

Apego a los indicadores de Calidad en Panendoscopia de acuerdo a la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal en el Hospital General Dr. Manuel Gea González

Rodrigo Velázquez-De La Vega*, Orlando Bada-Yllan, Aaron Días-Flores

Introducción

En la actualidad en las instituciones se busca obtener servicios de salud costo-efectivos que se realicen en el paciente correcto, en el momento correcto, en el lugar correcto. Para identificar si los procesos se están realizando de forma correcta, se han desarrollado los indicadores de calidad en los servicios de salud. La utilidad de crear y medir los indicadores de calidad es determinar la naturaleza y magnitud de un problema, implementar medidas correctivas y medir las mejoras.¹

Los indicadores de calidad se pueden medir comparando el desempeño que se tiene contra un punto de referencia ideal establecido. Se reporta como las veces en las que se logra el objetivo. Los indicadores se dividen en tres categorías: medidas estructurales, procesos y resultados del proceso.²

Siguiendo los principios de la medicina *Primum Non nocere* (lo primero es no hacer daño), en la endoscopia se busca realizar procedimiento para llegar a un diagnóstico o realizar un procedimiento con la más alta calidad, con el menor daño posible. Esto se debe iniciar desde la residencia. Al inicio, el residente al ser supervisado por un profesor, es asesorado para cumplir con los indicadores de calidad. A lo largo de la residencia se debe de volver un hábito. En endoscopia, los indicadores de calidad se dividen en tres

mementos: Pre-procedimiento, trans-procedimiento y post-procedimiento.

En la etapa Pre-procedimiento es desde el primer contacto del endoscopista y su equipo hasta el momento previo de iniciar el procedimiento o la anestesia. En esta etapa debe ver que sea el paciente correcto con el procedimiento correcto, además de que el paciente se encuentre en las condiciones adecuadas y sea valorado por el servicio de anestesiología. La etapa Trans-procedimiento inicia desde que se administra la sedación o se introduce el endoscopio. En esta etapa se deben evaluar los aspectos técnicos del procedimiento, así como contar con todo el material necesario, previniendo complicaciones. Finalmente, la etapa post-procedimiento abarca desde que se finaliza el procedimiento hasta la cita de seguimiento. En esta etapa se evalúa que el paciente sea monitorizado hasta su alta, el reporte, indicaciones de alta y evaluación del reporte de patología^{3,4,5}.

En el año 2006 la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) crearon la primera versión de los indicadores de calidad en Panendoscopia, se ha actualizado hasta la actualidad⁶. Los indicadores de calidad se dividen en tres momentos de la endoscopia: previo al procedimiento, durante el procedimiento y posterior al procedimiento. Es importante recalcar que no todos los indicadores son aplicables a todos los procedimientos endoscópicos ya que ciertos indicadores solo aplican para patologías específicas. Cada

Autor de correspondencia:

*Rodrigo Velázquez-De La Vega

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000042

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):2-6

www.endoscopia-ameg.com

indicador es independiente, aunque pueden estar relacionados entre sí.

Los indicadores pre-procedimiento incluyen: frecuencia en la que se el procedimiento está indicada conforme a la lista de indicaciones establecidas por la ASGE (>80%); frecuencia en la que se realiza el consentimiento y es documentado (>98%); frecuencia en la que en pacientes cirróticos se administra profilaxis antibiótica en sangrado de tubo digestivo (STD) (>98%), frecuencia en la que se administra profilaxis antibiótica en pacientes a los que se realizará colocación de sonda de gastrostomía (>98%); frecuencia en la que se administra inhibidor de bomba de protones en pacientes con sospecha de sangrado de úlcera péptica (>98%); frecuencia en la que se inicia agente vasoactivo en sospecha de sangrado variceal (>98%).

