias del alta hospitalaria.

Seguimiento clínico tras el alta.

Estrategias para reducir los ingresos.

En el ámbito de la Atención Primaria.

Comparación de la asistencia de generalistas y de especialistas.

En la atención pediátrica.

Atención prestada durante los ataques agudos.

Impacto de las guías de práctica clínica (y Consensos) en la práctica.

Aceptabilidad de los consensos entre los Generalistas.

Evaluación de la técnica inhalatoria.

Papel de enfermería.

Otros:

Tabla I. Número de trabajos recuperados a través de Medline y Embase sobre audits en asma bronquial durante los últimos 10 años (finalizado en abril de 1998)

Entidad	N.º trabajos recuperados	Prevalencia estimada
Asma Bronquial	86	5%
Hipertensión arterial	26	25-30%*
Diabetes Melitus	55	4-5%*
Epilepsia	16	0,5-1%*

(*) Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna. Farreras Tratado de Medicina Interna.

Tabla II. Principales países productores de trabajos científicos sobre el tema (n = 86)

País	% de trabajos sobre el total
Inglaterra	38
Escocia	21
Australia	8
USA	8
Malasia	5
Suecia	3
Nueva Zelanda	3
Hong-Kong	3
Irlanda	2
Canadá	2
Sudáfrica	2

Valores porcentuales redondeados al entero más próximo y en caso de equidistancia adjudicado aleatoriamente.

EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA DEL ASMA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Autor: Chidley, K. E., et al.².

Centro: Hospital General de Southampton, Inglaterra.

Objetivo básico: Determinar si las deficiencias en el manejo del asma en Urgencias detectadas en un Audit anterior (1985) se habían corregido.

Metodología básica: Revisión de todos los asmáticos atendidos en el área de Urgencias de H. G. de Southampton en 12 meses consecutivos a partir de diciembre de 1987. Se efectuó un análisis en dos niveles: a) Encuesta personal a todos los pacientes atendidos en dicha área durante los cuatro meses posteriores según un cuestionario estandarizado que incluía los siguientes apartados: requerimientos de medicación, tiempo transcurrido hasta la reanudación de las actividades habituales y síntomas del asma tras el alta en Urgencias.

Principales resultados

Se identificaron y analizaron 306 asmáticos de edad superior a 16 años:

a) Se detectó un aumento en el número de atenciones a asmáticos por 1.000 habitantes pasando de 0,57 a 0,73.

b) La mayoría de los pacientes fueron auto-remitidos (67%) y el 80% de las atenciones se realizaron fuera del horario laboral habitual. Para

los autores sugiere un uso de Urgencias como fuente primaria de atención en lugar de la red asistencial de Primaria.

c) La mayoría (83%) de los asmáticos registrados los signos vitales. Entre los datos exploratorios sólo la auscultación fue registrada habitualmente (96%).

d) Faltaban datos acerca de historia previa de asma, hospitalizaciones anteriores, uso de esteroides y disnea nocturna (entre el 26 y 6%). Para los autores este hecho revela una deficiente recogida de datos clínicos.

e) La medición del flujo-pico fue registrada sólo en el 86% de los casos a su entrada y en el 70% tras la administración del tratamiento. Este hecho revela una deficiente valoración objetiva de la gravedad del asma.

f) La gasometría sólo se registró en el 9% de los casos y la Rx de tórax en el 64% de los casos.

g) Una mayoría de los casos no recibían tratamiento antes de su asistencia en Urgencias. Este hecho tiene que ver con la atención ambulatoria de los enfermos.

h) Destino de los enfermos: El 39% fueron ingresados (porcentaje superior al detectado en 1983 y con índices de gravedad superiores. Sólo el 12 % de los dados de alta recibieron esteroides. Este índice los autores lo consideran insuficiente.

i) Sólo el 5% de las altas fueron re-atendidos en los siete días siguientes. Este hecho supone una buena atención.

j) Los resultados del seguimiento por cuestionario (índice de respuesta 66%) demostraron que la mayoría volvió a su trabajo habitual en 24 horas, pero más del 50% de los casos refirieron un aumento de los síntomas durante las dos semanas posteriores (disnea, despertares nocturnos, tos) y la mitad de ellos tuvieron que volver a ser visitados por su médico general. Este hecho se interpreta como indicador de un mal control del asma tras la atención en Urgencias.

En un contexto más próximo al nuestro cabe preguntarse por la finalidad última de la atención en Urgencias si es la de superar una situación crítica o el control habitual de la enfermedad.

Las medidas que se proponen tras la realización de la auditoría son la de incrementar la formación del Staff Junior, mayor accesibilidad del senior y la introducción de protocolos y guías de práctica clínica.

AUDIT DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: REDUCCIÓN DE LOS INGRESOS

Autor: Connet, G. C., et al.

Lugar: Royal Alexandra Hospital for Sick Children. Brighton. Inglaterra.

Año: 1993.

Objetivo: Se detectó un hecho considerado anómalo como es el incremento en ocho veces de los ingresos hospitalarios por asma a lo largo de 20 años a partir de 1970 y sobre todo a expensas de mitad de los ochenta.

Considerando los autores que tal incremento no podría ser explicado sólo por variaciones en la morbilidad de la enfermedad, sino que habría que atribuirlo en gran medida a la política de «puertas abiertas» que se preconizó.

