



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE MEDIDA DE LA SALUD Y DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dirección General de Calidad

Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud



Proyecto:

Diseño y/o Adaptación de Herramientas Innovadoras para Colombia, de Mejores Prácticas Internacionales de Gestión Clínica y/o Administrativa, para que los Hospitales Mejoren su Desempeño Frente a los Estándares del Sistema Único de Acreditación y el Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

AREA TEMÁTICA

INFORMACIÓN A USUARIOS

LINEA DE TRABAJO

“EVIDENCIA SOBRE LOS MODELOS Y PRÁCTICAS DE
COMPROBADA EFICACIA EN LA INFORMACIÓN A USUARIOS
PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA ASIGNATIVA DE RECURSOS”

GUÍA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE
GUÍAS DE MEDIDA Y DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

Gesaworld
SOCIEDAD ANÓNIMA



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO

Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA

Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ

Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS

Secretaria General



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Director General de Calidad de Servicios (E)

RODRIGO HERNANDEZ HERNANDEZ

Coordinador Grupo de Calidad

SANDRA INÉS ROZO BOLAÑOS

Coordinadora Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

LIZ ADRIANA MORENO MORENO

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio



EQUIPO UT UNIVERSIDAD CES – GESAWORLD S.A

LUIS F GIACOMETTI ROJAS

Director Regional Gesaworld SA – Director Estratégico del proyecto UT Universidad CES – Gesaworld SA

FERNANDO ACOSTA RODRÍGUEZ

Coordinador operativo del proyecto. Director de la Unidad de Extensión Universidad CES.

DAVID VIVAS CONSUELO

Director técnico del proyecto. UT Universidad CES – Gesaworld SA. Director del CIEGS Universidad Politécnica de Valencia (España)

AGUSTÍN RIVERO CUADRADO

Doctor en Medicina y Cirugía y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Profesor de la Universidad Rey Juan Carlos de Medicina Preventiva y Salud Pública y especialista en gestión sanitaria y sistemas de información para la gestión.

ARIEL HABED LOPEZ

Coordinador regional de proyectos. Gesaworld SA. UT Universidad CES – Gesaworld SA

Este material fue financiado con recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios.



RESEÑA DE AUTOR

AGUSTÍN RIVERO CUADRADO

Doctor en Medicina y Cirugía y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Profesor de la Universidad Rey Juan Carlos de Medicina Preventiva y Salud Pública y especialista en gestión sanitaria y sistemas de información para la gestión.



Contenido

Presentación	8
Guía del Participante	9
Guía del Tutor	17
Unidades Didácticas.....	20
Simulación y Mejores Prácticas.....	49
Guía de Evaluación	54



Presentación

Esta guía pedagógica responde a la combinación de las mejores prácticas identificadas a nivel nacional e internacional, constituidas en metodologías innovadoras para su aplicación en forma generalizada en las clínicas y hospitales del país.

Es resultado de un ejercicio previo de elaboración del inventario de oferta de conocimiento, a partir de un riguroso ejercicio metodológico para la búsqueda y revisión sistemática de literatura, la identificación y selección del conocimiento disponible en el tema que nos ocupa, la organización y valoración del mismo con criterios de evidencia de aplicación efectiva, la selección de las mejores prácticas de gestión clínica y administrativa y el análisis de conveniencia de cada una de éstas con recomendaciones sobre las herramientas e instrumentos pertinentes y susceptibles de ser aplicados por las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país. [Para ampliar sobre los antecedentes de la formulación de la presente guía, usted puede ingresar en el siguiente link.](#)

Con esta guía se pretende proporcionar al personal de los servicios de salud los conocimientos necesarios para implementar guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud, que es un paso más avanzado en la información a los usuarios, porque permite detectar la percepción de calidad de vida que tiene el paciente con su enfermedad cuando se le ha realizado el tratamiento, haciendo un seguimiento más cuidadoso de dichas percepciones y de los resultados que puede dar.

La guía está dirigida a los responsables de calidad, a los profesionales de la salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS. Con esta guía se busca fortalecer el desarrollo de los estándares de Acreditación del SOGC, -(Sistema Obligatorio De Garantía de Calidad en Salud), promoviendo la aplicación de metodologías para evaluar la comprensión del usuario/paciente de toda la información recibida por el equipo tratante y el seguimiento a la adherencia al tratamiento.

La guía se compone una serie de Unidades Didácticas que constituyen el núcleo central de este manual, junto con una sección dedicada a experiencias prácticas. Como apoyo al alumno y al coordinador de calidad de la institución se adjunta una guía del alumno y otra del tutor.



Guía del Participante

1. Identificación

Área

Estrategias para la mejora de la calidad.

Línea

Propuesta de mejores prácticas en información a los usuarios.

Instrumento

DISEÑO DE GUÍAS O CUESTIONARIOS DE LA MEDIDA DE LA SALUD Y DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN IPS.

Descripción

Se ha desarrollado un manual para la implementación de guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud, donde se presenta la metodología de implementación para su desarrollo en las IPS.

A quién va dirigida

Esta guía está diseñada para ser utilizada principalmente por las instituciones que estén inmersas en procesos de mejora de la calidad y quieran implementar herramientas para detectar la percepción de calidad de vida que tiene el paciente con su enfermedad.

Se pretende que en cada institución interesada se formen grupos interdisciplinarios integrados por:

- Responsables de gestión de la calidad / gestión clínica
- Facultativos especialistas de atención hospitalaria
- Enfermeras supervisoras



2. Competencias

2.1. Genéricas

- Crear una cultura para el mejoramiento de la calidad.
- Favorecer el trabajo en equipo.
- Estimular la investigación en problemas de calidad.
- Promover cambios organizacionales.

2.2. Específicas

- Conocer cómo se puede medir la salud y la calidad de vida de los pacientes.
- Conocer las guías más comunes utilizadas en los centros hospitalarios para medir la calidad de vida de los pacientes.
- Implementar las guías en el centro hospitalario.
- Conocer su utilidad en la gestión clínica.
- Establecer procesos de evaluación de la calidad.

3. Conocimientos Recomendados

La gestión clínica basada en las guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud, se enmarca dentro de los procesos de mejora continua de la calidad y de la información a los usuarios/pacientes. Por tanto junto con esta guía, el participante deberá disponer de conocimientos relacionados con los siguientes temas:

- Herramientas para la mejora continua de la calidad.
- Cambio organizacional.
- Sistemas de información.

4. Unidades Didácticas

Los contenidos docentes de se han estructurado en la siguientes unidades didácticas.

Introducción

Unidad Didáctica 1

La Medida de la Salud y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Unidad Didáctica 2



Guías Más Comunes de la Medida de la Salud y Calidad de Vida.

Unidad Didáctica 3
Implementación de las Guías o Cuestionarios en los Hospitales.

5. Metodología de Enseñanza Aprendizaje

La metodología es un conjunto coherente de técnicas y acciones lógicamente coordinadas para dirigir el aprendizaje de los alumnos hacia determinados resultados.

Las actividades previstas para el estudio de este programa se dividen en trabajo presencial y trabajo individual.

El trabajo individual se realizará a través de una plataforma web donde se podrá acceder a:

- Unidades Didácticas donde figuran los contenidos teóricos.
- Presentaciones Multimedia: video y presentaciones animadas.
- Documentación Adicional de Consulta.

ACTIVIDADES DE TRABAJO PRESENCIAL		
Actividad	Descripción	Horas
Trabajo en Grupo	Sesión supervisada por un tutor, donde los participantes trabajan en grupo y reciben asistencia y guía cuando es necesaria.	4
Aprendizaje Basado en Proyectos	Situaciones en las que el alumno debe explorar y trabajar un problema práctico aplicando conocimientos interdisciplinarios.	9
Tutoría	Período de instrucción realizado por un tutor con el objeto de revisar y discutir los materiales y temas presentados.	2
ACTIVIDADES DE TRABAJO INDIVIDUAL		
Estudio Teórico	Estudio de contenidos.	6
Trabajo Virtual en Red	Metodología basada en el trabajo colaborativo que parte de un espacio virtual diseñado por el profesor en el que se pueden compartir documentos y material multimedia.	6

El trabajo presencial consistirá en lo siguiente:

- Trabajo en grupo donde se revisaran los conceptos fundamentales de la parte teórica y se discutirá la aplicabilidad práctica a la institución donde se está trabajado.
- Aprendizaje basado en proyectos: la tarea central de este material docente es preparar al alumno para conocer que son las guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto se ha diseñado una tarea específica, que consiste en que en cada institución participante se forme un grupo de trabajo multidisciplinario que diseñe un programa de implementación ad hoc con sus necesidades y cultura de la organización.