Los indicadores trans-procedimiento incluyen: frecuencia en la que se realiza y documenta una exploración completa de esófago, estómago con retrovisión y duodeno (>98%); frecuencia en que se toman biopsias (al menos 4) en pacientes con úlcera sin sangrado activo para descartar malignidad (>80%); frecuencia en la que se mide de forma adecuada el Esófago de Barrett (>98%); frecuencia en la que se obtienen biopsias en sospecha de Esófago de Barrett (>90%); frecuencia en la que se describe y se documenta la localización de lesiones de STD (>80%); frecuencia en la que en úlcera péptica se describen estigmas de sangrado (>98%); frecuencia en la que se trata el sangrado activo o el vaso visible en úlcera (98%); frecuencia en la que el intento de hemostasia primaria es documentada en sangrado activo (>98%); frecuencia en la que se utiliza una segunda modalidad de tratamiento posterior a la inyección de adrenalina en sangrado de úlcera péptica (>98%); frecuencia en la que la ligadura de varices esofágicas se utiliza como primera opción de tratamiento (>98%); frecuencia en la que se toman al menos 4 biopsias en sospecha de enfermedad celiaca (>90%).

Los indicadores post-procedimiento incluyen: frecuencia en la que se recomienda el uso de IBP en pacientes a los que se realizó dilatación esofágica por estenosis péptica (>98%); frecuencia en la que se indica IBP o antagonistas H2 en úlcera péptica (>98%); frecuencia en la que se planea prueba de H pylori en pacientes con úlcera péptica (>98%); frecuencia en la que en pacientes con resangrado por úlcera péptica se repite la endoscopia (>98%); frecuencia en la que se contacta pacientes para documentar eventos adversos (No establecido).

En las guías se establece como prioritario el realizar los siguientes indicadores: uso de IBP en sospecha

úlcera péptica sangrante, uso de profilaxis en pacientes con cirrosis y STD, la programación de prueba de H pylori en úlcera péptica, tratamiento de úlcera sangrante o con vaso visible.

P. Jirapinyo y Cols, realizaron un estudio en el 2015 donde evaluaron los programas de residencia en endoscopia gastrointestinal realizando cuestionarios a los residentes de los tres años para identificar cuantos procedimientos realizan, la calidad de los mismos y si cumplían con criterios de calidad. Se observó que los residentes no cumplen con el número de procedimiento y no se da énfasis en los criterios de calidad en los procedimientos endoscópicos⁵. Hernández y Cols, realizaron un estudio donde se evaluaron 11 centros durante 6 años en estados unidos, tomaron como indicador de calidad en las colonoscopias la identificación de adenomas. Se identificó que 3 centros tenían buena calidad y dos centros se encontraban por debajo del promedio. Se concluyó que no se encuentran estandarizados los procesos y se requieren más estudios para mejorar los procesos y mejorar la calidad de las colonoscopias⁷.

En la actualidad toda actividad profesional se encuentra en evaluación permanente, en la medicina no nos encontramos exentos de dichas evaluaciones. Esto se ha desarrollado con el fin de poder proveer servicios de salud de calidad. Es decir, que el paciente tenga los menores riesgos y el máximo beneficio.

La Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal, dentro de sus objetivos tiene el contar con indicadores de calidad en todos los procedimientos endoscópicos. Los indicadores de Calidad en Panendoscopia se han ido actualizando.

Por lo anterior no nos encontramos exentos de evaluar los procedimientos endoscópicos que se realizan en nuestra institución. Por lo que se requiere aplicar el uso de indicadores de calidad en endoscopia. Con el fin de conocer si se están realizando los procedimientos, cumpliendo con los indicadores de calidad.

Materiales y método

Se revisaron los reportes de todos los procedimientos de panendoscopia que se realizaron en el servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo de 1 de marzo de 2016 a 28 de febrero de 2017. Posteriormente a la realización de cada panendoscopia y realización del reporte del mismo. Se completó el cuestionario donde se incluyeron los indicadores de calidad en Panendoscopia establecidos por el Colegio Americano de Endoscopia

Gastrointestinal y dicha información se capturó en una base de datos. Posteriormente se realizó el análisis de dichos resultados.