Los autores diseñaron el presente estudio para verificar el resultado de la introducción de ciertas medidas correctoras.

Procedimiento de evaluación

El estudio se realizó en dos fases. En la primera tras la detección de un problema asistencial (el incremento desproporcionado de ingresos) se planteó una serie de medidas correctoras como la sustitución de cierto personal de la admisión por otro con conocimientos más especializados sobre el tema en forma de presencia física o bien por conexión telefónica permanentemente las 24 horas del día. Por otra parte se ofreció a los padres ciertos planes de tratamiento para el domicilio.

Resultados principales

Se verificaron dos dimensiones: A) La eficacia de las medidas. B) La seguridad de las mismas.

A) Eficacia: Durante cuatro meses uno de los investigadores supervisó directamente y durante las 24 horas del día las atenciones a niños asmáticos. Valoró la respuesta a nebulizaciones de betamiméticos y asimismo la capacidad de los padres para mantener un adecuado tratamiento en su domicilio. En tales casos se prescribió una pauta de esteroides (2 mg/kg peso de prednisolona) y se establecían criterios de reatención hospitalaria.

En dicho período se remitieron 53 niños sobre

un total de 158 (un 33%), frente a 6/39 del período anterior (15%).

En la segunda fase, tras el adiestramiento de los oficiales de admisión se remitieron a su domicilio un 44%.

B) Seguridad de la medida: Los niños no ingresados no presentaron cartas diarias de síntomas peores que los niños ingresados a los 15 días de su alta. También se valoraron las reatenciones que no mostraron diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones

En el medio hospitalario en donde se ha realizado el trabajo se ha podido derivar a su domicilio un cierto número de niños de forma segura.

Este resultado se ha podido obtener a través del entrenamiento de los oficiales de admisión en esta enfermedad, la elaboración de ciertos tratamientos ambulatorios y la evaluación de la capacidad de la familia para seguir dicho tratamiento. En nuestro medio la decisión última de un ingreso recae sobre los médicos de guardia o de plantilla las 24 horas del día.

AUDITORÍA DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Aranaz, M., et al.

Lugar: Centro de Salud Actur, Zaragoza.

Objetivo: Evaluar la Calidad Científico-Técnica de la atención a los asmáticos en el Centro de Salud.

Procedimiento: Revisión de la Documentación (Historia Clínica) con ocho criterios explícitos y revisión implícita de los no cumplidos.

Resultados: Revisión de una muestra aleatoria y representativa de todos los cupos de Pediatría y de Medicina General (n = 95).

Criterio 1. Registro de la sintomatología clínica (94%) de cumplimiento).

Criterio 2. Registro de antecedentes personales, familiares y laborales (83%).

Criterio 3. Realización de pruebas alérgicas a pacientes orientados (79%).

Reconocen que tienen una buena accesibilidad a una unidad de Alergia.

Criterio 4. Constancia del Grupo funcional

(17,5%). Se entiende que es inadmisibles la no valoración de la gravedad.

Criterio 5. Constancia de al menos un estudio funcional (54%). Se considera inaceptable máxime cuando el centro dispone de recursos materiales y humanos para realizarlo.

Criterio 6. En las reagudizaciones sólo se realizó estudio funcional en el 21%. Idéntica consideración que el criterio anterior.

Criterio 7. Registro correcto del tratamiento (36%). Se debía a la no constancia de la posología y la duración.

Criterio 8. Constancia de consejo antitabáquico (37%).

Conclusiones: El Audit ha puesto de manifiesto los puntos deficitarios de la asistencia a los asmáticos del Centro. Se propone como medidas realizar una comunicación al resto de profesionales de los resultados y promover una elaboración conjunta de soluciones.

AUDIT NACIONAL SOBRE ATAQUES AGUDOS DE ASMA

Autor: Neville, R. G. (Grupo de asma de Médicos Generalistas).

Año: 1993.

Lugar: 218 «cupos» de Medicina General en Inglaterra.

Objetivo: Determinar las características y frecuencia de los ataques de asma en Inglaterra y comparar el patrón terapéutico observado con las recomendaciones (Sociedad Torácica Británica).

Procedimiento: Reclutamiento de médicos participantes con carácter voluntario. Estudio por cuestionario estandarizado y respuesta franqueada. Se solicitaban datos acerca de los ataques tratados por uno mismo o de los que se tuviera conocimiento.

Tiempo: Septiembre 1991 - Enero 1992.

Definición operativa de «Ataque»: Episodio de síntomas respiratorios el cual requiere una consulta médica urgente que es de suficiente intensidad como para impedir el trabajo, la asistencia a clases, las tareas domésticas o actividades de diversión y que conlleva un incremento del uso de medicación antiasmática.

Muestra estudiada: Se recogieron datos de 1.775 pacientes de todas las edades que sufrieron 1.805 ataques y se registraron dos fallecimientos.

Resultados principales

- Datos epidemiológicos: mayor número de ataques en niños/niñas.
- Tasa de ataques 14,3/1.000 pacientes año.
- Lugar de tratamiento:
 - 96% pacientes atendidos por MG (10% fueron remitidos al hospital).
 - 2% autodirigidos al hospital.
- Registro de datos clínicos:
 - Registro de pulso, 54%
 - T. Arterial, 15%
 - Frecuencia Respiratoria, 63%
 - Presencia/ausencia cianosis, 71%
 - Medidas del Flujo Pico, 82%

La gravedad inicial del ataque se estableció en categorías: ausencia de disnea, ligero jadeo, jadeo y dificultad respiratoria, etc.