6. Planificación del Aprendizaje

TIPO DE ACTIVIDAD	DISTRIBUCIÓN HORARIA	Presencial	No presencial
1. Estudio Teórico	3 sesiones de dos horas		6
2. Trabajo Virtual en Red	3 sesiones de dos horas		6
3. Trabajo en Grupo	2 sesiones de 2 horas	4	
4. Aprendizaje Basado en Proyectos	3 sesiones de 3 horas	9	
5. Tutorías	2 sesiones de una hora	2	
SUBTOTAL		15	12
VOLUMEN TOTAL DE TRABAJO		27 horas	

7. Evaluación

La evaluación consistirá en:

- Una prueba objetiva preguntas tipo test de autoevaluación.
- Proyecto: el grupo de participantes de cada institución deberá elaborar un proyecto, para implementar en su institución las guías de medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.

8. Recursos y Ambiente

Recursos en plataforma Web

- Unidades didácticas en soporte electrónico.
- Presentaciones multimedia.
- Test de auto-evaluación.
- Documentación de apoyo.
- Enlaces con Instituciones Internacionales.

Ambiente

- Trabajo individual con soporte multimedia on-line.
- Trabajos en aula que facilita la institución.

9. Bibliografía Básica

Badia, X.; Alonso J.; “La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español”. Fundación Lilly. 4ª edición.2007

Alonso, R.; Llanes, L. “Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios de área sanitaria 10 de atención especializada de la comunidad de Madrid”. 2000-2005. Revista de Calidad Asistencial 2009; 24(2): 88-90

Adrian Edwards, Glyn Eluyn at all. “Consumers´ views of quality in the consultation and their relevance to shared decision-making approachrs”. Blackwell Scieencie Ltd, 2001. Health expectations, 4, pp-151-161

Donabedian A. “La calidad de la atención médica”. La Prensa Mexicana. México D.F.1984.

Donabedian A. “The definition of Quality and Approaches to its Assessment”. Volume I. Health Adminsitration Press. Ann Arbor, Michigan, 1980.

Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa Marco, 1ª Fase. Ministerio de Sanidad y Consumo. IESE, Person Prentice Hall. Fundación Lilly. “Gestión en el Sector Salud. Los sistemas de información”. Capítulo 12. Pearson Educación, S.A. 2005

Raynald Pineault, Carole Daveluy. “La Planificación Sanitaria”. Masson s.a. 1987.

Saturno Hernández, P.J.”Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica”. Revista de Calidad Asistencial 2009; 24(3) : 124-130.

Fernández Sanmartín, M.I.; Rebagliato Nadal, O.; Gispert Uriach, B. de; Roig Carrera, H.; Artigas Guix, J.; Bonay Valls, B.; Guix Font, L.; Turmo Tristán, N. “Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Atención primaria” 2008; 40(12): 611-616.

Hermosilla, T.; Vidal, S.; Briones, E.; Guerra, J.A.; Navarro, A. “Los pacientes en las guías de práctica clínica”. Revista de Calidad Asistencial 2008 ; 23(3) : 136-141.

Martínez Mateo, F.; Ibáñez Romeguera, J.M.; Fontanet Baqué, M.; Fusté Ballús, C.; Ruesga Fernández, O.; Salas Arbues, L.; Sánchez Fernández, M.; Sancho Gómez de Travesedo, A.; Tejero Cabello, P.; Tella Bernaus, M.; Lledó Rodríguez, R. “Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales”. Revista de Calidad Asistencial 2008; 23(2): 72-82.



Robison, R Thomson. “Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision supports tools”. *Quality in Health Care*, 2001; 10(suppl): i34-i38.

Ricard Menen. “Fuentes de información para usuarios y pacientes”. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes en el sistema general de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiario. Ministerio de la Protección Social. Bogotá 2009.

Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2002

Moret, Leila, Rochedreux, Annie, Ballereau, Françoise, et al. “Information for the patient in hospitals: the implicit shared role among professionals”. *Presse Med* Volume: 33 Issue: 20 Pages: 1431-6 Published.

Zikos, Dimitris, Liaskos, Joseph, Diomidous, Marianna, et al. “Collection and sharing of information on patient safety education and training in Europe”. *Stud Health Technol Inform* Volume: 150 Pages: 745. Published: 2009.

Oterhals, Kjersti, Hanestad, Berit R, Eide, Geir E, et al. “The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction”. *Eur J Cardiovasc Nurs* Volume: 5 Issue: 4 Pages:303-10 Published: 2006 (EPubDate 2006 28).

McMullan, Miriam. “Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship”. *Patient Educ Couns* Volume: 63 Issue: 1-2 Pages: 24-8 Published: 2006 (EPubDate 2006 06).

Koo, Michelle M, Krass, Ines, Aslani, Parisa. “Patient characteristics influencing evaluation of written medicine information: lessons for patient education”. *Ann Pharmacother* Volume: 39 Issue: 9 Pages:1434-40 Published:2005 (EPubDate 2005 26).

Moret, Leila, Rochedreux, Annie, Ballereau, Françoise, et al. «Information for the patient in hospitals: the implicit shared role among professionals”. *Presse Med* Volume: 33 Issue: 20 Pages: 1431-6 Published: 2004 20.

Charniot, J C, Nascimbeni, L, Zerhouni, K, et al. “Patient information and the cardiologist”. *Arch Mal Coeur Vaiss* Volume: 95 Issue: 12 Pages:1160-4 Published: 2002.

Rouge-Maillart, C, Tuech, J J, Pessaux, P, et al. « Patient information: management in the begin-



ning of the XXI the century”. Presse Med Volume: 30 Issue: 2 Pages: 68-72 Published: 2001 20.

Hudak, P L, Wright, J G. “The characteristics of patient satisfaction measures”. Spine (Phila Pa 1976) Volume: 25 Issue: 24 Pages: 3167-77 Published: 2000 15.

Hazebroucq,V. “Patient information and informed consent”. J Radiol Volume: 80 Issue: 5 Pages:411-2Published:1999.

Bernhart, M H, Wiadnyana, I G, Wihardjo, H, et al. “Patient satisfaction in developing countries”. Soc Sci Med Volume: 48 Issue: 8 Pages: 989-96 Published: 1999.

Presidencia del Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Presidencia del Gobierno de España.

Norma Orjuela de Deeb. Sergio Horacio Luengas Amaya. “Sistema obligatorio de garantía de calidad. Sistema de información a los usuarios”. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.

RTI International. Health Research. “RANKING DE HOSPITALES MÁS IMPORTANTES DE EE.UU.”. www.rti.org.

Agency for Healthcare Research and quality. “INDICADORES DE CALIDAD. SEGURIDAD DEL PACIENTE. PREVENCIÓN. ETC.” www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm.

Helth Care Financing Administration. “PREVENCIÓN, INFORMACIÓN AL USUARIO”. www.hhs.gov.



Guía del tutor

1. Perfil del tutor

El tutor deberá ser un profesional especializado en la materia que nos ocupa o un responsable de calidad, estadística o de gestión de la información o atención al paciente.

2. Conocimientos del tutor

El tutor deberá disponer o adquirir previamente a su desempeño como tal, conocimientos sobre:

- Programas de Mejora Continua de la Calidad.
- Conceptos clave que figuran en las Unidades Didácticas.
- Implementación de las guías.
- Evaluación de programas de salud.

3. Funciones del tutor

Este programa formativo está diseñado para que se aplique en instituciones específicas y siga una metodología semi-presencial de investigación acción.

Las funciones del tutor son las siguientes:

Facilitador

En la creación y dinámica de los grupos de estudio.

Coordinador

Del trabajo de los grupos y su aprendizaje.

Director

Del proyecto establecido en la tarea de diseño de un programa de gestión de enfermedades.

Evaluador

De los conocimientos y habilidades de los participantes.

4. Estrategia metodológica

La estrategia metodológica combina dos tipos de actividades:

- Actividades de formación on - line con base a materiales multimedia.
- Trabajo en grupos al interior de la institución donde se realice la formación.

Las actividades del tutor de la institución serán las siguientes:

1. Selección de los participantes de la institución.
2. Programación de las actividades docentes:
 - a. Coordinación de los tiempos de estudio on-line.
 - b. Coordinación de las sesiones presenciales.
3. Diseño de un cronograma ad hoc al perfil y necesidades de la institución.
4. Dirección del equipo de participantes para el diseño de un programa para implementar la guía.

5. Instrucciones para la Dirección de un Proyecto

Denominación de la Tarea

Implementación de las guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo

General

Diseñar un programa para la implementación de las guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.