Resultados

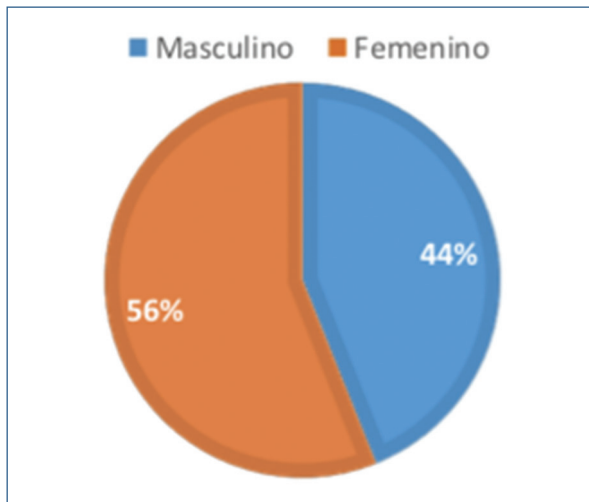
Se evaluaron 1063 estudios de panendoscopia en el servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo de 1 de marzo de 2016 a 28 de febrero de 2017. De los estudios realizados el 56% (467) de los pacientes eran del género masculino y 44% (596) de los pacientes correspondió a mujeres (Grafica 1).

De los indicadores preprocedimiento (Grafica 2) la firma del consentimiento se cumple en el 99% (1060) de los pacientes por arriba del 98% que se solicita en los indicadores. La indicación de la endoscopia se

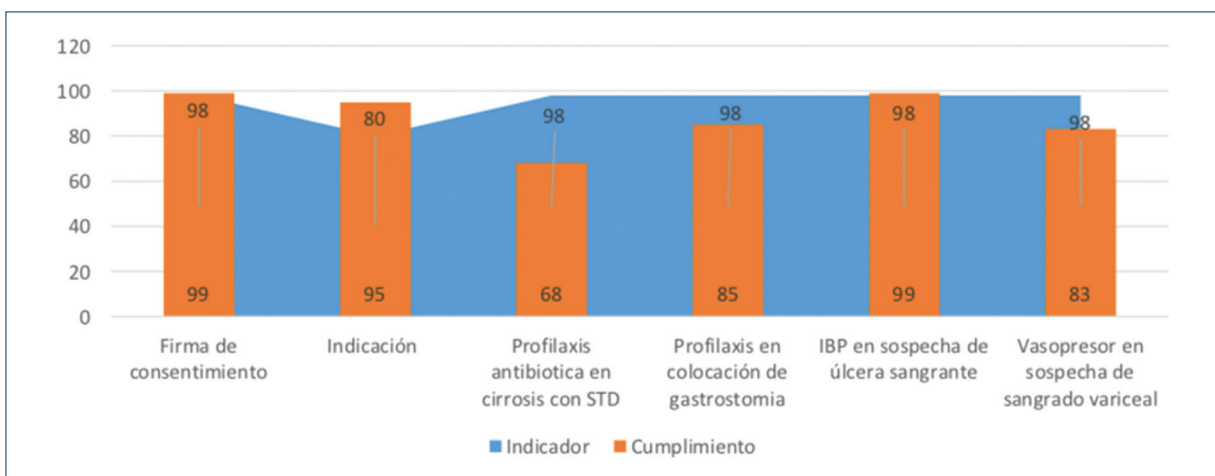
encuentra el 95% (1011) por arriba del 80% que se solicita en los indicadores. La profilaxis antibiótica en pacientes con sangrado de tubo digestivo con cirrosis se cumple en un 68% (74) por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. La profilaxis antibiótica en la colocación de gastrostomía se aplica en 85% (13) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. La administración de Inhibidores de Bombas de Protones en sospecha de úlcera sangrante se administra en el 99% (116) de los pacientes por arriba del 98% que se solicita en los indicadores. El uso de vasopresores en sospecha de sangrado variceal se administra en 83% (60) de los pacientes por debajo de 98% que se solicita en los indicadores.