- Tratamiento recibido (sumarizado).

Fármaco	Generalista	Urgencias	Hospitalizados
Nebulización de Beta 2	31%	62%	56%
Esteroides sistémicos	56%	41%	51%

- Posteriormente al tratamiento del ataque 39 % de los pacientes no recibieron modificaciones del tratamiento basal.

Conclusiones principales

- Se observa un distanciamiento del tratamiento real del propugnado por las guías de la BTS.
- Las dos muertes se produjeron antes de la atención.
- El registro de signos clínicos (pulso, frecuencia respiratoria,...) fue insuficiente.
- El grado de severidad se cumplió en la mayoría.
- El uso de nebulización (35%) y de esteroides sistémicos (58%) fue inferior al propuesto por las guías. Podría representar un tratamiento insuficiente o bien tratarse de casos de no disnea o moderada.
- Las pautas de tratamiento posterior también varían grandemente. La mayoría de los enfermos no sufren modificaciones en el tratamiento posterior.
- Posiblemente las guías basadas en la experiencia del hospital no sean adecuadas para el tratamiento en la comunidad.
- El no seguimiento de las guías puede deberse a fallos en la distribución o bien deberse a que éstas son inaplicables en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaw CD. Aspect of audit. *BMJ* 1980; 1: 256-58.
2. Chidley KE, Wood-Baker R, Town GI, Sleet RA, Holgate ST. Reassessment of asthma management in the accident and emergency department. *Respir Med* 1991; 85: 373-7.
3. Connet GC, Warde C, Wooler E, Lenney W. Audit strategies to reduce hospital admissions for acute asthma. *Arch Dis child* 1993, 69: 202-5.
4. Aranaz M, Martín I, Guillén MV, Delgado MT. Auditoría del asma en atención primaria. *At Prim* 1994; 13: 214.
5. Neville RG, Clark RC, Hoskins G, Smith B for General practitioners in Asthma Group. National asthma attack audit, 1991-92. *BMJ* 1993; 306: 559-62.

Estándares mínimos en el informe clínico del asma y la alergia medicamentosa

B. E. García Figueroa, S. Juste Picón*

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona. * Hospital General Yagüe. Burgos.*

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de los programas de Calidad Asistencial es evaluar la atención proporcionada para determinar el nivel de calidad, compararla con estándares o saberes habituales y cuando es necesario mejorarla. De las diversas actividades que pueden integrarse en un programa de Calidad, los Ciclos de Mejora constituyen la piedra angular (Fig. 1). Estos Ciclos de Mejora comienza con la identificación de problemas u oportunidades de mejora, que podríamos definir como algo que queremos hacer especialmente bien o que es inadmisibles que se haga mal y en lo que a la vez, sospechamos que hay una diferencia importante entre la atención proporcionada y la que sería razonable prestar. En nuestro caso, la oportunidad de mejora seleccionada ha sido la calidad de los informes clínicos. Esta selección no ha sido casual, sino que se ha basado en la consideración de que el informe clínico forma parte de la asistencia, supone la especificación del proceso asistencial completo aplicado a un binomio concreto paciente-patología y está dirigido al cliente externo (paciente) e interno (profesional que remite al paciente). Para poder medir la calidad de los informes clínicos necesitamos criterios, que son herramientas o referentes con los que medimos la

calidad. Aspectos esenciales y relevantes de la atención sanitaria que queremos evaluar para medir su grado de cumplimiento, lo cual nos indicará distintos niveles de calidad¹. En sentido estricto, el término «estándar» corresponde a un determinado nivel de cumplimiento de un criterio, pero el uso ha convertido los términos «criterio» y «estándar» en sinónimos.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es exponer los criterios que el Comité de Calidad ha construido, como herramienta o referente para medir la calidad de los informes clínicos emitidos por alergólogos relativos a los pacientes diagnosticados de Asma y/o Alergia Medicamentosa.

MÉTODO

Las pautas que guiaron la elaboración de estos criterios fueron las propuestas por Palmer² (Tabla I), siendo conscientes de que la utilidad de la evaluación dependerá de la correcta elección de los criterios. La existencia de aclaraciones correctas y exhaustivas evitan que quien evalúe tenga que