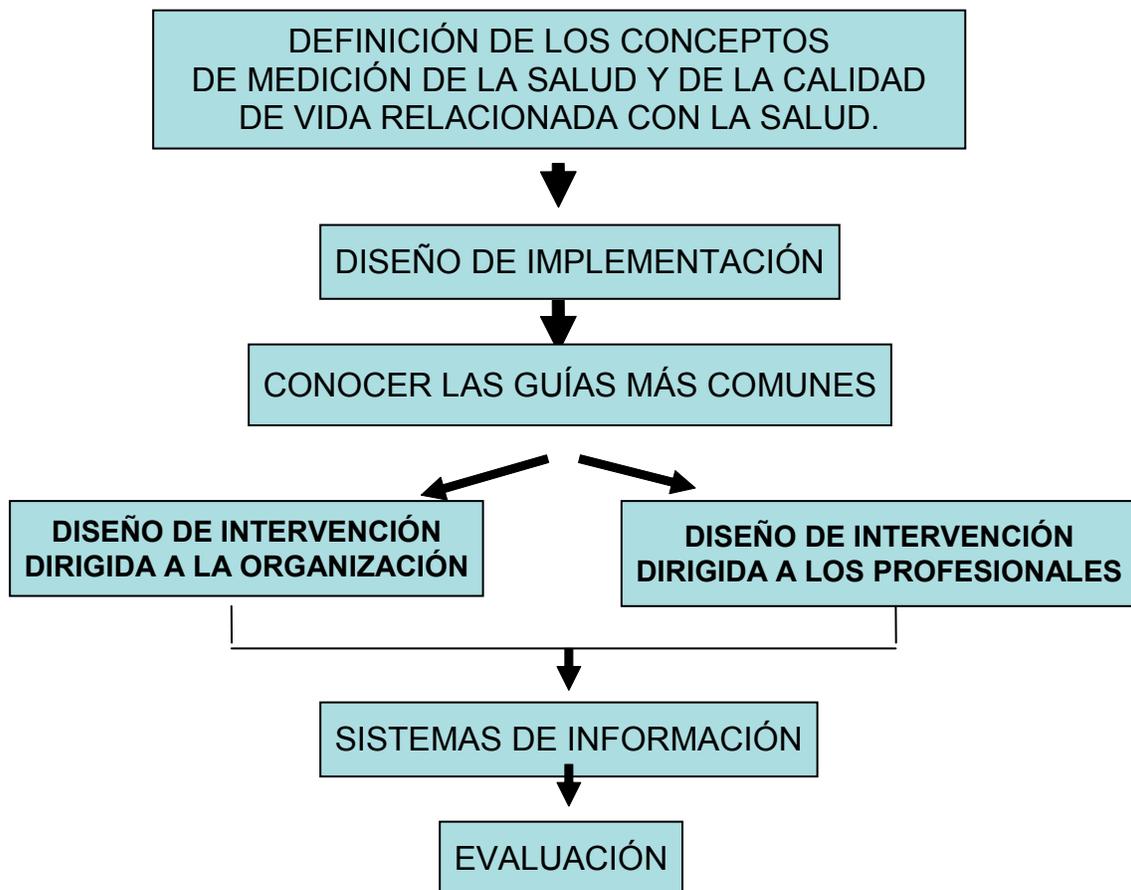
Específicos

1. Conocer que es la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.
2. Conocer las guías más importantes existentes en la actualidad.
3. Diseñar intervenciones para su implantación en el institución.
4. Diseñar cambios organizativos.
5. Diseñar intervenciones dirigidas a los profesionales.

Desarrollo

Seguir los pasos del diagrama adjunto.

Diseño para la Implementación de las Guías de Medición de la Salud y la Calidad de Vida





Unidades Didácticas

Glosario

Introducción

Unidad Didáctica 1

La Medida de la Salud y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Unidad Didáctica 2

Guías Más Comunes de la Medición de la Salud y Calidad de Vida

Unidad Didáctica 3

Implementación de las Guías en los Hospitales

Bibliografía

GLOSARIO

¿Qué son las Guías o Cuestionarios de la Medida de la Salud y de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS)?

Son una herramienta para conocer indirectamente como está el paciente en un momento dado de su enfermedad, como ha seguido el tratamiento, que complicaciones o efectos adversos se han producido durante su tratamiento o como lo ha seguido. Los profesionales podrán valorar la situación de sus pacientes. Por lo tanto es una herramienta que detecta la percepción de calidad de vida que tiene el paciente con su enfermedad y es utilizada como mejora de la calidad de atención al usuario.

Base Conceptual de las Guía o Cuestionarios

Se estudia cual ha sido la base de información para elaborar la guía. Se hace revisión exhaustiva de la literatura sobre cuestionarios de calidad de vida de una patología, la experiencia del tratamiento de pacientes y escalas psicológicas. Si ha sido administrado el cuestionario previamente a una muestra de pacientes y si se validó preliminarmente. Quienes han realizado el estudio o que expertos.

Descripción de las Guías o Cuestionarios

Se indica el número de ítems que tiene el cuestionario. En qué apartados se divide. Qué puntuación tiene cada respuesta. El tiempo de administración y si es autoadministrable y se realiza mediante una entrevista.

Validez de la Guía o del Cuestionario

Se indica si se ha evaluado la validez del cuestionario y mediante que herramienta se ha realizado (análisis factorial exploratorio. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin o la prueba de esfericidad de Bartlett), entre otras herramientas estadísticas, para demostrar la adecuación de los factores obtenidos.

Fiabilidad del Cuestionario

La fiabilidad del cuestionario se evalúa en términos de fiabilidad test-retest y consistencia interna, mediante el cálculo del coeficiente de correlación intra clase y del coeficiente Alpha de Cronbach, respectivamente.



Sensibilidad al Cambio

Se analiza la evolución de la calidad de vida entre la primera y la segunda visita después del tratamiento. Se debe observar que la puntuación global y las puntuaciones por dimensiones del cuestionario muestran una mejoría entre las dos visitas.

Comentario del Cuestionario

Se indica si el cuestionario es válido, fiable y sensible para evaluar la calidad patológica que estamos siguiendo antes y después del tratamiento.

Si el tratamiento no da resultado puede ser porque el paciente no ha entendido el tratamiento, no lo ha llevado a cabo según se le ha indicado o el tratamiento no es el más correcto.

Como consecuencia de todo ello al final se le da un grado de recomendación a cada uno de los

cuestionarios con los A, B, C. Siendo el A el más recomendable

Introducción

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, tiene definido como uno de sus principios rectores la “Calidad de la Atención en Salud”. En desarrollo de este principio, se diseñó y está implementándose desde hace más de una década, el Sistema de Garantía de Calidad, tal y como está hoy concebido, dentro del marco del sistema de aseguramiento. Este sistema, se ha concretado normativamente, con la expedición por el Gobierno Nacional del Decreto 2309 de 2002, el cual integra entre otros componentes, el Sistema de Información a Usuarios que se constituye en buena medida en uno de los referentes de la presente guía.

Dado que el Sistema de Seguridad Social en salud colombiano, está basado desde la lógica del modelo de competencia regulada, los usuarios tienen el papel fundamental de ser los activadores de la competencia por la calidad, ya que al elegir al mejor proveedor dentro de las alternativas que le ofrece el sistema, inducen en las instituciones la observancia de incentivos económicos y de prestigio, ligados a un buen desempeño.

Por tanto, es por medio de la entrega de información a la población que las personas pueden conocer los procesos y los resultados obtenidos por las diferentes organizaciones, y así preferir a aquellos que les ofrezcan los mayores beneficios. De esta manera, los usuarios exigen a las instituciones el continuo mejoramiento de sus servicios, a riesgo por otra parte, de que las organizaciones que no garanticen niveles de calidad, ignoren a sus usuarios o no respondan a sus necesidades, queden rezagadas en materia de competitividad o incluso salgan del mercado.

Por este motivo el Ministerio de la Protección Social tiene incorporado dentro de su plan operativo, una serie de metas, entre ellas el desarrollo del **Sistema de Información a Usuarios**, mediante el diseño y análisis de indicadores de referenciación de IPS y EPS, de educación y difusión a los usuarios de información sobre las condiciones de la calidad de la prestación de los servicios de salud de IPS y EPS; y en general, de la difusión de cada uno de los componentes del Sistema de Garantía de la Calidad. De esta manera el ciudadano podrá tener la facilidad objetiva de tomar decisiones cuando tenga que escoger un servicio de salud.

Esta iniciativa es fundamental en un sistema como el colombiano, dado que cada vez es más evidente la necesidad de disponer de datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, así como de quienes dirigen una organización y quienes pres-

tan el servicio, y como no, de quienes acuden y usan dicho servicio (los usuarios / pacientes).

En este sentido, el sistema de información a usuarios de Colombia debe ser una herramienta para la toma de decisiones en diferentes aspectos: lograr que un usuario informado pueda seleccionar a sus prestadores o aseguradores basándose en la calidad, que pueda comparar instituciones y darles retroalimentación para su mejoramiento continuo, y analizar la situación de las instituciones para definir políticas. De esta manera, el sistema de información es un mecanismo de control público y responsabilidad social.

