



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

“Evaluación de la calidad de la atención a través de los expedientes clínicos de pacientes con artritis reumatoide del servicio de reumatología del Hospital General de México”

TÉSIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA

PRESENTA:

DRA. JESSICA E. FIGUEROA ESTRADA.

ASESOR

DRA. LETICIA LINO PÉREZ
DRA. GABRIELA HUERTA SIL.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS

Título:

“Evaluación de la calidad de la atención a través de los expedientes clínicos de pacientes con artritis reumatoide del servicio de reumatología del Hospital General de México”.

Unidad Participante:

Servicio de Reumatología pabellón 404 del Hospital General de México O.D.

Presenta:

Dra. Jessica E. Figueroa Estrada

Médico residente de la especialidad de Reumatología

RFC: FIEJ 820306

Teléfono: 56690453

Jess_fig@hotmail.com

Asesores:

Investigador responsable:

Dra. Leticia Lino Pérez

Jefe del Servicio de Reumatología.

RFC: LIPL 6003019R0

Teléfono: 55-33- 41- 80

llinop@yahoo.com.mx

Investigadores asociados:

Dra. Gabriela Huerta Sil

Médico Adscrito del Servicio de Reumatología

RFC: HUSG 7404134Y8

Teléfono: 85-96-47-07

Gabysil2000@yahoo.com.mx

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	17
REFERENCIAS.....	20
ANEXOS.....	22

RESUMEN.

Antecedentes: A nivel mundial la calidad de la atención es un problema que directamente influye sobre los resultados en salud, de tal manera que son muchos y muy variados los enfoques desde los cuales se ha tratado de evaluar e implementar. *The Arthritis Foundation Quality Indicator Project*⁸, en el año 2004 proponen un grupo de indicadores que miden el proceso para evaluar la calidad de la atención, que influyeran en los resultados y fueran medibles, finalmente estos indicadores se presentaron a un panel de expertos y utilizando *RAND/UCLA Appropriateness Method* establecieron 27 medidas de calidad en artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar el proceso de calidad de la atención en los pacientes con artritis reumatoide a través del expediente clínico.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo. Se incluyeron 70 expedientes de pacientes atendidos en consulta externa del servicio de reumatología del Hospital General de México, con diagnóstico de artritis reumatoide, evaluándose las consultas brindadas durante los primeros 2 años de seguimiento, la recolección de los datos se basó en los indicadores de calidad propuestos por la Arthritis Foundation en 2004.

Resultados: Nuestra población de estudio se conformó de 70 pacientes, de los cuales el 91.4% pertenecen al sexo femenino y 8.6% al masculino, con una edad promedio de 47.4 ± 13 años. Hubo indicadores que se alcanzaron en un alto porcentaje, así como indicadores cuyo desempeño fue mínimo o nulo.

Conclusión: Ante la ausencia de un instrumento de medición que estandarice el nivel de atención otorgada, en este momento, podemos decir que nuestro trabajo puede servir para identificar las áreas más débiles y los estándares mínimos que deben ser implementados y documentados, esto último permitiendo una mejor calidad de atención y sus resultados.

ANTECEDENTES.

El concepto de calidad de atención en salud tiene orígenes que se remontan a los inicios de la práctica médica, sin embargo, es hasta el siglo XX en que el concepto de calidad de la atención se relacionó con el desarrollo de una buena práctica médica.¹

Lee y Jones en 1933 consideraron que “la buena atención médica es el tipo de medicina que practican y sueñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto período del desarrollo social, cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población” donde hicieron énfasis en que en la práctica médica no puede tener un patrón estandarizado.²

Más recientemente Donabedian incorporó el concepto de calidad de la atención como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”. Desarrolló un modelo donde el análisis de la calidad se da a partir de las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, con lo que se ha facilitado la medición ordenada de las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Sus propuestas incluyen una división de la atención en técnica e interpersonal, en donde la primera propone que la calidad se constituye por tres elementos que son:

Estructura: infraestructura, recursos materiales y elementos organizacionales.

Proceso: Acciones que realiza el equipo de salud por el paciente y la capacidad y habilidad con que lo hacen, así como las acciones del paciente.

Resultado: Punto en donde concluye la atención y puede evaluarse en la esfera clínica, fisiológica, bioquímica, física, social por mencionar algunas, incluyendo también la satisfacción de los pacientes. Sin obtención temprana de los mismos, debido a la cronicidad de la enfermedad. Lo anterior ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.^{3,4,5.}

El concepto de calidad de atención en salud ha evolucionado en los últimos años haciéndose cada vez más complejo. En los últimos años la OMS emitió la

siguiente definición: “ asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.⁶

Y el Instituto de Medicina como “el grado en el cual los servicios de atención en salud para individuos y poblaciones incrementan la posibilidad de alcanzar las metas en salud y que son consistentes con el conocimiento profesional actual”.^{7,8} Cuya limitante principal es que no todos los aspectos que involucran el concepto de atención a la salud pueden ser susceptibles de medición.

Las medidas de calidad son herramientas que permiten cuantificar la calidad de un aspecto seleccionado de la atención, comparándolo con un criterio. Estas medidas de calidad están basadas en la literatura publicada, guías basadas en evidencia, recomendaciones, opinión de expertos por medio de una búsqueda sistemática.