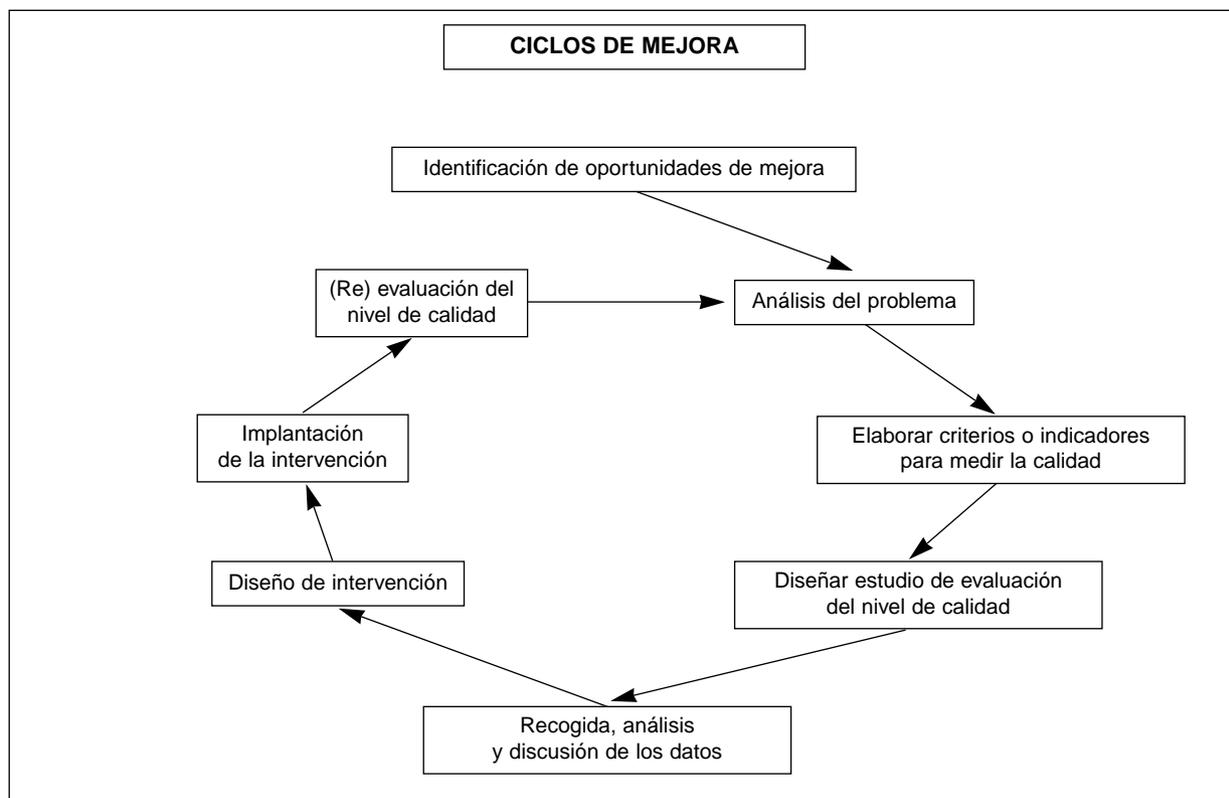


Figura 1

Tabla I. Pautas para la elaboración de criterios

-
- Simples
 - Número limitado
 - Mínimos parámetros esenciales
 - De efectividad probada o de acuerdo general
 - Evitar parámetros peligrosos, ineficaces exagerados o innecesarios
 - Aaptables a los recursos de los profesionales y pacientes
 - Contenido actualizado
-

«interpretar» el criterio, contribuyendo a que éste sea fiable. La especificación de excepciones puede influir en la fiabilidad y validez del criterio¹.

Tras una búsqueda de bibliografía referente a criterios de calidad de informes clínicos infructuosa, se decidió elaborarlos por consenso de los miembros de este grupo de trabajo. El proceso de elaboración de estos criterios o estándares constó de varias etapas: 1) Reflexión individual con generación de un listado de criterios por parte de cada miembro del Comité. 2) Discu-

sión y acuerdo del grupo, que dio lugar a la primera versión del documento. 3) Reevaluación de criterios que generó una segunda versión. 4) Evaluación de los informes con la apreciación de diversos problemas de aplicabilidad de los criterios manejados, con lo que se procedió a la modificación de algunos de ellos, tras lo que quedó lo que consideramos versión final (al menos versión actual), que es la aplicada en la evaluación que será presentada en las siguientes intervenciones.

CRITERIOS O ESTÁNDARES MÍNIMOS DE LOS INFORMES CLÍNICOS DE ASMA BRONQUIAL Y ALERGIA MEDICAMENTOSA

Se seleccionaron y definieron 18 criterios que consideramos deben cumplir los informes de asma y 17 criterios para los informes de alergia medicamentosa. El conjunto de criterios o estándares

Anexo I. Estándares mínimos del informe clínico de asma bronquial

Item	Denominación	Explicación
1	Identificación del enfermo	Al menos nombre y apellidos e historia clínica.
2	Identificación del médico y centro	Al menos nombre del especialista y dirección de contacto.
3	Edad del enfermo	Edad o fecha de nacimiento.
4	Fecha de emisión de informe	Opcional fecha de visita.
5	Firma del médico	Aval de staff en caso de M.I.R.
6	Motivo de consulta	Problema de salud que refiere el paciente para acudir a consulta. Opcional incluir el diagnóstico del médico remitente.
7	Procedencia del enfermo	Obligado entre servicios y opcional entre colegas.
8	Enfermedad o problema actual	Datos esenciales y relevantes de la anamnesis que justifican las exploraciones y la asistencia proporcionada.
9	Mención del hábitat	Opcional, doméstico/ocupacional.
10	Otros problemas «alérgicos» actuales y no estudiados ni controlados	Otros problemas subsidiarios de ser estudiados en el momento actual y que justifican una asistencia en el momento actual.
11	Antecedentes personales/f	Obligados los relevantes para el problema actual.
12	Hallazgos exploración física	Relevante para el problema actual.
13	Exploraciones complementarias	Relevantes: Bioquímica, radiología...
14	Exploraciones funcionales respiratorias	Expresión de al menos CV, VEMS bien % sobre teórico o bien valoración del patrón ventilatorio en grados. La respuesta a beta 2 debe expresar el % de mejoría o bien el grado. En la respuesta a agentes inespecíficos debe constar el punto de corte.
15	Exploración alergológica	
15a	Test cutáneos	Identificar los alérgenos positivos como «positivo», o con símbolos (cruces) en relación a controles. Identificar alérgenos negativos.
15b	Test de provocación	Valoración «positivo», concentración de alérgeno 0 y tipo de respuesta (inmediata, tardía,...).
15c	IgE	Expresa en clase o unidades.
16	Juicio clínico o diagnóstico	Separar el diagnóstico de los comentarios aclaratorios.
17	Tratamiento	
17a	Control ambiental	Mención de medidas ambientales recomendadas.
17b	Inmunoterapia y tratamiento medicamentoso	Constancia expresa del tipo, composición y marca de la inmunoterapia, nombre, dosis, cadencia y duración del tratamiento medicamentoso.
18	Seguimiento	Obligada constancia aunque sea para explicitar que no precisa control posterior.