Las condiciones del entorno que favorecen el desarrollo de sistemas de información a los usuarios son la presencia de iniciativas políticas y/o legislativas que promueven la entrega de información a usuarios y la presencia de movimientos de consumidores y el interés de los profesionales de la salud para dar a conocer a sus pacientes el estado de su enfermedad y si siguen o no sus tratamientos.

La presentación de la información al usuario se hace por medio de guías o informes escritos y estáticos, o por un sistema interactivo dirigido a las necesidades específicas del usuario, a través del teléfono o de Internet o directamente. La información también se difunde a través de los medios de comunicación, por medio de informes escritos y en publicaciones a los usuarios de tipo portafolio. Además muchas revistas de amplia circulación tienen secciones especiales y periódicas para difundir información de la salud.

La forma más habitual para conocer si la información que se da a los pacientes es buena, entendible y de utilidad es la encuesta de satisfacción de los usuarios. Es una herramienta muy utilizada en los hospitales y de esta manera se obtiene información de lo que piensan los pacientes acerca de los servicios prestados, pero igualmente se reconoce sus limitaciones en materia de la obtención de información relevante para la toma de decisiones en materia de calidad asistencial.

Otra herramienta a utilizar son las **Guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**, que es un paso más avanzado en la información a los usuarios, porque detectamos la percepción de calidad de vida que tiene el paciente con su enfermedad, cuando se le ha realizado el tratamiento, haciendo un seguimiento más cuidadoso de dichas percepciones y de los resultados que se puede dar.

Este hecho en si mismo, ya aporta información valiosa para el tomador de decisiones asistencial, toda vez que orienta su proceso de atención y tratamiento hacia aquellas intervenciones mejor valoradas, no solamente desde el punto de vista científico, sino desde la óptica de la valoración propia del paciente en cuanto a la obtención de un mejor nivel de calidad de vida, lo que en el caso de ciertas patologías crónicas o terminales, mejora sensiblemente la calidad de atención.

Esta Guía pretende presentar tanto el alcance como los objetivos que se persiguen, así como su utilidad en la información a los usuarios por parte de las clínicas y de los hospitales de Colombia.

Alcance y Objetivos

Se pretende aportar la información suficiente para conocer las guías de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud. Para implementarlas con éxito es preciso que el personal entienda para qué se necesita la información, qué tipo de información, que participe en el proceso de toma de decisiones y que entienda cómo la utilizan los hospitales. Las guías están diseñadas ante todo para mejorar la atención brindada a los pacientes.

Objetivo General

Proponer las mejores prácticas en información a los usuarios, pertinentes y susceptibles de ser adaptadas y aplicadas por las clínicas y hospitales en el país. Las propuestas se hacen a partir del inventario de la oferta de conocimiento, y la organización, valoración y filtrado de las mismas, en los siguientes temas:

- Metodología para evaluar el entendimiento del usuario/paciente de toda la información recibida por el equipo tratante.
- Estrategias sostenibles para la información y comunicación con usuarios en condiciones de discapacidad de su entendimiento.
- Estrategias sostenibles de medición de la adherencia del usuario a la prescripción terapéutica e indicaciones educativas brindadas por los profesionales de la salud.

Objetivos Específicos

- Conocer cómo se puede medir la salud y la calidad de vida relacionada con la salud.
- Conocer las guías más utilizadas y más comunes de la medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Implementar estas guías en los centros hospitalarios.



Cuestionario de entrada al proceso

Se ha elaborado un cuestionario con el propósito de que usted realice una auto- evaluación antes de ingresar al desarrollo de esta Guía.

1. Los profesionales de nuestra IPS están familiarizados con las metodologías de evaluación de medida de la calidad de vida relacionada con la salud?
2. Conocemos las guías o instrumentos más comúnmente utilizados para medir estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud?
3. En el pasado hemos desarrollado alguna metodología de esta naturaleza que nos permita conocer si las medidas que aplicamos en la atención asistencial, afectan positivamente la percepción de calidad de vida de nuestros pacientes?
4. Hemos utilizado actualmente o en el pasado alguna guía o cuestionario para medir el estado de salud de nuestros pacientes una vez son atendidos en nuestra IPS?
5. La medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud hace parte de nuestro sistema o programa de información a usuarios aplicado a los pacientes de nuestra IPS?
6. Nuestro paciente habitualmente conoce las implicaciones de las intervenciones terapéuticas y sus potenciales consecuencias?
7. Que tanto documentamos las condiciones o factores facilitadores de adherencia a las prescripciones o tratamientos instaurados posterior a la salida de nuestros pacientes?
8. Que tan prácticos son estos instrumentos en la práctica asistencia hospitalaria habitual? Cuando debemos usarlos?



Unidad Didáctica 1

La Medida de la Salud y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En esta unidad se describen las características básicas de las guías de medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.

La medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido una enorme importancia como forma de medir y evaluar el resultado de los programas e intervenciones en salud.

Para medir la salud y la calidad de vida se han elaborado unos instrumentos de medición que pueden ser genéricos o específicos. Los primeros pueden ser aplicables a cualquier tipo de población o enfermedad, mientras que los segundos son específicos para la población o enfermedad para la que han sido desarrollados.

Se ha recopilado información del trabajo de los Drs. Xavier Badia y Jordi Alonso, quienes han hecho una recopilación muy completa de las **Guías de Escala de Medición de la Salud**, las cuales son guías de recomendación que se han valorado con base en los siguientes criterios:

- Prueba piloto de adaptación.
- Validación/adaptación de las ponderaciones.
- Validez de constructo.
- Validez convergente/discriminante.
- Validación/adaptación de puntos de corte.
- Sensibilidad en distintas poblaciones.
- Fiabilidad interna.
- Fiabilidad test-retest.
- Fiabilidad entre observadores.
- Sensibilidad al cambio.

Según el número de criterios que cumpla la guía los autores recomiendan la guía o no. Las recomendadas con el grado A son aquellas que cumplen 5 ó más de los criterios aplicables, y por tanto ofrecen mayores garantías en su utilización.

En relación con las guías genéricas tenemos como ejemplos:

- El Cuestionario de Salud General. El cuestionario está formado por ítems referidos a síntomas subjetivos de distress psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultad de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales.
- Otra de las guías recomendada con grado A, es el Perfil de las Consecuencias de la Enfer-

medad. Este cuestionario se desarrolló en EE.UU y su objetivo era medir la disfunción provocada por la enfermedad, entendiendo por disfunción cualquier alteración en el grado o manera de realizar una determinada actividad, el cese total de ésta, o el inicio de una nueva actividad sustituyendo a otra habitual. Este sistema se basa en la percepción que el paciente tiene de su propia enfermedad, en los cambios de conducta y en las actividades de la vida diaria, debidos al impacto de la enfermedad o a su tratamiento.

- Otra de las guías a utilizar es el Perfil de Salud de Nottingham, desarrollada en Gran Bretaña, y se ha mostrado apropiado para:
 - La evaluación de las intervenciones médicas o sociales.
 - Como medida de resultado para comparaciones entre grupos.
 - Como herramienta de encuesta para poblaciones seleccionadas.
 - Para seguimiento a lo largo del tiempo de cambios en los pacientes con enfermedades crónicas.
 - Como complemento a la historia clínica.

Por otro lado, los instrumentos como el cuestionario, es más adecuado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud. Algunos ejemplos de relevancia:

- Para medidas específicas hay cuestionarios de Calidad de vida para cáncer de pulmón, para Cáncer de mama, la Escala de calidad de vida POQOLS para niños de cáncer diseñada originalmente con la voluntad de proporcionar un instrumento para medir el impacto del tratamiento en niños con cáncer, así como las limitaciones y problemas derivados de la enfermedad.
- El cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial, desarrollado con la intención de crear un instrumento válido, fiable y con sensibilidad al cambio para evaluar la calidad de vida de una persona que padece hipertensión arterial y el efecto del tratamiento antihipertensivo.

Y de esta forma se han desarrollado hasta 80 guías de utilidad para conocer la situación de salud de los pacientes ante una patología concreta antes y después de padecer la enfermedad con lo que se puede valorar las diferencias y los problemas que han sucedido.



Unidad Didáctica 2

Guías o Instrumentos de Medición Comúnmente Utilizadas en la Evaluación de la Salud y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En esta unidad se describen las guías más recomendadas en relación con la medición de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud.

La descripción de cada guía de medición intenta ser lo suficientemente detallada, para que los profesionales que deseen utilizarla dispongan de una amplia información para elegir la más adecuada a sus necesidades.

Cada guía o instrumento de medición consta de:

- Un título.
- Autor y año de publicación.
- Propósito del instrumento de medición.
- Base conceptual.
- Descripción de la escala.
- Proceso de adaptación cultural.
- Validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.
- Modificaciones en relación al instrumento original.
- Estándares de referencia.
- Comentario sobre los aspectos más interesantes de la guía.
- Grado de recomendación.
- Dirección de los autores de la escala original española o de los autores de la adaptación al español.
- Referencias.