Existen 5 medidas de calidad potenciales: estructura, procesos, desenlace o respuesta, acceso y experiencia del paciente.

Dichas medidas de calidad tienen cuatro propósitos bien definidos: mejorar la calidad, contabilidad, transparencia e investigación.

Así mismo, los atributos de las medidas de calidad son:

- Importancia: se refiere a la relevancia clínica y en salud pública.
- Validez científica: abarca las características de una medida, tales como el ajuste de la validez, confiabilidad y riesgo.
- Factibilidad: indica las consideraciones prácticas que en la evaluación de la medida de calidad son los datos fácilmente disponibles, el proceso de medición implementado, los costos y la recopilación de datos.
- Aplicabilidad: Población en que se establecen.

Los aspectos específicos y mensurables de atención se caracterizan como indicadores de calidad. La traducción de un indicador de calidad en una medida de calidad, permite su medición durante la práctica clínica.⁸

Existe un modelo de enfermedades crónicas descrito por Wagner, que proporciona un marco para determinar la forma de mejorar la calidad de la atención de los pacientes con AR. Este modelo hace hincapié en 4 componentes principales: 1) proporcionar a los pacientes apoyo en los autocuidados para aumentar la auto-suficiencia. 2) Reorganización de sistemas prácticos de equipo para ayudar a satisfacer las necesidades del paciente. 3) Desarrollar y poner en práctica guías clínicas, basadas en la evidencia. 4) Aumentar sistemas de información, para ayudar a crear registros para el seguimiento y retroalimentación en el desempeño. Este modelo puede ser aplicado para medir y mejorar los indicadores de calidad existentes en AR, que en última instancia mejorarían la calidad de la atención prestada a los pacientes, por ejemplo, una manera de reorganizar la práctica del sistema para satisfacer las necesidades del paciente con AR, sería pensar en la mejor forma de captura de información, sobre la evaluación de la actividad de la enfermedad, que es el foco en gestión de la AR y en cuanto a la terapéutica el objetivo principal es la remisión de la enfermedad, basándonos entonces en los registros de la actividad y respuesta al tratamiento en los pacientes con AR en la práctica habitual.⁹

Recientemente se dieron a conocer dos reportes que reconocen serias deficiencias en la calidad de atención en salud, aún en países tan desarrollados como en EUA, por ejemplo, se evidenció que solo la mitad del tiempo existe adhesión a los mínimos estándares aceptables de atención en salud y que hasta un 43% de los pacientes no reciben tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad. A partir de entonces diversos organismos se han dado a la tarea de implementar maniobras para alcanzar los estándares de calidad de atención. El área de reumatología no es la excepción, intentando mejorar la calidad, la equidad y asegurar una adecuada atención de la salud, realizando esfuerzos en la medición de la calidad principalmente en pacientes con artritis reumatoide.^{10,11}

El primer esfuerzo se remonta a la investigación realizada por MacLean y colaboradores en pacientes con AR donde aplicaron medidas de calidad en el

proceso de atención de los pacientes en base a la evidencia previamente publicada en las guías de manejo de AR del ACR y de las guías de tratamiento publicadas por las distintas asociaciones médicas relacionadas con las comorbilidades de los pacientes. Demostraron que la calidad de atención era subóptima en relación a la presencia de comorbilidades, el tratamiento y el mantenimiento de la salud. Aquellos pacientes que recibieron atención por un conjunto con especialistas, dependiendo de las comorbilidades presentadas, recibieron una mejor calidad de atención. Este estudio fue fundamental en la identificación de deficiencias en la calidad de atención en pacientes con AR y sentó las bases para la definición y aplicación de indicadores de calidad en AR para futuros estudios.¹²

A partir de entonces distintos grupos de estudio se han dado a la tarea de identificar las medidas de calidad de atención en esta población, con diversos resultados. Van Hulst desarrolló una herramienta utilizando medidas de proceso, medidas estructurales y medidas de resultados resultando en 18 indicadores de calidad, cuyo objetivo principal fue determinar la calidad de la atención durante el curso de la enfermedad. La posibilidad de generalizar la viabilidad de estos indicadores de calidad sigue en estudio para la aprobación de los mismos y para su uso en la práctica clínica, principalmente por la dificultad de la evaluación de los resultados que no se esperan sean a corto plazo.¹³

El Colegio Americano de Reumatología considera el medir la calidad para mejorar los desenlaces a largo tiempo, la seguridad y asegurar el acceso al tratamiento apropiado, de ahí que, en 2004, la Fundación para la Artritis desarrolló un proyecto de indicadores de calidad para establecer las medidas que podrían ser utilizadas para evaluar la calidad de la atención en los pacientes con artrosis y artritis reumatoide basados en el proceso de atención proporcionado a los pacientes, es decir, el tipo y cantidad de atención que se proporciona. Se definió entonces cada indicador de calidad propuesto en términos de la población a la que sería aplicable, los procesos de atención que se miden, y el impacto esperado del proceso sobre los resultados. Se construyeron los potenciales indicadores de calidad basándose en los

términos *si-entonces*; donde la porción *si* de la instrucción, describe las características clínicas del paciente y el entonces, define el proceso de atención que debe o no de realizarse, y describe el impacto de salud esperado del proceso sobre la especificada población.