mínimos se recoge en el Anexo I, en el caso de los informes de asma y en el Anexo II en el caso de los informes de alergia medicamentosa. Como puede apreciarse, algunos de ellos comprenden a su vez

varios parámetros que deben aplicarse de forma independiente y otros (criterios sombreados) fueron eliminados de la versión final y por tanto no se evaluó su presencia en los informes revisados.

Anexo II. Estándares mínimos del informe clínico de alergia medicamentosa

Item	Denominación	Explicación
1	Identificación del paciente	Como mínimo: Nombre, apellidos y N.º H.ª.
2	Identificación del centro/médico	Como mínimo: Nombre del especialista y dirección de contacto.
3	Edad del paciente	o fecha de nacimiento.
4	Fecha de emisión del informe	<i>Opcional:</i> fecha de visita.
5	Firma del médico	Aval del staff en caso de M.I.R.
6	Motivo de la consulta	Problema de salud que refiere el enfermo al acudir a la consulta. <i>Opcional:</i> incluir el diagnóstico del médico remitente.
7	Procedencia del paciente	Obligado entre servicios y <i>opcional</i> entre colegas.
8	Enfermedad o problema «actual»	Datos esenciales y relevantes obtenidos de la anamnesis que justifican las exploraciones y la asistencia.
9	Fármacos tolerados	Mención específica de los fármacos que el paciente ha tolerado con posterioridad a la reacción o reacciones que han motivado el estudio. <i>Excepciones:</i> Si el paciente no ha tomado ningún fármaco tras la reacción (aunque debe hacerse constar este dato).
10	Otros problemas «alérgicos» actuales y no estudiados o controlados	Otros problemas subsidiarios de ser estudiados que justifican una asistencia en el momento actual.
11	Antecedentes familiares y personales	Obligados los que sean relevantes para el problema actual.
12	Hallazgos de la exploración física	Relevantes para el problema actual.
13	Exploraciones complementarias	Análítica, Radiología, etc. en caso de que sean relevantes para el problema actual.
14	Exploración alergológica	
14b	Test cutáneos (prick/intradermorreacción)	<p>Especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los fármacos con los que se han realizado las pruebas. • La o las técnicas empleadas (prick y/o intradérmico). • Tiempo de lectura: inmediata, tardía (en este último caso indicar explícitamente las horas a las que se realiza la lectura). <p>Expresión de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados positivos se expresarán utilizando el término «positivo» o de forma numérica (mm) o con símbolos (cruces); estos dos últimos en relación con los controles (la relación con los controles sólo se hará constar en la lectura inmediata). • Los resultados negativos como «negativos».
14b	Epicutáneas	<p>Especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los fármacos con los que se han realizado las pruebas. • Tiempo en el que se realiza la o las lecturas (horas). <p>Expresión de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados negativos como «negativos». • Los positivos como «positivos» o con símbolos (cruces) siguiendo los mismos criterios de lectura que para otros test epicutáneos.
14c	IgE específica	Expresar en clases o unidades.
14d	Pruebas de provocación/tolerancia (con fármacos o placebo)	Hacer constar fármaco administrado, dosis alcanzada (se acepta el término dosis terapéutica) y vía de administración. Expresar el resultado: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el paciente no tiene ningún efecto adverso con el fármaco: como negativo o se confirma tolerancia. • Si el paciente presenta una reacción con el fármaco: resultado positivo.
15	Juicio clínico o diagnóstico	Separar el diagnóstico de los comentarios aclaratorios.
16	Tratamiento / Profilaxis / Medidas	Debe constar siempre: <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos prohibidos. <i>Opcional:</i> Alternativas terapéuticas. <i>Excepción:</i> No se prohíba ningún fármaco.
17	Seguimiento	Obligada constancia, aunque sea para señalar que no precisa control posterior por el alergólogo (Alta).

Estos estándares recogen algunos criterios muy elementales, como los datos administrativos (identificación del paciente, médico, etc.), y otros que podríamos calificar como de controvertidos. Ejemplos de estos últimos serían el informe de los test cutáneos exigiendo la identificación de los alérgenos probados con resultado negativo, o de la exploración funcional respiratoria en la que se considera no cumplido el criterio si se expresan los resultados exclusivamente en forma de valores absolutos.