Basados en estos criterios, se presentan aquellas guías o instrumentos de medición con una valoración A, y que son de mayor interés para su implementación en los hospitales colombianos. Las recomendadas con el grado A son aquellas que cumplen 5 ó más de los criterios aplicables e indicados en la Unidad Didáctica 1; por lo tanto ofrecen mayores garantías en su utilización.

1.- Índice de Actividad de DuKe, Duke Activity Status Index –DASI-;

Fue desarrollado por Hlatky y cols en 1989, con el fin de medir la capacidad funcional de pacientes cardiovasculares, basándose en la habilidad de los pacientes para llevar a cabo un conjunto de actividades comunes de la vida diaria. En España fue adaptado por Alonso y colaboradores y se denomina Índice de Actividad de Duke.

El cuestionario original consta de 12 ítems que recogen información sobre el grado de dificultad para realizar actividades relacionadas con el cuidado personal, la movilidad, las tareas domésticas y la función sexual en las 2 últimas semanas. La versión reducida del cuestionario incluye la información referente a los 12 ítems de la versión original, excepto el ítem de la función sexual y el de actividades de la vida diaria.

Las preguntas de la versión reducida han sido ordenadas jerárquicamente según la actividad. Es así como la actividad menos agotadora se pregunta en primer lugar. Se obtiene una puntuación final sumando los valores asociados a las respuestas de cada ítem (3= actividad realizada sin dificultad; 2= realizada con dificultad; 1= no realizada por motivos de salud). Cada uno de los ítems tiene un peso que oscila entre 1 y 2,5. Así la puntuación del DASÍ tiene un intervalo entre 11,5 que se traduce en mínima capacidad y 33 siendo la máxima capacidad.

Sus autores, han listado las actividades con grado de dificultad en las últimas dos semanas para:

ACTIVIDADES	VALOR
Grado de dificultad en las últimas dos semanas para	
1.- Caminar por dentro de casa (si no se realiza la actividad por motivos de salud, pasar a la pregunta 5).	1
2.- Caminar una manzana o dos (si no se realiza la actividad por motivos de salud, pasar a la pregunta 5).	1
3.- Subir de un peldaño de escalera al de arriba (si no se realiza la actividad por motivos de salud, pasar a la pregunta 5).	1
4.- Correr una distancia corta (si no se realiza la actividad por motivos de salud, pasar a la pregunta 5).	1
5.- Hacer trabajos de la casa ligeros (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar).	1,5
6.- Hacer trabajos de la casa no muy pesados (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar).	1,5
7.- Hacer trabajos de la casa pesados (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar).	1,5
8.- Hacer ejercicios o gimnasia intensos (finalizar).	2,5

El DASÍ se ha mostrado como un instrumento de medida de la capacidad funcional, absolutamente válido, fiable y sensible. Además, es predictivo de la calidad de vida en pacientes con afecciones cardiovasculares.

Muy disgustado, algo disgustado, ni contento ni disgustado, bastante contento, muy contento.

3.- Cuestionario de Salud SF-36

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study, Ware y Sherbourne, 1992). Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. El cuestionario es aplicable tanto para la población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación.

Los ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud, siendo desarrolladas varias versiones del original, para finalmente cubrir 8 dimensiones del estado de salud. Su contenido se centra en el estado funcional y el bienestar emocional.

Contiene 36 ítems, entre los cuales se incluyen 10 encaminados a determinar la función física, 2 ítems de función social; 4 ítems de limitaciones del rol por problemas físicos; 3 ítems de limitaciones del rol por problemas emocionales; 5 ítems de salud mental; 4 ítems de vitalidad; 2 ítems de dolor; 5 ítems de percepción de la salud, y 1 ítem que no forma parte de la puntuación final sobre el cambio de salud en el tiempo. Para cada uno de ellos el recorrido es de 0 que determina el peor estado de salud para esa dimensión, hasta 100 que corresponde al mejor estado de salud.

El cuestionario de Salud SF-36 es el siguiente:

1.- En general, usted diría que su salud es:

- | | |
|-------------|---|
| - Excelente | 1 |
| - Muy buena | 2 |
| - Buena | 3 |
| - Regular | 4 |
| - Mala | 5 |

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Mucho mejor ahora que hace una año | 1 |
| - Algo mejor ahora que hace un año | 2 |
| - Más o menos igual que hace una año | 3 |
| - Algo peor ahora que hace una año | 4 |
| - Mucho peor que hace una año | 5 |

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
Coger o llevar la bolsa del mercado.	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
Subir un sólo piso por la escalera.	1	2	3
Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
Caminar un Kilómetro o más.	1	2	3
Caminar varias cuadras (varios centenares de metros).	1	2	3
Caminar una sola cuadra. (Unos 100 metros).	1	2	3
Bañarse o vestirse por si mismo.	1	2	3

4. - Durante la 4 últimas semanas. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	SI	NO
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

El SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en distintas poblaciones de pacientes y en población general, y sirve de referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición.

4.- Cuestionario de Evaluación Funcional para Enfermos Reumáticos

Desarrollado por Fries y colaboradores en 1982, tiene el propósito de disponer de un instrumento específico para los enfermos de artritis reumatoide que permitiera evaluar la capacidad funcional de una forma válida y fiable. Además, debía permitir conocer el impacto de la enfermedad en el paciente y seguir su evolución.

Existen dos versiones, una larga y otra corta, la adaptada al español es la corta que consta de 20 ítems agrupados en 8 dimensiones: Vestirse y asearse. Levantarse, Comer, Caminar, Higiene personal, Alcanzar objetos, Presión y Otras actividades. Contiene además una escala analógica visual horizontal, de 10 cm para el dolor. Los ítems hacen referencia a la capacidad funcional durante la última semana. Para cada ítem, hay 4 categorías de respuesta en escala Likert que van de “sin dificultad”, con valor 0, a “incapaz de hacerlo”, con valor 3.

Como puntuación de cada categoría se escoge la más alta de entre las puntuaciones correspondientes a los ítems que la componen. Existen preguntas correctoras que penalizan la puntuación de las categorías. Si la categoría puntúa 2 ó 3 no es necesaria la corrección; sin embargo, si es menor se ha de tener en cuenta si el individuo precisa ayuda (de otra persona o de un instrumento) para realizar las actividades evaluadas, de forma que, si el paciente necesita alguna de las ayudas

descritas, puntuará 2 puntos en aquella categoría. La puntuación global del cuestionario se obtiene mediante la media aritmética de los valores correspondientes a las 8 dimensiones, que oscila entre 0 capacidad funcional normal, y 3 máxima incapacidad.

Para la evaluación de la escala analógica visual se mide en milímetros la distancia correspondiente entre el margen izquierdo y la marca del paciente sobre la línea.

Esta escala puede ser auto-administrada o administrada por el entrevistador. El tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos.

Este instrumento ha sido recomendado recientemente por la Sociedad Española de Reumatología, para ser utilizado como medida estandarizada de los resultados de las intervenciones realizadas en pacientes con artritis reumatoidea.

5.- Cuestionario Respiratorio St. George.

Fue desarrollado por Jones y colaboradores en 1991, diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas respiratorias en el estado de salud, el bienestar percibido por los pacientes respiratorios y al mismo tiempo, ser suficientemente sensible para reflejar los cambios en la actividad de la enfermedad. El cuestionario mide la alteración de la salud y el bienestar percibido en la enfermedad de las vías aéreas. Permite además la comparación de medidas de salud entre poblaciones de pacientes y cuantificar cambios en el estado de salud después de un tratamiento.

El cuestionario consta de 50 ítems que se indican a continuación:

Responda las siguientes preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año.

1.- Durante el último año, ¿ha tenido tos?

- Casi todos los días de la semana.
- Varios días a la semana.
- Unos pocos días al mes.
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
- Nada en absoluto.

2.- Durante el último año, ¿ha expectorado? (sacar esputo)

- Casi todos los días de la semana.
- Varios días a la semana.
- Unos pocos días al mes.
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
- Nada en absoluto.

3.- Durante el último año, ¿ha tenido ataques de falta de respiración?

- Casi todos los días de la semana.
- Varios días a la semana.
- Unos pocos días al mes.
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
- Nada en absoluto.

4.- Durante el último año, ¿ha tenido silbidos en los pulmones?

- Casi todos los días de la semana.
- Varios días a la semana.
- Unos pocos días al mes.
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
- Nada en absoluto.

5.- Durante el último año, ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables?

- Más de 3 ataques.
- 3 ataques.
- 2 ataques.
- 1 ataque.
- Ningún ataque.

6.- ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta 7).

- Una semana o más.
- De 3 a 6 días.
- 1 ó 2 días.
- Menos de 1 día.