Ejemplo. Si el paciente ya tiene el diagnosticado establecido de Artritis Reumatoide, ENTONCES debe ser evaluado por el médico reumatólogo en forma anual.

Lo anterior se desarrolló mediante el método UCLA/RAND que combina revisiones sistemáticas de la literatura y un panel de expertos, dando como resultado 27 indicadores de calidad, que representan un estándar mínimo para evaluar la calidad de la atención de los pacientes con AR en base a los procesos de atención, tales como estudios de imagen, inicio y modificaciones al tratamiento establecido, indicación de terapia de rehabilitación, necesidad de procedimientos quirúrgicos, control inicial y subsecuente de estudios de laboratorio, riesgos y eventos adversos con el uso de fármacos.¹⁴

Hasta el momento un solo estudio realizado en 2007 se ha dado a la tarea de evaluar tales indicadores en pacientes con AR, concluyendo de forma dichas medidas de calidad representan la mínima atención que tendrían que recibir los pacientes y que aún tendrá que trabajarse para refinar las definiciones y captar medidas adicionales para tener mayor evidencia en la calidad brindada a los pacientes.¹⁵

La mayor parte de las medidas de calidad en AR, actualmente en uso están basadas en procesos y no en los resultados. En las enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, es difícil desarrollar, medir y definir los indicadores de calidad de la atención y evaluar los resultados, ya que estos puede tardar años en producirse y están influenciados por una multitud de factores que a menudo no se encuentran bajo el directo control del paciente, el médico o los sistemas de salud. Sin embargo, a pesar de estos desafíos, el objetivo último de las estrategias de tratamiento de la AR es la mejora de una variedad de resultados para los pacientes con AR, incluidos en estos la calidad de la atención brindada.^{8,16}

Desafortunadamente en nuestro país no han sido desarrolladas guías encaminadas a la evaluación de la calidad de la atención que reciben nuestros

pacientes, de ahí la necesidad de iniciar dicha evaluación tomando como referencia las guías establecidas por el Colegio Americano de Reumatología, con la finalidad de proveer un panorama de la situación en nuestra población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel mundial la calidad de la atención es un problema que directamente influye sobre los resultados en salud, de tal manera que son muchos y muy variados los enfoques desde los cuales se ha tratado de evaluar e implementar. Los principales enfoques van desde la caracterización de Donabedian (estructura, proceso y resultados) pasando por el punto de vista econométrico (por ejemplo calidad total) hasta la perspectiva humanística en donde se considera el sentir y vivencia de los pacientes.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica con impacto sobre la persona, la familia y la sociedad, por ello la atención al paciente debe otorgarse de manera oportuna y efectiva ya que esto es trascendental para los resultados en salud y calidad de vida.

Son varios los esfuerzos a nivel mundial para lograr que este grupo de pacientes reciban una atención de calidad desde el inicio de sus síntomas y a través de su seguimiento, por ello se han realizado guías de manejo y tratamiento o estándares para evaluar esta calidad, uno de las propuestas más importantes son las realizadas por *The Arthritis Foundation Quality Indicator Project*⁸, quienes en el año 2004 proponen un grupo de indicadores que miden el proceso para evaluar la calidad de la atención de pacientes con osteoartritis, artritis reumatoide y uso de analgésicos. Dichos indicadores se elaboraron a través de una metodología que incluyó una revisión sistemática de la literatura, la cual identificó los indicadores de calidad existentes y las guías clínicas, para posteriormente seleccionar aquellas variables que identificaban el proceso de atención, definieron indicadores en términos de la población para la cual se aplicarían, que influyeran en los resultados y fueran medibles, finalmente estos indicadores se presentaron a un panel de expertos

y utilizando *RAND/UCLA Appropriateness Method* establecieron 27 medidas de calidad en artritis reumatoide.

De manera empírica los reumatólogos consideramos que en nuestra práctica diaria la atención que brindamos es de calidad, pero requerimos una evaluación más objetiva que nos permita afirmar lo anterior, por ello nos proponemos verificar en base a los estándares propuestos por la *Arthritis Foundation* y otros más que hemos identificado en nuestra práctica diaria y en la literatura cómo es la calidad de atención que se otorga en el servicio de reumatología, a través de el proceso de atención en la consulta externa y que es plasmada en los expedientes clínicos.

JUSTIFICACIÓN

Desconocemos de manera objetiva como es la calidad del proceso de atención en la consulta externa en los pacientes con artritis reumatoide, consideramos que el expediente clínico cumple una función que nos permitirá evaluar esta atención.

Al conocer el apego a los estándares de calidad se podrán tomar decisiones para promover el cumplimiento de estos y así otorgar una atención de calidad que influya en los resultados de la enfermedad.

OBJETIVOS.

1.- Objetivo General.

Evaluar la calidad de la atención en los pacientes con artritis reumatoide a través del expediente clínico.