Debemos recalcar el hecho de que estos estándares han surgido del consenso de un grupo de trabajo. Es ni más ni menos que una herramienta que hemos diseñado para trabajar en la mejora de la calidad de los informes clínicos que emitimos,

¿mejorable? probablemente. Puesto que es la primera no es perfecta, se puede pulir, pero como veremos en las siguientes intervenciones ha demostrado ser útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saturno PJ, Antón JJ, Santiago MC. En Curso de Calidad Asistencial en Atención Primaria: Métodos de evaluación, técnicas y herramientas para la mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Unidad Temática 6. Universidad de Murcia. DuPont Pharma 1977.
2. Palmer RH. En Evaluación de la asistencia ambulatoria: Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cap. 8. Madrid, 1990.

Evaluación multicéntrica y anónima de informes clínicos de asma

J. M. Bertó Salort*, M. C. Morales Amodeo**

*Unidad de Alergia. Hospital Clínico Universitario. Valencia. **Unidad de Alergia. Hospital General Universitario. Alicante

Una vez establecidos de forma consensuada los «Criterios Mínimos» de la actividad que se está analizando, en este caso informes clínicos, es necesario conocer la situación real de la que se parte, siempre con el objetivo de mejorarla.

Con este fin se ha procedido a la evaluación de informes clínicos de asma procedentes de diferentes Unidades de Alergia, valorando en cada caso la cumplimentación o no de los criterios mínimos previamente establecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado una muestra consistente en informes clínicos de asma procedentes de seis

Unidades de Alergia a las que pertenecen miembros del Comité de Calidad Asistencial. Las Unidades de Alergia participantes, todas encuadradas en Hospitales del Servicio Nacional de Salud, han sido: H. La Fe (Valencia), H. General Yagüe (Burgos), H. Dr. Peset (Valencia), H. Virgen del Camino (Pamplona), H. General (Alicante) y H. Clínico (Valencia).

En todos los casos los informes correspondían a pacientes visitados por primera vez, quedando excluidos los informes de revisión. La selección de los informes se realizó de forma completamente aleatoria en cada centro participante.

Uno de los miembros del Comité distribuyó los informes de forma aleatoria, anónima y cruzada,

entre otros seis miembros, los cuales efectuaron el análisis.

Los informes se evaluaron con arreglo a los criterios mínimos anteriormente expuestos, de forma que cada ítem de información se valoró en una sola de las siguientes categorías:

- a) Cumple, la información consta de forma adecuada al estándar mínimo.
- b) No cumple, la información no consta o no se adecúa al estándar mínimo.
- c) Dudoso, por alguna razón.
- d) No Aplicable, la información no tiene por qué figurar en un caso concreto.

El análisis de los resultados se realizó tanto de forma global como parcialmente por Unidades.

Los resultados se expresaron para cada ítem de forma porcentual, indicándose en cada caso la razón de la no cumplimentación del criterio. El grado de cumplimentación de un ítem se valoró como: alto (90-100% cumple), moderado (80-90%), y bajo (menos del 80% cumple).

RESULTADOS

Los informes clínicos de asma revisados fueron 215. La distribución por Unidades de Alergia fue: 50, 18, 38, 50, 48 y 11 informes.

Los ítems con bajo grado de cumplimentación fueron: pruebas cutáneas (7,4%), EFR (60%), Hábitat (74%), y medidas de control ambiental (76,2%). Se observó moderada cumplimentación en: Antecedentes Personales/Familiares (89,8%), y exploración física (89,8%). El resto de ítems manifestó un alto grado de cumplimentación.

Analizando más detenidamente los resultados obtenidos en los ítems más importantes desde el punto de vista alergológico, se observan los siguientes hallazgos.

El resultado de las pruebas cutáneas no constaba en cuatro pacientes (1,9%), mientras que en 195 (90,7%) no se especificaban en el informe los alérgenos testados con resultado negativo, lo cual se consideró que no se adecuaba al criterio mínimo, por lo que el 92,6% de los informes no cumplía el criterio mínimo en este ítem.

La exploración funcional respiratoria no cum-

plió el criterio mínimo en el 40,0% de los casos. En 28,4% no constaban los resultados de EFR, y en 11,6% restante, los resultados estaban expresados de forma inadecuada (generalmente por indicación de los valores espirométricos absolutos exclusivamente).

El tratamiento, como se ha señalado anteriormente, se dividió en tres ítems: control ambiental, inmunoterapia y farmacoterapia. En el 2,40% de los informes no constaba ninguna medida de control ambiental, mientras que en el 6,0% y 8,8% de los informes no se expresaba correctamente la forma de administración de la inmunoterapia y farmacoterapia, respectivamente.

Finalmente, al realizar el análisis de los resultados de forma parcial por Unidades de Alergia, se observó bastante dispersión entre éstas en la cumplimentación de determinados ítems. Esta dispersión fue especialmente importante en: pruebas cutáneas (entre 0 y 77,8% según Unidades), EFR (entre 0 y 87,6%), hábitat (28-100%), y medidas control ambiental (entre 27,8 y 97,4%).

CONCLUSIONES

— La mayoría de los informes revisados cumple gran parte de los criterios mínimos establecidos y pueden considerarse correctos, aunque mejorables.

