



Control de calidad en trauma

La demanda por atención de urgencias y en particular por trauma se ha incrementado en forma constante durante las últimas décadas en la mayoría de los hospitales. En efecto, en varios países del continente, en los hospitales de mayor tecnología, las consultas y admisiones por urgencias representan más del 50% del total. En los hospitales universitarios de algunos países, esta proporción puede llegar a más del 80%. En el Hospital Universitario del Valle de Cali, Colombia, por ejemplo, casi el 90% de las admisiones de Cirugía tienen su origen en urgencias, es decir sólo el 10% son pacientes de tipo electivo (1).

Contrario a lo que pudiera opinar un observador desprevenido, la Calidad de la atención médica es y ha sido una preocupación constante entre los médicos y particularmente entre los cirujanos. Una prueba concreta de esta preocupación son las reuniones de auditoría y mortalidad, establecidas en muchos hospitales antes que existiera el primer cuestionamiento jurídico formal a un acto médico. Este tipo de reuniones existe en países donde el ejercicio de la medicina no se encuentra agobiado por intereses inescrupulosos apoyados en la normatividad jurídica. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones tanto la auditoría como la mortalidad tienen una connotación más académica que administrativa y mucho más emocional que científica. Así por ejemplo, es frecuente observar que las sesiones se refieren al caso peor manejado, y durante su discusión se trata de identificar un culpable a quien se le impone un castigo ejemplarizante. El resultado es un sistema en el cual existe temor a ser sorprendido, y como consecuencia lógica a ocultar situaciones que pudieran servir a otros en el manejo de sus pacientes. Además, debido al análisis de un solo caso se pierde una oportunidad de aprendizaje única proveniente del resto de pacientes, posiblemente mucho más enriquecedora y útil que un método inquisidor.

Por contraste un Sistema de control de calidad debe disponer de un denominador y por lo tanto debe observar a todos los pacientes, tanto bien como mal manejados, y cuantificarlos. De esta forma es posible identificar las proporciones de mortalidad y morbilidad, reducir sus valores y los sobrecostos inherentes. El director moderno de un servicio, departamento o unidad; está bien informado de todo cuanto ocurre en su área de responsabilidad y para el efecto conoce las cifras de las actividades realizadas y dispone de indicadores de gestión (2).

Como es bien conocido, en el caso particular de los pacientes traumatizados, la morbilidad y la mortalidad tienen un significado muy diferente a los pacientes que fallecen por enfermedades cardiovasculares o por neoplasias. En efecto, mientras el promedio de edad de estos últimos es de 68 años, el promedio de edad de los pacientes víctimas de trauma es de 28 años, lo cual implica una pérdida en el período más productivo de su vida (3). Contrario a lo que se pudiera suponer, esta morbimortalidad por mal manejo no es infrecuente. Así por ejemplo, en los hospitales que disponen de un Sistema de control de calidad se calcula que por lo menos el 18% de las muertes por traumatismo son prevenibles o potencialmente prevenibles (1, 4, 5). Las cifras de las instituciones que no cuentan con un sistema de este tipo no se conocen, pero es difícil suponer que sean inferiores.

De otra parte, el desarrollo de un Sistema de control de calidad que permita reducir el impacto de este problema no requiere de superespecialistas, ni de una gran estructura. Posiblemente el requerimiento más importante son las personas identificadas con la necesidad de mejorar, no importa cuál sea el grado de perfección existente (2, 7).

El segundo elemento básico para realizar este control de calidad es el patrón de comparación, protocolo o guía de manejo con base en el cual se va a determinar si hubo o no una desviación de las normas de manejo. Estas guías no se pueden copiar de un texto, ni se pueden importar de otra institución, porque el riesgo inmediato sería la falta de respeto hacia las mismas. Sin ninguna duda, la fortaleza de una norma o protocolo es el grado de observación de sus participantes, esto es, el grado de respeto por su contenido y la exigencia hacia los demás para que se apliquen en cada paciente o grupo de pacientes. Por este motivo, estas guías deben ser revisadas o mejor aún, el producto de la revisión del grupo que va a realizar esta actividad (8-10).