2.- Objetivos específicos.

Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de la *Arthritis Foundation*.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo. Se seleccionaron los expedientes clínicos de la consulta externa, del servicio de reumatología. Se eligieron 10 expedientes por clínica de artritis reumatoide (siete clínicas), en total 70 expedientes y se evaluaron las consultas otorgadas durante los primeros dos años de seguimiento en el servicio, recabando los datos del expediente en la hoja de recolección de datos sobre calidad de la atención (anexo 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

De acuerdo al tipo de variable se evaluaron medidas de tendencia central y de dispersión, y de acuerdo al comportamiento se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas. El análisis fue procesado en programa SPSS versión 12.

ASPECTOS ÉTICOS.

La investigación es considerada sin riesgo de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, no requiere consentimiento informado, sólo fue necesaria la aprobación del comité de investigación del Hospital General de México OD.

Se apega a los principios de investigación médica establecidos en la Declaración de Helsinki de 1975.

RESULTADOS

A continuación mostramos los resultados obtenidos del análisis descriptivo.

Tabla 1. Muestra los datos demográficos y basales de la evaluación inicial.

Tabla 1. DATOS DEMOGRÁFICOS.

		N= 70
Sexo	Mujeres	64 (91.4%)
	Hombres	6 (8.6%)
Edad		47.4 \pm 13 años
Tiempo de evolución a 1er Consulta		4.8 \pm 5.8 años
Tiempo de evolución hasta la última consulta		10.5 \pm 6.8 años
Número de Consultas x año		2.8 x año
Criterios ACR		
< 6 criterios		50 (71.4%)
\geq6 criterios		20 (28.6%)

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en cuanto al registro de estudio radiográfico solicitado en la visita basal, el grado radiográfico y la solicitud y registro de un control radiográfico al menos cada 3 años.

Tabla 2. ESTUDIO RADIOGRÁFICO.

		N= 70
Estudio radiográfico		
SI		56 (80%)
NO		14 (20%)
Grado Radiográfico		
Grado I		9 (16.1%)
Grado II		27 (42.8%)
Grado III		15 (26.8%)
Grado IV		5 (8.9%)
Control radiográfico posterior		
Al año		3 (4.2%)
A los 2 años		1 (1.4%)

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en cuanto al inicio de tratamiento en los primeros 3 meses posterior a la evaluación inicial, así como la indicación de monoterapia vs terapia combinada y el uso concomitante de glucocorticoides, AINE'S y analgésicos y finalmente si el paciente recibió recomendaciones con respecto a la contraindicación de embarazo, no consumo de alcohol y/o sulfas y probables efectos adversos con la ingesta de FARMES.

Tabla 3. **TRATAMIENTO INICIAL**

	N= 70
Inicio de tratamiento dentro de los primeros 3 meses a partir de la primer valoración.	70 (100%)
Monoterapia	31(44.2%)
Metotrexate	25
Cloroquina	3
Hidroxicloroquina	1
Sulfasalazina	2
Terapia Combinada	39 (55.7%)
MTX + SSZ	28
MTX + CLQ	4
MTX + HCQ	6
CLQ + SSZ	1
Glucocorticoides	29 (41.4%)
AINE'S	55 (78.5%)
Analgésicos	34 (48.5%)
Registro	
-No embarazo con el uso de MTX y Leflunomide	
SI	0
NO	19 (27.1%)
No aplicable x edad.	45 (64.2%)
-No ingesta de Alcohol	0
-No ingesta de Sulfas	0
-Efectos adversos	0

Tabla 5. Muestra el registro de las variables clínicas evaluadas en cada visita subsecuente, durante los 2 primeros años de seguimiento

