



Seguridad en el manejo del dolor agudo perioperatorio

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez

* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
Solicitud de sobretiros: Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez. Vasco de Quiroga 15. Sección XVI. Tlalpan 14000 Distrito Federal.
Teléfono: 52-55-54870900 Ext. 5011. E-mail: alfredocov@yahoo.com Web-site: www.covarrubias-gomez.org

INDICADORES DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD

La información que disponen los hospitales es vasta y al ser recolectada en forma rutinaria provee una fuente extensa de documentación utilizable en la elaboración de estadísticas. Esta serie de elementos frecuentemente incluye (más no se limita) la edad, el género, el motivo de ingreso, el diagnóstico de egreso, el tiempo de estancia hospitalaria, entre otros. Cada uno de estos recursos pudiera carecer de representatividad en forma aislada, sin embargo en conjunto provee del material capaz de brindar un reflejo de la calidad de la atención proporcionada⁽¹⁾.

Ahora bien, la información necesaria para evaluar la seguridad con la que se atiende a un enfermo en el contexto hospitalario, se enfoca tanto a los eventos en forma aislada como a la exposición del sujeto a dichos eventos (*happening vs exposure* en idioma inglés). De tal forma que los indicadores relacionados con la seguridad de la atención tienden a evaluar en forma objetiva todos los problemas que los pacientes experimentan como el resultado de una exposición al sistema de salud y que son posibles de corregir mediante cambios al proceso administrativo general (sistema de salud de una ciudad, estado o nación) o particular (dentro de un hospital y atribuibles al internamiento)⁽¹⁾.

Entre los indicadores de calidad relacionados con un hospital y que son atribuibles al internamiento se pueden identificar: (i) complicaciones asociadas a la anestesia, (ii) muerte en cuadros de baja mortalidad, (iii) úlceras por decúbito, (iv) falla para el rescate, (v) colocación no intencionada e inadvertida de un cuerpo extraño en la integridad del enfermo durante la realización de un procedimiento, (vi) neumotórax iatrogénico, (vii) infecciones asociadas a la atención médica, (viii) fractura de cadera post-operatoria, (ix) falla respiratoria postoperatoria,

(x) tromboembolia pulmonar o trombosis venosa profunda durante el post-operatorio, (xi) sepsis post-operatoria, (xii) dehiscencia de herida quirúrgica, (xiii) desequilibrio hidroelectrolítico o ácido-básico durante el post-operatorio, (xiv) reacciones atribuibles a una transfusión, (xv) trauma, laceración o punción accidental, (xvi) trauma neonatal asociado al nacimiento, y (xvii) trauma obstétrico⁽¹⁾.

Esta serie de consideraciones pone de manifiesto que diversos elementos asociados a la práctica de la anestesiología pueden ser considerados como indicadores de calidad en la seguridad del enfermo que se encuentra hospitalizado. Dichos elementos pueden ser modificados por el entrenamiento que recibe el personal adscrito a los servicios de anestesiología. La reducción en las lesiones asociadas a la práctica de la anestesiología se obtiene mediante el mejoramiento del ambiente de seguridad de los hospitales. Cambios minúsculos como la documentación electrónica de eventos, o promover una cultura de seguridad en el personal médico y paramédico constituyen un paso inicial para la obtención de este objetivo⁽¹⁾.

INDICADORES DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA ANESTESIOLOGÍA

Tanto la calidad como la seguridad en anestesiología requieren de la monitorización mediada por análisis de los incidentes y la morbilidad perioperatorias. Dicha acción con frecuencia presenta una sensibilidad y especificidad limitadas. Esto se debe a que en algunas ocasiones la morbilidad y/o la mortalidad pueden estar asociadas a causas distintas de la anestesia, y los incidentes dependen del reporte del personal médico y paramédico. Como consecuencia de lo anterior, se han tenido que elaborar diversos instrumentos de medición e indicadores clínicos⁽²⁾.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Los indicadores constituyen una serie de mediciones de un constructo no cuantificable «per se» (en este caso, la calidad de la atención). Como se comentó con anterioridad, la elaboración de estos recursos tiene su origen en la industria y su introducción a la práctica médica ocurrió en 1982. Originalmente los indicadores de calidad en el sistema de salud estadounidense se referían a una serie de «banderas» o filtros que evaluaban esta variable en forma genérica. Para ello, se necesitaba de la revisión del caso individual y la identificación de desenlaces adversos potencialmente atribuibles al acto médico⁽²⁾.

Entre 1987 y 1993, un grupo de trabajo de la Joint Commission enfocado al área de la anestesiología elaboró 14 indicadores relacionados con la anestesia, mismos que estaban enfocados a la monitorización continua del desarrollo organizacional de los hospitales, y que fueron insertados en Sistema Nacional de Mediciones de la Unión Americana. Estos indicadores fueron divididos en dos categorías: (i) los indicadores de eventos centinela (eventualidades inusuales y aisladas que se desenlanzan con la muerte o una lesión física o psicológica seria, ej: paro cardíaco transoperatorio), y (ii) indicadores basados en la frecuencia (tendencia anormal de un tipo de proceso particular o de un desenlace esperado como infrecuente, ej: incremento en el número de admisiones a la terapia intensiva a consecuencia de un acto anestésico)⁽²⁾.

A partir de entonces diversos indicadores para la evaluación de la práctica de la anestesiología han sido documentados. Haller y colaboradores (2009) han documentado hasta 108 indicadores clínicos relacionados con la práctica de la

anestesiología. La mitad de ellos miden también la atención postoperatoria y la quirúrgica, cerca del 60% se enfocan al desenlace, y 83% evalúan seguridad⁽²⁾. Es importante destacar que prácticamente todas las instituciones evaluadas han generado indicadores propios, y que únicamente 40% de los indicadores ha sido validado.

Desafortunadamente, la información disponible acerca de indicadores en anestesiología en revistas indexadas con alto impacto es nula y se limita a la revisión sistematizada de Haller y colaboradores (2009). Diversos indicadores pueden ser encontrados en diversos sitios pero carecen de la validez necesaria para ser adoptados universalmente. Un ejemplo de esta serie de discrepancias puede observarse en la mortalidad relacionada con la anestesia. La controversia con dicha variable radica en que para evaluar dicho fenómeno se han caracterizado tres indicadores: (i) la muerte durante las primeras 48 horas después de un acto anestésico, (ii) la tasa de muertes en procedimientos que requirieron anestesia, y (iii) las muertes ocurridas a los 30 días de haberse realizado una cirugía⁽²⁾. Otro ejemplo lo proporciona la AHQR mediante el indicador que evalúa las complicaciones relacionadas con la anestesiología y define esta variable como el «número de casos de sobredosis o reacciones a los anestésicos, o colocaciones equívocas del tubo endotraqueal por cada 1,000 egresos de enfermos quirúrgicos». En dicho indicador los tipos de reacciones o los elementos necesarios para emitir el diagnóstico de sobredosis no son especificados⁽¹⁾. Sirvan estos ejemplos para puntualizar la necesidad de procesos homogéneos y estandarizados.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. AHRQ Quality indicators. Guide to patient safety indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. USA. 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/iqi_download.htm
2. Haller G, Stoelwinder J, Myles PS, McNeil J. Quality and safety indicators in Anesthesia. Anesthesiology 2009;110:1158-1175.