Con base en estos elementos, se han establecido grados de mortalidad y de morbilidad, las cuales se clasifican usualmente en prevenibles, potencialmente prevenibles y no prevenibles (6, 7). Así por ejemplo, la literatura acepta que la muerte de un paciente no es prevenible si el individuo llegó remitido complicado, v. gr. una iatrogenia en otro hospital o clínica, o bien las lesiones eran mortales, pero fueron bien manejadas. También se considera que no es prevenible una muerte de un paciente en cuyo manejo no hubo contravenciones a las normas del servicio; y tampoco lo es si la probabilidad de sobrevida era menor al 25%, de acuerdo a alguna escala de severidad (6, 10, 11).

Son lesiones potencialmente prevenibles las lesiones severas pero no necesariamente mortales, en cuyos casos la evaluación y manejo fue aceptable pero no óptimo, hubo errores de manejo con posible incidencia en el resultado, existió contravención a las normas, aunque no influyera en el resultado; o cuando la probabilidad estimada de sobrevida del paciente fallecido era intermedia, es decir, de 25%-50%.

Por último se considera que una muerte es definitivamente prevenible cuando se trata de lesiones no mortales, la evaluación y/o el manejo fueron inadecuados, hubo un error o una contravención a las normas que influyó en el resultado, y en los casos en que la probabilidad estimada de sobrevida era mayor de 50% (12, 13).

Un sistema de este orden no implica laxitud en el manejo de las complicaciones y las dificultades administrativas. Por el contrario, el control de calidad detecta el caso peor manejado así como todos los casos con problemas de manejo, y por lo tanto resulta en un instrumento poderoso de gestión (2, 7, 13). Este enfoque permite presentar los resultados en una dimensión más justa, acorde con las dificultades inherentes a su manejo y comprensible para los administradores que nunca han operado un paciente.

En un entorno cada vez más difícil para el ejercicio de la cirugía, son importantes todos los esfuerzos por mejorar la calidad de atención, pues benefician a los pacientes y protegen a los profesionales (14, 15). Y sin ninguna duda nadie está mejor preparado para liderar este proceso que nosotros mismos.

Referencias

1. GONZÁLEZ A: Registros de Cirugía. 1986-1991. Departamento de Cirugía. Universidad del Valle.
2. GILMORE C, NOVAES H: Gerencia de la calidad. OPS. Washington, D.C., 1996.
3. TRUNKEY D, BLAISDELL F: Epidemiology of trauma. En: American College of Surgeons. Care of the Surgical Patient. Chicago USA. Scientific American, 1996; IV, 6: 1-7.
4. HOLGUÍN F, COIMBRA R, CHAMPION H: Índice de severidad. En: Rodríguez A, Ferrada R. (eds.). Trauma. Feriva, 1997: 33-42.
5. CHAMPION HR, SACCO WJ, COPES WS: Trauma Scoring. En: Feliciano DV, Moore EE, Mattox K, (eds.) Trauma. 3ª. Ed. Appleton Lange, 1996, Norwalk, USA, 53-68.
6. American College of Surgeons. Quality assurance in Trauma Care. Resources for Optimal Care. Chicago, II, 1990: 67-77.
7. FERRADA R: Auditoría. Mortalidad y complicaciones. Departamento de cirugía, Universidad del Valle, 1996.
8. FERRADA R: Duodenal Trauma. American College of Surgeons, Spring Meeting. April, 1998.
9. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME, 1ª ed., 1997.
10. Varios autores. Protocolos Unidad de Quemados. Hospital Universitario del Valle, Cali.
11. BOYD C, TOLSON MA, COPES W: Evaluating Trauma Care.: The TRISS Method. J Trauma 1987; 27: 370-8.
12. CIVIL I, SCHWAB W: The abbreviated injury scale, 1985 Revision: A condensed chart for clinical use. J Trauma 1988; 28: 87-90.
13. DAVIS J, HOYT D, McARDLE M, *et al.*: An analysis of errors causing morbidity and mortality in a trauma system: A guide for quality improvement. J Trauma 1992; 32: 660-6.
14. PULIDO HH: Control de calidad en soporte nutricional. Rev. Col. Cirugía 1998; 13: 29-34.
15. LERMA C. Dilemas éticos del cirujano. Rev. Col. Cirugía 2000; 15: 222-5.

Nota: parte del contenido del presente editorial fue presentado en la Sociedad Panamericana de Trauma en Miami, 1997 y en Médicas UIS, 1997.

RICARDO FERRADA D. MD, MSCC, MSP, FACS.
Profesor Titular de Cirugía, Universidad del Valle, Cali.

Correspondencia
Calle 12 No. 112-120 - Balcones B. C. Jardín, Cali
E-mail: rferrada@telesat.com.co