Registro	Visita 1 n= 70	Visita 2 n= 70	Visita 3 n= 70	Visita 4 n= 70	Visita 5 n= 70	Visita 6 n= 70	Visita 7 n= 70
Situación actual							
SI	57 (81.4%)	57 (81.4%)	55 (78.6%)	55 (78.6%)	55 (78.6%)	53 (75.7%)	56 (80%)
NO	13 (18.6%)	13 (18.6%)	15 (21.4%)	15 (21.4%)	15 (21.4%)	17 (24.3%)	14 (20%)
Situación Actual							
Mejor o bien	34 (48.6%)	34 (48.6%)	35 (50%)	36 (51.4%)	33 (47.1%)	33 (47.1%)	32 (45.7%)
Igual o regular	11 (15.7%)	11 (15.7%)	12 (17.1%)	9 (12.9%)	15 (21.4%)	13 (18%)	19 (27.1%)
Peor o mal	12(17.1%)	12(17.1%)	8 (11.4%)	10 (14.3%)	7 (10%)	7 (10%)	5 (7.1%)
Sin registro	13 (18.6%)	13 (18.6%)	15(21.4%)	15(21.4%)	15(21.4%)	17 (24.3%)	14 (20%)
Rigidez articular matutina							
SI	56 (80%)	60 (85.7%)	63 (90%)	60 (94.3%)	58 (82.9%)	61 (87.1%)	65 (92.9%)
NO	14 (20%)	10 (14.3%)	7 (10%)	10 (5.7%)	12 (17.1%)	9 (12.9%)	5 (7.1%)
Articulaciones inflamadas							
SI	67 (95.7%)	62 (88.6%)	70 (100%)	66 (94.3%)	67 (95.7%)	67 (95.7%)	69 (98.6)
NO	3 (4.3%)	8 (11.4%)	-	4 (5.7%)	3 (4.3%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)
Articulaciones dolorosas							
SI	65 (92.9%)	64 (91.4%)	70 (100%)	66(94.3%)	68 (97.1%)	68 (97.1)	68 (97.1%)
NO	5 (7.1%)	6 (8.6%)	-	4 (5.7%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)
Evaluación de la actividad de la enfermedad							
SI	2 (2.9%)	2 (2.9%)	-	5 (7.1%)	1 (1.4%)	4(5.7%)	1 (1.4%)
NO	68 (97.1%)	68 (97.1%)	70 (100%)	65 (92.9%)	69 (98.6%)	66 (94.3%)	69 (98.6%)
Escala de Evaluación Actividad	DAS 28: 1 (1.4%)	DAS 28: 2 (2.9%)	---	DAS 28: 4 (5.7%) CDAI: 1 (1.4%)	DAS 28: 1 (1.4%)	DAS 28: 4 (5.7%)	DAS 28: 1 (1.4%)
Evaluación del estado funcional							
SI	31 (44.3%)	44 (62.9%)	45 (64.3%)	46 (65.7%)	56 (80%)	47 (67.1%)	47 (67.1%)
NO	39 (55.7%)	26 (37.1%)	25 (35.7%)	24 (34.3%)	14 (20%)	23 (32.9%)	23 (32.9%)
Escala de evaluación funcional:							
HAQ	15 (21.4%)	24 (34.3%)	25 (35.7%)	29 (41.4%)	32 (45.7%)	27 (38.6%)	28 (40%)
Clase funcional	8 (11.4%)	-	-	1 (1.4%)	4 (5.7%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)
Ambos	8 (11.4%)	20 (28.6%)	20 (28.6%)	16 (22.9%)	20 (28.6%)	19 (27.1%)	17 (24.3%)
No aplica	-	-	25 (35.7%)	25 (34.3%)	14 (20%)	23 (32.9%)	22 (31.4%)
Tratamiento							
SI	69 (98.6%)	68 (97.1%)	68 (97.1%)	67 (95.7%)	67(95.7%)	68 (97.1%)	68 (97.1%)
NO	1 (1.4%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)
Modificación del Tratamiento							
SI	44 (62.9%)	46 (65.7%)	37 (52.9%)	31 (44.3%)	27 (38.6%)	19 (27.1%)	35 (50%)
NO	25 (35.7%)	22(31.4%)	31(44.3%)	35(50%)	40(57.1%)	49(70%)	33 (47.1%)
Sin registro	1 (1.4%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)

Registro	Visita 1 n= 70	Visita 2 n= 70	Visita3 n= 70	Visita 4 n= 70	Visita 5 n= 70	Visita 6 n= 70	Visita 7 n= 70
Justificación de la modificación del Tratamiento							
Mejoria	2 (2.9%)	9 (12.9%)	4 (5.7%)	4 (5.7%)	3 (4.3%)	5(7.1%)	2 (2.9%)
Actividad	26 (37.1%)	18 (25.7%)	19 (27.1%)	9 (12.9%)	9 (12.9%)	7 (10%)	13 (18.6%)
Evento adverso	3 (4.3%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	-	1 (1.4%)	1 (1.4%)	1(1.4%)
Otro	14 (20%)	19 (27.1%)	11 (15.7%)	18 (25.7%)	14 (20%)	6 (8.6%)	20 (28.6%)
No aplicable	25 (35.7%)	23 (32.9%)	33 (47.1%)	39 (55.7%)	43 (61.4%)	51 (72.9%)	35 (50%)
Indicación de ácido fólico por el uso de MTX							
SI	63 (90%)	63 (90%)	61 (87.1%)	61 (87.1%)	61 (87.1%)	60 (85.7%)	60 (85.7%)
NO	2 (2.9%)	-	-	-	-	-	1 (1.4%)
Sin registro	1 (1.4%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)
No aplica	4 (5.7%)	5 (7.1%)	7 (10%)	6 (8.6%)	6 (8.6%)	8 (11.4%)	7 (10%)
Profilaxis con calcio por el uso de Glucocorticoides							
SI	2 (2.9%)	2 (2.9%)	1 (1.4%)	1(1.4%)	1 (1.4%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)
NO	17 (24.3%)	12 (17.2%)	7 (12.9%)	8 (11.4%)	8 (11.4%)	6 (8.6%)	6 (8.6%)
No aplica	51 (72.9%)	56 (80%)	62 (85.7%)	61 (87.1%)	61 (87.1%)	62 (88.6%)	62 (88.6%)
Registro de elevación de Transaminasas							
SI	3 (4.3%)	1 (1.4%)	5 (7.1%)	2 (2.9%)	-	-	-
NO	47 (67.1%)	32 (45.7%)	33 (47.1%)	42 (60%)	35 (50%)	42 (60%)	45 (64.3%)
Sin registro	20 (28.6%)	37 (52.9%)	32(45.7%)	26 (37.1%)	35 (50%)	28 (40%)	25 (25.7%)
Estudio radiográfico							
SI	43 (61.4%)	5 (7.1%)	3 (4.3%)	3 (4.3%)	-	-	1 (1.4%)
NO	27 (38.6%)	65 (92.9%)	67 (95.7%)	67 (95.7%)	70 (100%)	70 (100%)	69 (98.6%)
Estudios de laboratorio							
SI	63 (90%)	41 (58.6%)	38 (54.3%)	44 (62.9%)	38 (54.3)	43 (61.4%)	37 (52.9%)
NO	7 (10%)	29 (41.4%)	32 (45.7%)	26 (37.1%)	32 (45.7%)	27 (38.6)	33 (47.1%)
Envló a Rehabilitación							
SI	-	1 (1.4%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	1 (1.4%)	-
NO	34 (100%)	69 (98.6%)	68 (97.1%)	67 (95.7%)	68 (97.1%)	69 (98.6%)	34 (100%)
Uso de algún implemento u ortesis							
SI	-	-	-	-	-	-	-
NO	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)
Indicación de cirugía							
SI	1 (1.4%)	-	-	1 (1.4%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	-
NO	69 (98.6%)	34 (100%)	34 (100%)	34 (98.6%)	69 (98.6%)	69 (98.6%)	34 (100%)
Evaluación oftalmológica							
SI	2 (2.9%)	-	2 (2.9%)	-	3 (4.3%)	2 (2.9%)	-
NO	68 (97.1%)	34 (100%)	68 (97.1%)	34 (100%)	67 (95.7%)	68 (97.1%)	34 (100%)