La indicación más frecuente de panendoscopia en nuestro servicio es el Sangrado de Tubo Digestivo reciente o activo. Seguido de síntomas gastrointestinales a pesar de tratamiento. En tercer lugar, reflujo a pesar de tratamiento.

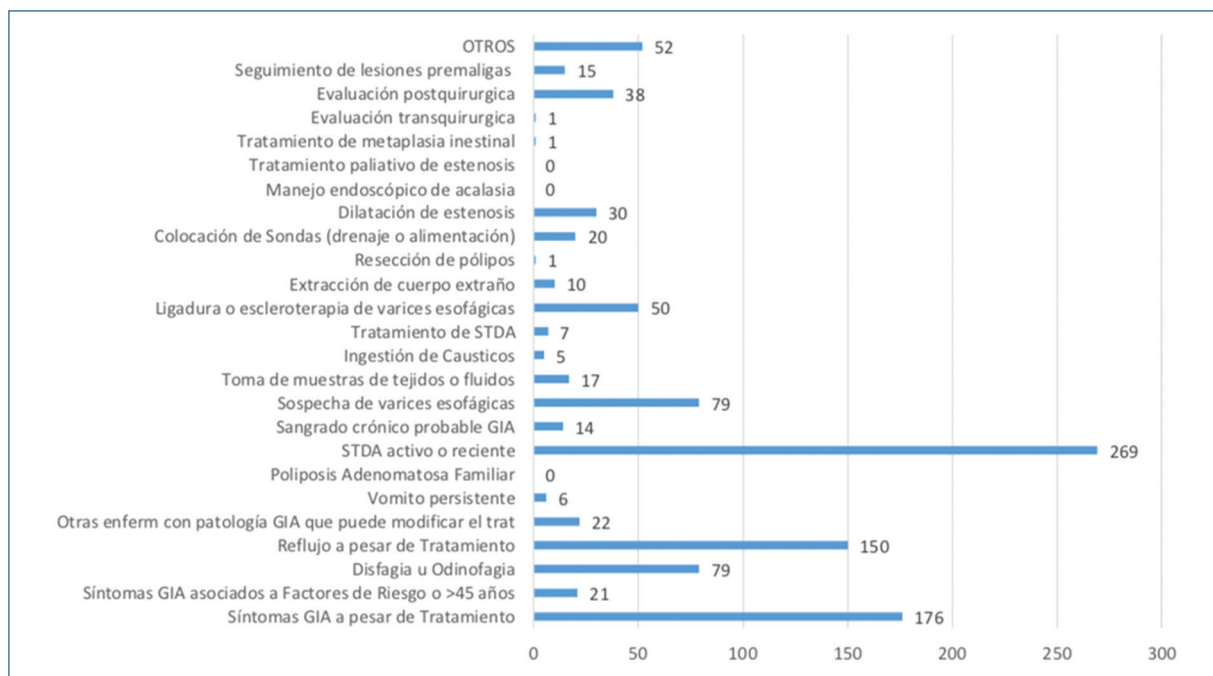
De los indicadores transprocedimiento (Grafica 4) se realizó examen completo de esófago, estómago y duodeno en el 97% (1059) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. Se tomaron biopsias en úlcera sin sangrado activo en 49% (35) de los pacientes por debajo del 80% que se solicita en los indicadores. La medición apropiada de esófago de Barrett se realizó en 87% (30) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. La toma adecuada de biopsias en sospecha de Esófago de Barrett se realizó en 76% (34) pacientes por debajo del 90% que se solicita en los indicadores. La descripción de lesiones y localización en Sangrado de Tubo Digestivo se reportó en 97% (149) de los pacientes por arriba del 80% que se