7.- Durante el último año, ¿cuántos días buenos (con pocos problemas respiratorios) pasaba en una semana habitual?

- Ninguno.
- 1 ó 2 días.
- 3 ó 4 días.
- Casi cada día.
- Cada día.

8.- Si tiene silbidos en los pulmones, ¿son peor por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta 8).

- Si
- No

9.- ¿Cómo diría usted que está de los pulmones? Por favor, marque una sola de las siguientes frases:

- Es el problema más importante que tengo.
- Me causa bastantes problemas.
- Me causa algún problema.
- No me causa ningún problema.

10.- Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases:

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.
- Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo.
- Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo.

Preferentemente, el cuestionario debe ser auto-administrado, pero se ha mostrado aceptable la administración mediante entrevista personal.

6. CUESTIONARIO EQ-5D

El cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D). Es un instrumento, de gran aceptación internacional, está validado para diferentes contextos culturales, entre ellos el español. Además, el EQ-5D ha sido recomendado por varios autores para los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias. Se trata de un cuestionario diseñado de tal forma que pueda ser administrado en condiciones de medición variadas: por correo, autoadministrado o mediante entrevista. El EQ-5D está compuesto por tres partes. La primera permite al encuestado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad (1, 2 o 3). Por ejemplo, el cuestionario de un individuo sin problemas de movilidad, cuidado personal ni para la realización de actividades cotidianas, pero con moderado dolor y ansiedad, vendría resumido como 11122. La segunda parte es una escala visual analógica graduada de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), que permite al individuo valorar el estado de salud y obtener un índice de utilidad de su CVRS dividiendo el valor señalado en la escala entre 100. La tercera parte recoge otros datos anónimos que permiten hacer una caracterización demográfica del grupo estudiado.

Descripción del cuestionario:

Marque con una cruz la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar
Tengo algunos problemas para caminar
Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar
Tengo moderado dolor o malestar
Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves? (conteste a las tres situaciones)
Sí/ No



En usted mismo

En su familia

En el cuidado de otros

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted: Varón Mujer

4. Es usted:

Fumador

Ex-fumador

Nunca ha fumado

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí/No

Si ha contestado sí, en calidad de qué?.....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

Empleado o trabaja para si mismo

Retirado o jubilado

Tareas domésticas

Estudiante

Buscando trabajo

Otros (por favor especifique).....

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir

Elemental, intermedio

Secundaria, vocacional

Universitarios

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Unidad Didáctica 3

Implementación de las Guías o Instrumentos de Medición en los Hospitales

En esta unidad se describe como implementar las guías o instrumentos en las instituciones hospitalarias.

A continuación se presentan los pasos a desarrollar para introducir los instrumentos de medida de la salud y de calidad de vida relacionados con la salud.

Cabe destacar que estos son los pasos generales y los aspectos que deberán ser tomados en cuenta por una IPS para considerar implementar una guía de medida de salud o calidad de vida. Dada la diversidad de instrumentos existentes, conforme las diferentes finalidades (tipo de medida, especialidad a la que se dirige, etc.) es aconsejable, una vez se defina el objeto de la medición y el instrumento o los instrumentos para su aplicación, consultar la guía específica que pueda disponer cada uno de estos instrumentos. Se debe tomar en cuenta que en muchos casos las entidades prestadoras de servicios de salud en diferentes países, han realizado adaptaciones propias a los instrumentos y encuestas de medición.

PASO 1. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE MEDICIÓN

Lo más importante es hacer una muy clara definición de lo que se desea medir, lo cual permitirá identificar que instrumento o que instrumentos de medición son requeridos para ello. Estudios de medición de la salud y calidad de vida de pacientes suelen emplear diferentes instrumentos y cuestionarios en función del tipo de medida de salud y calidad de vida que se considere valorar.

PASO 2. ASPECTOS ORGANIZATIVOS

En primer lugar hay que involucrar en el proyecto al equipo directivo como máximo exponente del hospital. Los estudios de salud y calidad de vida no son estudios cotidianos, requieren movilizar recursos hospitalarios, y por otra parte ameritan del concurso y consentimiento de grupos de pacientes cuya información deberá ser tratada con la máxima confidencialidad, y por ello ha de existir un elevado compromiso del nivel directivo máximo de la institución prestadora de servicios.

Un siguiente aspecto consiste en establecer a un responsable de la recopilación, adaptación, elección e implementación de los instrumentos de medición. Esta persona, debe, de preferencia, estar vinculada con programas de calidad asistencial y con experiencia en investigación en materia de salud y calidad a nivel de la entidad prestadora. Esta persona debe convertirse en el punto focal de la aplicación del estudio y de la coordinación de los profesionales que realizarán la aplicación de los instrumentos.

PASO 3. DEFINICIÓN DE ALCANCES

Es de suma importancia definir el alcance de la medición. En muchas ocasiones este tipo de mediciones responden a la evaluación de intervenciones terapéuticas (cirugías de ortopedia y traumatología, tratamiento de afecciones cardiovasculares, aplicación de diálisis renal, etc), y por

consiguiente conllevan la finalidad de evaluar la efectividad de los tratamientos en términos de que tanto se ha logrado mejorar la salud y calidad de vida de pacientes intervenidos.

Definir el tipo de pacientes, la patología subsistente, el tratamiento recibido y las mejoras esperables en términos de calidad de vida y salud, son aspectos claves para la selección del o los instrumentos a aplicar. Como decíamos antes es posible que se deban emplear varios instrumentos en función de la complejidad de la medición que se persiga.

Por ejemplo si estamos hablando de pacientes tratados con dolor lumbar, el instrumento apropiado o que mejor mediría el grado de salud y calidad de vida sería el Core Set Lumbar. En cambio en tratamientos por afecciones vasculares el cuestionario Índice de Actividad de Duke sería el más indicado para medir la mejora el nivel de actividad producto del tratamiento recibido.

PASO 4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Este proceso implicará la adecuación de los cuestionarios a la realidad de los pacientes y población de la respectiva IPS, especialmente en lo que se refiere al uso de terminología y frases para determinadas preguntas. Se sugiere hacer una revisión con los responsables del servicio médico relacionado con el estudio y con profesionales de enfermería que laboran en el mismo y tienen contacto con los pacientes.

Será necesario nombrar a un responsable de cada servicio o unidad para implementar el instrumento en su área de trabajo.

De cara a la aplicación del o los cuestionarios, se deberán planificar actividades de capacitación para su aplicación. El responsable o punto focal delegado por la Dirección del Centro deberá asegurar el desarrollo de esta actividad.

El levantamiento de información podrá tener diferentes fuentes. El paciente como una de las fuentes principales, la historia clínica y los profesionales que brindan atención directa al paciente. Por tanto se deberá llevar a cabo una planificación detallada de la selección y revisión de fuentes de información.

Otro aspecto a tener en cuenta en la aplicación de estos instrumentos deberá ser la consideración del diseño de muestras estadísticas. Esto dependerá del alcance y fines del estudio así como del tamaño de la población universo que se desea estudiar.

PASO 5. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN

Las pruebas estadísticas empleadas para el análisis de la información obtenida en la aplicación de los instrumentos dependerá, como también se ha dicho antes, del alcance y finalidad del



estudio, sin embargo entre las pruebas más comunes se pueden mencionar las siguientes: prueba chi cuadrado (χ^2), t Student, test F-Fisher y análisis de la Varianza, entre otros.

En estudios complejos, donde se aplican diferentes instrumentos de medición suelen contar con diseños complejos de análisis estadístico. Esto hace necesario que el estudio cuente con el apoyo de un experto en análisis estadístico.

Los resultados deberán ser presentados al equipo coordinador del estudio, a la Dirección Médica y a los jefes de servicio y profesionales asistenciales vinculados con la atención de las patologías y terapéuticas objeto del estudio. Los resultados deben permitir por una parte conocer mejor el grado de salud y calidad de vida de los pacientes y servir de guía para el perfeccionamiento de la intervención y terapéutica que reciben.

Un aspecto que es importante tener en cuenta es que no existe un patrón estándar de análisis de variables para inferir calidad de salud o de vida, ya que ello dependerá en cada caso, del tipo de medición que se esté o se considere practicar. No serán las mismas variables cuando hablamos de limitación física por una terapéutica traumatológica que una limitación o mejora de actividad física por un procedimiento cardíaco. Por ello para cada caso es muy importante tener en cuenta el tipo de instrumento que se ha seleccionado y consultar a profundidad las variables y modelos de análisis que se recomiendan generalmente con cada tipo de instrumento de medición. En esta guía no es el objeto profundizar sobre la implementación específica de los instrumentos existentes, sino más bien que a nivel de la IPS se disponga de los conocimientos suficientes para comprender la importancia de este tipo de metodologías y los pasos generales que deben llevarse a cabo para su aprovechamiento en el marco de programas de mejora de la calidad.