DISCUSIÓN.

Recientemente distintos grupos a nivel internacional se han enfocado en desarrollar instrumentos para evaluar la calidad de atención, la mayoría de ellos enfocados al desenlace de las maniobras implementadas, sin embargo también existen instrumentos para realizar esta evaluación desde el punto de vista de los procesos. En el área de reumatología específicamente se han enfocado a la calidad de atención de acuerdo a los procesos, que pudieran reflejarse en una mejor calidad de atención y que a diferencia de la medición de desenlaces esta puede realizarse de forma continua sin tomar varios años para conocer el resultado.

Este trabajo fue desarrollado, basado en los 24 indicadores de calidad propuestos por la Arthritis Foundation en 2004, los cuales fueron desarrollados con el fin de poder evaluar el proceso de calidad de atención, mediante la aplicación y registro de cada uno de estos en las visitas de seguimiento, tomando en cuenta una primer evaluación en el estado basal y el registro de cada uno de los siguientes puntos: tiempo de evolución de la sintomatología a la primer visita con el reumatólogo, criterios de diagnóstico, evaluación radiográfica inicial y control posterior, inicio de tratamiento con FARMES, así como la terapia concomitante y las recomendaciones específicas en cuanto efectos adversos, estudios de laboratorio basales y de control, medición de la actividad y funcionalidad de los pacientes.

Cabe mencionar que hasta este momento solo existe un estudio en el que se consideraron las mediciones sugeridas por el Colegio Americano de Reumatología en una población de pacientes con artritis reumatoide y que a diferencia de nuestro estudio su estrategia consistió en extraer la información de documentos fuente y entrevistas con el paciente, alcanzando porcentajes altos en la mayoría de sus evaluaciones que se limitaron al registro del examen articular, estado funcional, medición del dolor articular, evaluación global, determinación de reactantes de fase aguda, uso de FARMES y ajustes en estos.

Nuestra población de estudio se conformó de 70 pacientes, de los cuales el 91.4% pertenecen al sexo femenino y 8.6% al masculino, con una edad

promedio de 47.4 ± 13 años. Tomando en cuenta los criterios ACR 1998 para apoyo en el diagnóstico de AR solo el 28.6% cumplía más de 6 criterios en la evaluación basal.

Los indicadores que alcanzaron un mayor porcentaje fueron:

- Evaluación radiográfica inicial o basal fue registrada en el 80% de los pacientes, dentro de los primeros 3 meses de diagnóstico
- El 100% de los pacientes iniciaron tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) dentro de los primeros 3 meses del diagnóstico de AR, utilizando monoterapia en 31 (44.2%) y terapia combinada 39 (55.7%), así como uso de glucocorticoides en 29 (41.4%), AINE'S 55 (78.5%) y analgésico 34 (48.5%).
- El registro de la situación actual reportada por el paciente y la presencia o no rigidez articular matutina, así como el número de articulaciones dolorosas e inflamadas.
- Registro del tratamiento, en el 97% de las consultas, así como la modificación del mismo y la justificación de dicha modificación, siendo en el mayor porcentaje por actividad, mejoría u otra causa (ej. embarazo, cuestión económica, modificación por el paciente, etc).
- Uso concomitante de ácido fólico, indicado en el 90% de los pacientes con MTX.