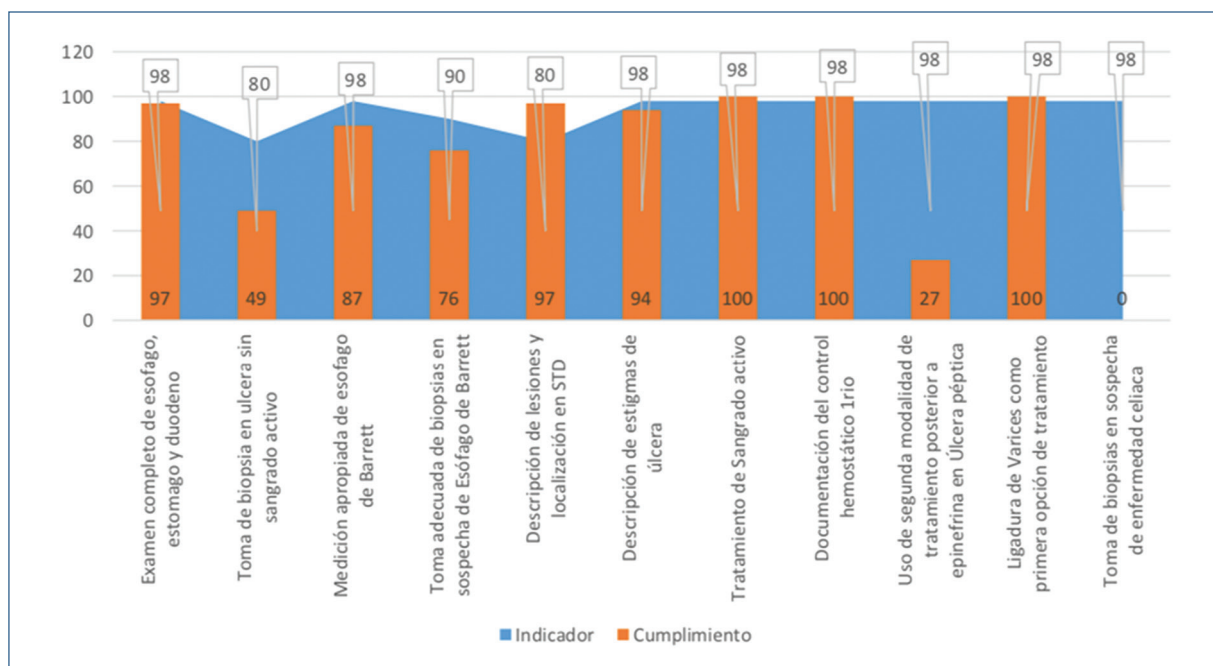
Grafica 1.