Bibliografía

Badia, X.; Alonso J. “La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español”. Fundación Lilly. 4ª edición.2007

Alonso, R.; Llanes, L. “Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios de área sanitaria 10 de atención especializada de la comunidad de Madrid”.2000-2005. Revista de Calidad Asistencial 2009; 24(2): 88-90

Adrian Edwards, Glyn Eluyn at all. “Consumers´ views of quality in the consultation and their relevance to shared decision-making approachrs”. Blackwell Scienice Ltd, 2001. Health expectations, 4, pp-151-161

Donabedian A. “La calidad de la atención médica”. La Prensa Mexicana. México D.F.,1984.

Donabedian A. “The definition of Quality and Approaches to its Assessment. Volume I. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1980.

“Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria”. Programa Marco, 1ª Fase. Ministerio de Sanidad y Consumo. IESE, Person Prentice Hall. Fundación Lilly. Gestión en el Sector Salud. Los sistemas de información. Capítulo 12. Pearson Educación, S.A. 2005

Raynald Pineault, Carole Daveluy. “La Planificación Sanitaria”. Masson s.a. 1987.

Saturno Hernández, P.J.”Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica”. Revista de Calidad Asistencial 2009; 24(3): 124-130.

Fernández Sanmartín, M.I.; Rebagliato Nadal, O.; Gispert Uriach, B. de; Roig Carrera, H.; Artigas Guix, J.; Bonay Valls, B.; Guix Font, L.; Turmo Tristán, N. “Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Atención primaria”. 2008; 40(12): 611-616.

Hermosilla, T.; Vidal, S.; Briones, E.; Guerra, J.A.; Navarro, A. “Los pacientes en las guías de práctica clínica”. Revista de Calidad Asistencial 2008; 23(3): 136-141.

Martínez Mateo, F.; Ibáñez Romeguera, J.M.; Fontanet Baqué, M.; Fusté Ballús, C.; Ruesga Fernández, O.; Salas Arbues, L.; Sánchez Fernández, M.; Sancho Gómez de Travesedo, A.; Tejero Cabello, P.; Tella Bernaus, M.; Lledó Rodríguez, R. Derechos del usuario del hospital:”Conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales”. Revista de Calidad Asistencial 2008; 23(2): 72-82.



Robison, R Thomson. "Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision supports tools". *Quality in Health Care*, 2001; 10(suppl): i34-i38.

Ricard Menen. "Fuentes de información para usuarios y pacientes". Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes en el sistema general de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiario. Ministerio de la Protección Social. Bogotá 2009.

Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2002.

Moret, Leila, Rochedreux, Annie, Ballereau, Francoise, et al. "Information for the patient in hospitals: the implicit shared role among professionals". *Presse Med* Volume: 33 Issue: 20 Pages: 1431-6 Published.

Zikos, Dimitris, Liaskos, Joseph, Diomidous, Marianna, et al. "Collection and sharing of information on patient safety education and training in Europe". *Stud Health Technol Inform* Volume: 150 Pages: 745. Published: 2009.

Oterhals, Kjersti, Hanestad, Berit R, Eide, Geir E, et al. "The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction". *Eur J Cardiovasc Nurs* Volume: 5 Issue: 4 Pages:303-10 Published: 2006 (EPubDate 2006 28).

McMullan, Miriam. "Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship". *Patient Educ Couns* Volume: 63 Issue: 1-2 Pages: 24-8 Published: 2006 (EPubDate 2006 06).

Koo, Michelle M, Krass, Ines, Aslani, Parisa. "Patient characteristics influencing evaluation of written medicine information: lessons for patient education". *Ann Pharmacother* Volume: 39 Issue: 9 Pages:1434-40 Published:2005 (EPubDate 2005 26).

Moret, Leila, Rochedreux, Annie, Ballereau, Francoise, et al. « Information for the patient in hospitals: the implicit shared role among professionals". *Presse Med* Volume: 33 Issue: 20 Pages: 1431-6 Published: 2004 20.

Charniot, J C, Nascimbeni, L, Zerhouni, K, et al. "Patient information and the cardiologist". *Arch Mal Coeur Vaiss* Volume: 95 Issue: 12 Pages:1160-4 Published: 2002.

Rouge-Maillart, C, Tuech, J J, Pessaux, P, et al. "Patient information: management in the beginning of the XXI th century". *Presse Med* Volume: 30 Issue: 2 Pages: 68-72 Published: 2001 20.



Hudak, P L, Wright, J G. “The characteristics of patient satisfaction measures”. Spine (Phila Pa 1976) Volume: 25 Issue: 24 Pages: 3167-77 Published: 2000 15.

Hazebroucq, V. “Patient information and informed consent”. J Radiol Volume: 80 Issue: 5 Pages: 411-2 Published: 1999.

Bernhart, M H, Wiadnyana, I G, Wihardjo, H, et al. “Patient satisfaction in developing countries”. Soc Sci Med Volume: 48 Issue: 8 Pages: 989-96 Published: 1999.

Presidencia del Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Presidencia del Gobierno de España.

Norma Orjuela de Deeb. Sergio Horacio Luengas Amaya. “Sistema obligatorio de garantía de calidad”. Sistema de información a los usuarios. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.

RTI International. Health Research. “RANKING DE HOSPITALES MÁS IMPORTANTES DE EE.UU.”. www.rti.org.

Agency for Healthcare Research and quality. “INDICADORES DE CALIDAD. SEGURIDAD DEL PACIENTE. PREVENCIÓN. ETC.”. www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm.

Health Care Financing Administration. “PREVENCIÓN, INFORMACIÓN AL USUARIO”. www.hhs.gov.



Simulación y Mejores Prácticas



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

AUTOR (AÑO) NOMBRE DEL ESTUDIO.	PAIS INSTITUCIÓN	BASES DE DATOS	DISEÑO DEL ESTUDIO	PROBLEMA DE CALIDAD	DE NO	CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	DE RESULTADOS
Xavier Badia ; Jordi Alonso. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Tecnología y Ediciones del Conocimiento. Barcelona 2007	España	MEDLINE	Recopilación de información. Metaanálisis.	Mejora del conocimiento de la enfermedad del paciente y su estado		Inclusión: referencias a la mayoría de los cuestionarios de calida de vida	Es un libro en el que se detallan diferentes guías, unas sobre la calidad de vida y la situación de paciente en cuanto la concientización de su estado y otras más específica de patologías concretas donde se valora el estado de salud del paciente antes de la intervención y después de esta.
Zikos, Dimitris, Liaskos, Joseph, Diomidous, Marianna, et al. <i>Collection and sharing of information on patient safety education and training in Europe. Stud Health Technol Inform Volume: 150 Pages: 745. Published: 2009</i>	EE.UU	MEDLINE	Recopilación de información. Metaanálisis.	Mejora el aprendizaje de los pacientes.		Inclusión: promueve la seguridad del paciente y el conocimiento de este.	El artículo habla de La Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente, un proyecto financiado y apoyado por la Comisión Europea que tiene por objetivo promover la seguridad del paciente, la educación y su formación, a través de la construcción de una plataforma para el intercambio de experiencias y de conocimientos sobre los métodos de planificación y ejecución de aprendizaje sostenible actividades.
Oterhals, Kjersti, Hanestad, Berit R, Eide, Geir E, et al. <i>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs Volume: 5 Issue: 4 Pages:303-10 Published: 2006 (EPubDate 2006 28)</i>	EE.UU	MEDLINE	Ensayo controlado aleatorizado	Mejora la relación entre el hospital y el paciente.		Inclusión: Nos da información sobre la situación del paciente tras un infarto de miocardio.	La relación entre la información en el hospital y la satisfacción del paciente tras el infarto agudo de miocardio.
McMullan, Miriam. <i>Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ Couns Volume: 63 Issue: 1-2 Pages: 24-8 Published: 2006 (EPubDate 2006 06)</i>	EE.UU	MEDLINE	Metaanálisis	Mejora l relación medico paciente		Inclusión: Da información exhaustiva al paciente sobre la relación con el médico.	La información de servicios de salud es uno de los temas que con mayor frecuencia aparece en Internet. Una revisión de la literatura se lleva a cabo en este artículo, para determinar el uso de Internet en la información de salud al paciente y cómo esto podría afectar a la salud de la relación paciente-profesional
Koo, Michelle M, Krass, Ines, Aslani, Parisa. <i>Patient characteristics influencing evaluation of written medicine information: lessons for patient education. Ann Pharmacother Volume: 39 Issue: 9 Pages:1434-40 Published:2005 (EPubDate 2005 26).</i>	EE.UU	MEDLINE	Ensayo controlado aleatorizado	Mejora el conocimiento de como tomar los medicamentos		Inclusión: da información de cómo transmitir la información al paciente en lo que respecta a los medicamentos.	La información sobre medicamentos por escrito, es considerado un componente importante en la educación para la salud del paciente. A pesar de la gran cantidad de información sobre muchos aspectos de la información de medicamentos por escrito, hay una escasez de estudios sobre cómo utilizar la influencia de las características del paciente y la evaluación de esta información. Este artículo nos habla sobre ello.
Moret, Leila, Rochedreux, Annie,	EE.UU	MEDLINE	Ensayo	Mejora la		Inclusión: desarrolla	En este artículo se evalúan las informaciones declaradas