Por otro lado hubo variables que demostraron un porcentaje bajo de registro:

- Contraindicación de embarazo durante el uso de metotrexate y leflunomide, no registrado en las 19 (27.1%) de las mujeres en edad reproductiva y no aplicable en las 45 (64.2%) mujeres mayores de 40 años de edad.
- Contraindicación del consumo de alcohol y sulfas con el uso de metotrexate así como los efectos adversos que pueden presentarse con los FARMES.

- Evaluación de la actividad mediante DAS 28 (5.7%) y CDAI (1.4%), y la evaluación del estado funcional mediante HAQ y clase funcional de acuerdo a la escala de Steinbrocker.
- Profilaxis de osteoporosis, con una dosis de 10mg/d de glucocorticoide por más de 3 meses registrado en tan solo el 2.9% de los pacientes.
- Referencia y evaluación oftalmológica periódica de pacientes con uso de antimaláricos, registrada en tan solo 2.9% de los pacientes.
- Control radiográfico al menos cada 3 años, registrado en el 4.2% al año y 1.4% a los dos años.
- Estudios de laboratorio de control, solo en el 62% se obtuvo registro.
- Apoyo con terapias de rehabilitación, el uso de ortesis o algún otro implemento de apoyo (bastón, muletas, etc), o la necesidad de algún procedimiento quirúrgico, registrado en 1.4 a 2.9%.

Las limitantes para este estudio fue el tamaño de la muestra y el tipo de población incluida, que se caracteriza por ser de un nivel socioeconómico bajo que se presentan a la consulta médica con padecimiento generalmente de larga evolución. Otra de las limitantes es el uso como fuente de información el expediente clínico del paciente, donde seguramente existe un sub registro de los datos, que pudiera verse beneficiado con el auto reporte del paciente, para complementar la información.

Si bien, encontramos algunos de los indicadores que se cumplieron en un alto porcentaje, existen indicadores cuyo desempeño fue mínimo o nulo y ante la ausencia de un instrumento de medición que estandarice el nivel de atención otorgada, en este momento, podemos decir que nuestro trabajo puede servir para identificar las áreas más débiles y los estándares mínimos que deben ser implementados y documentados, esto último permitiendo mejor atención y sus resultados.

Este estudio da pauta a la evaluación de 3 aspectos que consideramos importantes:

- Establecer la relación entre la adhesión a los indicadores de calidad relacionados con los procesos y el desenlace de los pacientes.
- Establecer si existe una relación con la temporalidad, es decir, si existe algún efecto del paso del tiempo en la implementación de los indicadores que se vea reflejado en el desenlace del paciente.
- Desarrollo de una escala que nos permitiera establecer de una forma estandarizada y graduada el nivel de calidad de atención.

REFERENCIAS.

1. Rodríguez Pérez MP. Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo. En Gestión clínica: desarrollo e instrumentos. Madrid. Ed Luis Ángel Oteo; 2006, págs: 1-49.
2. Lee RI, Jones LW. Fragmento de introducción: The fundamentals of good medical care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933. Salud Pública Mex 1990; 32: 243-247.
3. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Mex 1993;35(3):238-247.
4. Donabedian A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1974.
5. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1988:496-546.
6. Jaime Varo. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid España. 1994; pp 61
7. Lohr KN, ed. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990.
8. Sonali P. Desai and Jinoos Yazdany. Quality Measurement and Improvement in Rheumatology. ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 63, No. 12, December 2011, pp 3649–3660.
9. Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health Serv Res 1997;32:702–14.

10. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
11. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academy Press; 2001
12. MacLean CH, Louie R, Leake B, McCaffrey DF, Paulus HE, Brook RH, et al. Quality of care for patients with rheumatoid arthritis. JAMA 2000;284:984–92
13. Van Hulst LT, Fransen J, den Broeder AA, Grol R, van Riel PL, Hulscher ME. Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2009;68:1805–10
14. MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, Morton SC, Sampsel S, Klippel JH. Measuring Quality in Arthritis Care: Methods for Developing the Arthritis Foundation's Quality Indicator Set. Arthritis Rheum. 2004 Apr 15;51(2):193-202.
15. Kahn K, Maclean C, Wong A, Rubenstein I, Liu H, Fitzpatrick .D. Et al. Assessment of American College of Rheumatology quality criteria for rheumatoid arthritis in a pre-quality criteria patient cohort. Arthritis Rheum. 2007;57:707–715.
16. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363: 2477–81.