— No obstante, en ítems alergológicamente tan importantes como pruebas cutáneas, EFR, hábitat y Medidas de Control Ambiental, se observa un bajo grado de cumplimentación. Esto debe llevar a cierta reflexión dado que parece ser que la información que peor se refleja en los informes es la más relacionada con nuestra especialidad.

— Asimismo es en la especificación de esta información donde más dispersión se encuentra entre diferentes Unidades.

— Por último, se debe tener en cuenta que la realización de informes clínicos no es más que una pequeña parte de nuestra actividad asistencial. El Comité de Calidad Asistencial ha escogido su evaluación a modo de ejemplo con la intención de difundir la idea de que, aunque las cosas se hagan bien, siempre pueden ser mejoradas.

Resultados de una evaluación multicéntrica y anónima de informes clínicos de alergia medicamentosa

C. Morales, J. L. Eseverri, M. Sánchez

Comité de Calidad Asistencial de la S.E.A.I.C.

El objetivo del presente trabajo fue establecer la utilidad de los criterios elaborados por el Comité de Calidad Asistencial de la S.E.A.I.C. para evaluar los informes clínicos de alergia medicamentosa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo en el que participaron cinco miembros del Comité de Calidad Asistencial, que desarrollan su actividad profesional en diferentes hospitales de nuestro país (*Hospital A, B, C, D y E*), a los que se solicitó que remitieran 50 informes clínicos de pacientes atendidos en su consulta en los 12 meses previos por un problema de alergia a fármacos, seleccionados de forma aleatoria y en los que no debía constar ningún dato que permitiera la identificación del hospital, médico o paciente.

Se procedió a una evaluación cruzada y anónima. Cada uno de los participantes en el estudio (*Evaluador 2, 3, 4, 5 y 6*) revisó los informes clínicos procedentes de un hospital, con el objeto de establecer si cumplían o no los criterios propuestos por el Comité (Tabla I). Cada criterio debía ser catalogado como: cumplido, no cumplido, no aplicable (alternativa aceptable, no es necesario que se cumpla el criterio en ese caso) y dudoso (no incluible en ninguna de las categorías anteriores).

Tras esta *evaluación inicial* se realizó una reunión por si era necesario redefinir, actualizar o eliminar algún criterio. Acordándose que:

- Los criterios 1, 2, 4 y 5 (datos de filiación del paciente, identificación del médico y hospital) se aceptaba que se cumplían en todos los casos puesto que se habían eliminado voluntariamente para preservar el anonimato del estudio.

- El criterio 7 (procedencia del enfermo), no podía ser evaluado, ya que no podíamos determinar si el paciente era remitido desde otro servicio hospitalario.

- Los criterios 10, 11, 12 y 13 si estaban ausentes en el informe se consideraban no aplicables (no necesarios para el problema actual).

- El criterio 14a (pruebas cutáneas) se consideró como cumplido aunque no constará técnica, tiempo de lectura y resultado de los controles. El 14b (pruebas epicutáneas) se consideró como cumplido aunque no constara el tiempo de lectura.

Todos los informes fueron reevaluados por otro miembro del Comité (*Evaluador 1*), para establecer si existían discrepancias con los otros revisores.

RESULTADOS

Se remitieron un total de 195 informes clínicos de alergia medicamentosa, de los cuales sólo se evaluaron 190, los cinco restantes fueron suprimidos por tratarse de duplicidades o informes referentes a otras patologías. El número de informes aportados por cada hospital varió notablemente: Hospital A: 33, Hospital B: 19, Hospital C: 43 (evaluados 41), Hospital D: 50 (evaluados 48), Hospital E: 50 (evaluados 49). Los resultados globales (N = 190) y por Hospitales se recogen en las Tablas II, III y IV.

El grado de concordancia entre el Evaluador 1 y los otros revisores en la Tabla V.

DISCUSIÓN

En primer lugar es necesario señalar que estos criterios fueron elaborados y *consensuados* por las mismas personas que nos sometimos a la evalua-

Tabla I. Criterios (estándares) del informe clínico de alergia medicamentosa

Estándar	Denominación	Explicación
1	Identificación del paciente	Nombre, apellidos y N.º H.ª.
2	Identificación del centro/médico	Nombre, especialista y dirección de contacto.
3	Edad del paciente	o fecha de nacimiento.
4	Fecha emisión informe	
5	Firma del médico	Aval staff en caso de M.I.R.
6	Motivo de la consulta	Problema de salud que refiere el enfermo para acudir a la consulta.
7	Procedencia del paciente	Obligado en consultas interhospitalarias.
8	Enfermedad/problema «actual»	Datos esenciales obtenidos de la anamnesis que justifican las exploraciones/la asistencia.
9	Fármacos tolerados	Mención específica de los fármacos que ha tolerado con posterioridad a la reacción/es que han motivado el estudio. Excepciones: Si no ha tomado ningún fármaco tras la reacción (aunque debe hacerse constar este dato).
10	Otros problemas «alérgicos» actuales no estudiados	Otros problemas subsidiarios de ser estudiados en el momento actual.
11	Ante. personales/familiares	Relevantes para el problema actual.
12	Hallazgos exploración física	Relevantes para el problema actual.
13	Exploraciones complementarias	Relevantes para el problema actual.
14a	P cutáneas (prick/intradermo)	<i>Especificar:</i> Todos los fármacos con los que se han realizado las pruebas. Las técnicas empleadas/Tiempo de lectura. <i>Expresión resultados:</i> Los resultados positivos se expresarán utilizando el término positivo, con símbolos (cruces), o en milímetros en relación a los controles. Los resultados negativos como «negativos».
14b	Epicutáneas	<i>Especificar</i> todos los fármacos con los que se han realizado las pruebas. Concentración y vehículo. Tiempo en el que se efectúa la lectura. <i>Expresión resultados:</i> Negativos como negativos. Los positivos como positivos o con símbolos (cruces) siguiendo el mismo criterio de lectura que para otros test epicutáneos.
14c	IgE específica	Expresar en clases o unidades.
14d	Pruebas provocación/tolerancia	Debe constar fármaco, dosis alcanzada vs dosis terapéutica y vía de administración. <i>Expresión resultados:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el paciente no tiene ningún efecto adverso: negativo o se confirma tolerancia. • Si el paciente presenta alguna reacción con el fármaco: resultado positivo.
15	Juicio clínico o diagnóstico	Separar el diagnóstico de comentarios.
16	Tratamiento/Recomendaciones	Debe constar siempre fármacos prohibidos. • <i>Excepción:</i> No se prohíbe ningún fármaco.
17	Seguimiento	Obligada constancia, aunque sea para señalar que no precisa control posterior por alergólogo (Alta).