<i>Ballereau, Françoise, et al. Information for the patient in hospitals: the implicit shared role among professionals. Presse Med Volume: 33 Issue: 20 Pages: 1431-6 Published: 2004 20</i>			controlado aleatorizado	comunicación entre el paciente y el médico.	métodos de comunicación al paciente.	de al	por los médicos para determinar el papel de los diferentes profesionales de la salud en la información médica al paciente, los métodos de comunicación y las prácticas de trazabilidad utilizados. Este estudio destaca el interés del cuerpo médico en relación con la información para el paciente, y el importante papel desempeñado por el resto de los profesionales de la salud. Ello mejora la calidad de la asistencia.
<i>Charniot, J C, Nascimbenti, L, Zerhouni, K, et al. Patient information and the cardiologist. Arch Mal Coeur Vaiss Volume: 95 Issue: 12 Pages:1160-4 Published: 2002</i>	EE.UU	MEDLINE	Ensayo controlado aleatorizado	Mejora la comprensión de los pacientes con enfermedades cardíacas con arreglo a su patología	Inclusión: da información la paciente sobre las enfermedades cardíacas.	da	Es una página de la asociación de cardiología de Estados Unidos donde hay información al paciente en relación con la educación, promoción y prevención de las enfermedades cardíacas.
<i>Rouge-Maillart, C, Tuech, J J, Pessaux, P, et al. Patient information: management in the beginning of the XXI th century. Presse Med Volume: 30 Issue: 2 Pages: 68-72 Published: 2001 20</i>	EE.UU	MEDLINE	Recopilación de información. Metaanálisis.	Da información a cerca de cómo transmitir al paciente la información para su comprensión.	Inclusión: Establece una metodología de cómo transmitir a los pacientes el estado de su enfermedad y los aspectos básicos de ella.		Según este artículo hay una jurisprudencia en las leyes francesas en la que los médicos tienen la obligación legal de informar a los pacientes de todos los posibles riesgos, incluidos los riesgos muy excepcionales, así como la información más adecuada posible para que sea entendida por ellos. Además dan una exhaustiva exposición sobre la información dada al paciente y el informe de los tres aspectos básicos observados en la situación actual en Francia.
<i>Hazebroucq, V. Patient information and informed consent. J Radiol Volume: 80 Issue: 5 Pages: 411-2 Published: 1999</i>	EE.UU	MEDLINE	Recopilación de información. Metaanálisis	Trasmite la información básica para que el paciente comprenda lo que se le va a hacer.	Inclusión: determina el proceso de cómo explicar al paciente los procedimientos que se le van a realizar.		El consentimiento informado es el proceso por el cual el paciente plenamente informado puede participar en decisiones sobre su cuidado de salud. Se origina en el derecho legal y ético que el paciente ha de dirigir lo que se le va a hacer a su cuerpo y la obligación ética del médico de dar participación al paciente en su atención de salud. Este artículo habla del consentimiento informado y de su importancia tanto para el médico como para el paciente.
Presidencia del Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Presidencia del Gobierno de España.	España	MEDLINE		El paciente puede conocer sus derechos y deberes,	Inclusión: Determina los derechos y deberes del paciente.		Es una Ley que refuerza la autonomía del paciente. Regula el consentimiento informado y trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en España.
Norma Orjuela de Deeb. Sergio Horacio Luengas Amaya. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Sistema de información a los usuarios. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.	Colombia	MEDLINE		El paciente conoce la información que se le puede suministrar.	Inclusión: recopilación de información a cerca de los sistemas de información al paciente.		Es un buen informe donde se hace una recopilación de los sistemas de información existentes en varios países que se toman como referencia al tiempo que se hace una evaluación propia de la situación de la información al usuario en Colombia.

Como parte de la sección de simulación y mejores prácticas se presenta a continuación la descripción de una experiencia concreta, basada en la aplicación de instrumentos de medición de la salud y calidad de vida a nivel de La Fundación Hospital de Alorcón, en Alorcón, Madrid. España.

Experiencia: La aplicación de instrumentos de medición de salud y calidad de vida en pacientes con Arteriopatía Periférica

El estudio de Arteriopatía Periférica, Tratamiento y Cumplimiento, llevado a cabo en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul de La Fundación Hospital Alorcón (S. Cancer-Perez, et al. 2003) tuvo por objeto evaluar los resultados del tratamiento del Clopidogrel (un antiagregante plaquetario) en pacientes con claudicación intermitente. Adicionalmente analizó el comportamiento del control de los factores de riesgo clásico (tabaquismo, sedentarismo, dieta, etc), evaluó la correlación del test de elevación del tobillo y la claudicometría, el grado de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y la evolución de la calidad de vida de estos pacientes en el tiempo.

Se llevo a cabo un estudio prospectivo multicentrico en 928 pacientes que iniciaron tratamiento con Clopidogrel y con la participación de 48 médicos cirujanos vasculares que actuaron como investigadores a lo largo de seis meses que duró el estudio.

Durante el estudio se practicaron los siguientes análisis: claudicometría, índice tobillo/brazo, test de elevación del tobillo, estudios sanguíneos, entrevistas para medir el cumplimiento del tratamiento, conocimiento de la enfermedad, actividad y calidad de vida.

En cuanto a la calidad de vida se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-12, que es un instrumento genérico de medida de la capacidad funcional y del bienestar emocional, y en cuanto al grado de limitación física se midió con una versión modificada del índice de actividad de Duke, que es un instrumento desarrollado para medir la capacidad funcional en pacientes con cardiopatía a partir de actividades habituales de la vida diaria.

Una vez aplicados los instrumentos, levantada y analizada la información, se obtuvieron los siguientes resultados:

Finalizaron el estudio un total de 435 pacientes, las principales razones de no finalización fueron atribuidas a efectos adversos, falta de satisfacción con la respuesta al tratamiento, bajo cumplimiento del tratamiento, entre los principales.

El factor de riesgo que mostro una disminución significativa fue el del hábito tabáquico. Se detectó aumento significativo en el grupo de actividad física moderada, así como mejora de los índices de claudicometría. Por otra parte el Índice de Actividad de Duke no mostro modificación en sus resultados en las tres aplicaciones que se realizaron a lo largo del estudio. (para mayores detalles consultar artículo completo).

Comentarios sobre el estudio y su relación con las unidades didácticas

Dado que el objeto no es valorar los resultados específicos del estudio, hemos querido incluir unos comentarios sobre la aplicación de instrumentos de salud y calidad de vida que se describen en el resumen del estudio.

Como se puede apreciar, existen unos alcances y objetos muy concretos para el estudio, sin embargo también es cierto que estos son amplios y comprenden diferentes aspectos y elementos que deben emplear diferentes técnicas e instrumentos de medición.

Es este un buen ejemplo donde se hace necesario el uso de diferentes instrumentos de medida. Para el caso del ejemplo, se emplearon para medir calidad de vida el cuestionario de salud SF-12, y el Índice de Actividad de Duke para medir la evolución del nivel de actividad de los pacientes. De igual forma se emplean una serie de pruebas cuantitativas para medir funcionalidad física y otros aspectos como factores de riesgo.

Otra cosa que es importante destacar, es que no siempre son coincidentes los resultados de pruebas cuantitativas con pruebas cualitativas, factores que van desde el tiempo de estudio, la técnica de aplicación de las pruebas cualitativas y el nivel de percepción de los pacientes, que suele ser muy diverso en función del nivel habitual de capacidad funcional o severidad de síntomas, especialmente relevante en los cuestionarios de salud y calidad de vida.

Con este ejemplo se han relacionado los contenidos de las unidades didácticas, especialmente la 2 y 3 relacionadas con el tipo de instrumentos de medición de salud y calidad de vida y su implementación en una entidad prestadora de salud.



Guía de Evaluación

A continuación se presenta una guía de evaluación del material que conforma el manual para la implementación de guías de medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud en IPS. Se presentan elementos de evaluación para cada una de las unidades didácticas.

- 7.1.- ¿Qué son los instrumentos de la medida de la salud y la calidad de vida relacionados con la salud?
- 7.2.- ¿Qué utilidad tienen en la gestión hospitalaria?
- 7.3.- ¿Pueden ser utilizados por los clínicos?
- 7.4.- ¿Los instrumentos pueden ser utilizados adecuadamente en los hospitales colombianos?
- 7.5.- ¿Cómo se realizaría la implementación en los centros hospitalarios?