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de evaluación:				
Datos Socio demográficos				
Nombre:				
No. de expediente:				
Edad:				
Sexo:				
Ocupación:				
Estado civil:				
Escolaridad:				
Datos 1er visita reumatología				
1.-Fecha 1er visita en reumatología				
2.-Tiempo de evolución hasta 1er consulta en reumatología (días)				
3.-Tiempo de evolución hasta última visita en reumatología (días)				
4.-Número de visitas registradas				
5.-Fecha de diagnóstico AR				
Criterios artritis reumatoide (ACR)				
6.-RAM > 1 h				
7.-Artritis en 3 o + articulaciones observadas por el médico				
8.-Artritis en MCs, MCPFs, IFPs				
9.-Artritis simétrica				
10.-Nódulos reumatoides				
11.-Factor reumatoide				
12.-Erosiones y osteopenia en articulaciones de manos y muñecas				
13.-Número de criterios				
14.-Fecha 1er reporte Rx				
15.-Grado radiológico				
16.-Fecha inicio DMARDs				
	Fecha de inicio	Dosis		
16.1	Metotrexate			
16.2	Cloroquina			
16.3	Hidroxicloroquina			
16.4	Sulfasalazina			
16.5	Leflunomida			
17.-	Esteroides (Tipo _____)			
18.-	AINE (Tipo _____)			
19.-	Analgésico (Tipo _____)			
Existe evidencia en el expediente de (1.- Sí, 2.- No):				
20.-Al iniciar metotrexate o leflunomida indicación de no embarazarse				
21.-Al iniciar metotrexate indicación de no consumo de sulfas				
22.-Al iniciar metotrexate indicación de no consumo de alcohol				
23.-Al iniciar medicamentos riesgo y eventos adversos				

	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 6	Visita 7	Visita 8
Fecha de la visita (día/mes /año)							
24.-Situación actual (1.-Sí 2.- No)							
24.1.- Mejor, 24.2 .-Igual , 24.3.- Peor							
24.4.- Bien, 24.5.- Regula , 24.6.- Mal							
25.-RAM (1.- Sí, 2.- No)							
25.1 RAM (minutos)							
26.- Articulaciones inflamadas (1.-Sí 2.- No)							
26.1.-No. articulaciones inflamadas (cantidad)							
27.- Articulaciones dolorosas (1.-Sí 2.- No)							
27.1.-No. articulaciones dolorosas (cantidad)							
28.- Evaluación de la actividad de A R(1.- Sí, 2.- No)							
28.1 ¿Cómo? 28.1.1 DAS28, 28.1.2 CEDAI, 28.1.3. Criterio del médico, 28.4 otros							
28.2 Puntuación del índice o dato							
29.- Evaluación del estado funcional (1.- Sí, 2.- No)							
29.1 Evaluación estado funcional ¿Cómo?							
29.1.1HAQ, 29.1.2 Clase funcional							
30.-Tratamiento (1.- anotar dosis, 2.- No)							
30.1 Metotrexate (dosis)							
30.2 Sulfasalazina (dosis)							
30.3 Cloroquina (dosis)							
30.4 Hidroxicloroquina (dosis)							
30.5 Leflunomida (dosis)							
30.6 Esteroides (1.- Sí tipo y dosis: 30.6.1 Prednisona 30.6.2 Deflazacort, 30.6.3.otros, especificar _____, 2.- No)							
30.7 AINE (1.-Tipo y dosis, 2.- No)							
31.- Existe modificación en las dosis (1.-Sí, 2.- No)							
32.-Justificación (32.1.- Mejoría, 32.2.- Actividad 32.3.-Evento adverso 34.4 Otros							
33.- Si el paciente recibe metotrexate, le indican ácido fólico (1.- Sí, 2.- No)							

34.- Si el paciente toma esteroides le indican profilaxis con calcio (1.- Sí, 2.- No)				
34.1.- Calcio, 34.2.- vitamina D, 34.3.- anti-resortivos ¿cuál _____?, 34.4 otros				
35.- Dosis				
36.- Densitometría (1.- Sí, anotar localización y valor, 2.- No)				
37.- Existe elevación de las transaminasas (1.- sí, 2.- No)				
37.- De existir esta alteración se tomo alguna acción (1.-sí, 37.1.1 Disminución, 37.1.2 Suspensión, 2.-No)				
38.- Se documenta información relacionada con planificación familiar (1.- Sí, 2.- No)				
39.- Se documenta información con respecto a contraindicación de ingesta de alcohol y metotrexate (1.- Sí, 2.- No)				
40.- Se documenta información con respecto a contraindicación de ingesta de “sulfas” y metotrexate (1.- Sí, 2.- No)				
41.- Se documenta estudio radiográfico (1.- Sí, 2.- No)				
41.1.- Pies 41.2.- manos 41.3.- columna cervical 41.4.- otros				
41.1.2 GRx pies, 41.1.2 GRx manos				
Estudios de laboratorio: (1.-Sí: anote cifras, 2.-No)				
42.- Factor reumatoide				
Biometría hemática				
43.- Hemoglobina				
44.- Hematocrito				
45.- Leucocitos				
46.- Neutrófilos				
47.- Linfocitos				
48.- Plaquetas				
49.- Velocidad de sedimentación globular				
50.- Proteína “C” reactiva				
51.- Glucosa				
52.- Urea				
53.- Creatinina				

54.- Albumina					
55.- TGO					
56.- TGP					
57.- Fosfatasa alcalina					
58.- anti-CCP , 59.- Otros (anotar cuantificación)					
60.- ¿Está documentado su envío a rehabilitación o algún programa de ejercicio ? (1.- Sí, 2.- No)					
61.- Se documenta la recomendación de utilizar algún tipo de implemento u ortesis					
62.- Se documenta si el paciente requiere cirugía (1.- Sí, 2.- No)					
63.- Se documenta la indicación o recomendación de vacunas					
64.- Evaluación por oftalmología (1.- Sí, 2.- No)					