El sombreado criterios eliminados.

En gris criterios no evaluados.

Tabla II. Criterios cumplidos %

Hospital (n)	Edad (St. 3)	M. consulta (St. 6)	E. actual (St. 8)	F. tolerados (St. 9)
A (33)	100%	100%	100%	79%
B (19)	95%	100%	100%	79%
C (41)	93%	100%	100%	42%
D (48)	97%	100%	100%	31%
E (49)	100%	100%	100%	76%
Total (190)	98%	100%	100%	58%

Tabla III. Criterios cumplidos o no aplicables %

Hospital (n)	P. cutáneas (St. 14a)	Epicutáneas (St. 14b)	IgE especif. (St. 14c)	Provocación (St. 14d)
A (33)	100%	100%	100%	70% ☆
B (19)	74% #	100%	100%	63% ☆
C (41)	64% #	100%	100%	61% ☆
D (48)	94% #	88% #	100%	97% ☆
E (49)	100%	100%	100%	98% ☆
Total (190)	88% #	97% #	100%	81% ☆

No se especifican todos los fármacos con los que se han realizado las pruebas cutáneas o epicutáneas.

☆ No se especifica dosis alcanzada en la provocación *versus* dosis terapéutica.

Tabla IV. Criterios cumplidos o no aplicables %

Hospital (n)	Diagnóstico (St. 15)	Tratamiento (St. 16)	Seguimiento (St. 17)
A (33)	100%	100%	90%
B (19)	85%*	85%*	26%
C (41)	100%	98%	49%
D (48)	100%	96%	100%
E (49)	100%	96%	100%
Total (190)	98%*	96%	80%

* En tres casos (15 %) el criterio se clasificó como DUDOSO.

ción, y que el estudio se realizó sobre informes clínicos realizados antes de que estableciéramos dichos criterios, con el fin de valorar si eran *realistas*, es decir si lo que habíamos fijado sobre el papel tenía relación con nuestra práctica diaria. Por este motivo se decidió incluir a todos los

Hospitales en el estudio, a pesar de que algunos aportaron un escaso número de informes, debido fundamentalmente a problemas estructurales (secretaría, soporte informático, etc.).

La primera reunión tras realizar la revisión inicial permitió modificar y suprimir algún criterio

Tabla V. Concordancia con Evaluador 1

Evaluador	P. cutáneas (St. 14a)	Epicutáneas (St. 14b)	IgE especif. (St. 14c)	Provocación (St. 14d)
2	100%	100%	100%	100%
3	90%	100%	100%	100%
4	100%	100%	100%	100%
5	66%*	98%	96%	80%
6	no datos	no datos	no datos	no datos

Con el resto de los criterios la concordancia fue prácticamente del 100%.

- * Las discrepancias observadas con el Evaluador 5 fueron debidas a que éste consideró que no era necesario especificar todos los antibióticos beta-lactámicos con los que se han realizado las pruebas para que el criterio 14a se clasificase como cumplido.
- No se pudo comparar los resultados con el Evaluador 6, ya que éste no remitió las fichas individuales de los informes revisados.

por considerar que su ausencia en un informe clínico de alergia medicamentosa no era signo de *no calidad*. Y posiblemente la opinión de otros especialistas ocasione nuevas modificaciones.

En general el grado de cumplimiento de la mayoría de los criterios fue superior a un 80%. Y no existían diferencias notables entre los evaluadores lo que indicaba que los criterios eran *fiabes* y su definición era clara y precisa.

El análisis de los resultados por hospitales nos permitió detectar:

- Fallos sistemáticos, ya que como se puede observar en los resultados cada uno de nosotros tiende a incumplir algún criterio con mayor frecuencia.
- Y algunos fallos o errores aislados (incumplimiento criterio 15: diagnóstico y 16: tratamiento) que aunque excepcionales pueden tener una trascendencia importante para el paciente y nos obligarían a revisar estos casos con el objeto de identificar las causas de este incumplimiento, y poner las medidas oportunas para que este fallo no se vuelva a repetir.