Grafica 2. Indicadores preprocedimiento



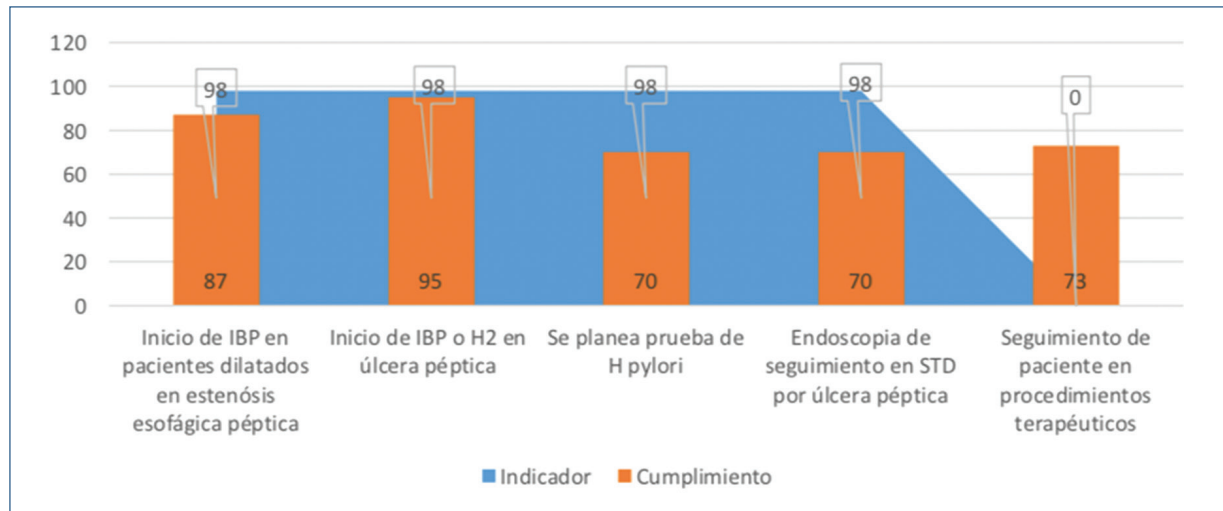
Grafica 3. Indicaciones



Grafica 4. Indicadores transprocedimiento

solicita en los indicadores. La descripción de estigmas de úlcera se reportó en 94% (84) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. El tratamiento del sangrado activo (32) y su documentación (32), se logró en el 100% de los pacientes por

arriba del 98% que se solicita en los indicadores. El uso de una segunda modalidad de tratamiento posterior a la inyección de epinefrina en úlcera péptica se realizó en 27% (15) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. La ligadura



Grafica 5. Indicadores postprocedimiento

de varices como primera opción de tratamiento se realizó en el 100% (65) de los pacientes por arriba del 98% que se solicita en los indicadores. No se realizaron toma de biopsias en sospecha de enfermedad celiaca.

De los indicadores postprocedimiento (Grafica 5) el inicio de Inhibidor de Bomba de Protones en pacientes dilatados de estenosis esofágica péptica se realizó en el 87% (23) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. El inicio de Inhibidor de Bomba de Protones en pacientes con úlcera péptica se realizó en el 95% (80) de los casos por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. Se planeó realizar prueba de H pylori en 70% (81) de los pacientes por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. Se realizó endoscopia de seguimiento en 70% (81) de los pacientes por sangrado por úlcera péptica por debajo del 98% que se solicita en los indicadores. Se realizó seguimiento de 73% (779) de los pacientes en procedimiento terapéuticos, sin embargo, no se ha establecido el porcentaje que se debe cubrir como indicador.

Conclusiones

Al analizar los indicadores de calidad en panendoscopia impulsadas por el Colegio Americano de Endoscopia Gastrointestinal observamos que los indicadores preprocedimiento en nuestro servicio se cumplen con tres de los seis indicadores. De los indicadores transprocedimiento cumplimos con cuatro de los once. De los indicadores postprocedimiento no se cumplen con ninguno.

En las guías se establece como prioritario: uso de IBP en sospecha úlcera péptica sangrante, uso de profilaxis en pacientes con cirrosis y STD, la programación de prueba de H pylori en úlcera péptica, tratamiento de úlcera sangrante o con vaso visible. De las cuales se cumple con dos de ellas.

Es necesario capacitar de forma adecuada al personal del Servicio de Endoscopia en la implementación de los indicadores de calidad para mejorar la atención al paciente. Además, se debe de analizar que modificaciones se deben realizar en los protocolos de atención de los pacientes desde el servicio de urgencias y la disponibilidad de medicamentos (antibióticos y vasopresores).

Posterior a la implementación de la capacitación es necesarios reevaluar los procesos del servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General Dr. Manuel Gea González para conocer si dichas políticas generan una mejoría en la atención de los pacientes.

Referencias

1. Henry T. Stelfoxa, Sharon E. Strausd, Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator development. *Journal of Clinical Epidemiology* 2013; 66:1320-1327.
2. Mark R. Chassin, Robert W. Galvin and the National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA* 1998;280:1000-1005.
3. Jonathan M. Buscaglia. Quality in endoscopy: it starts during fellowship. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* 2008;67:120-122.
4. Douglas O. Faigel, Irving M. Pike, Todd H. Baron, et.al. Quality Indicators for Gastrointestinal Endoscopic Procedures: An Introduction. *Am J Gastroenterol* 2006;101:866-872.
5. Pichamol Jirapinyo, Avlin B. Imaeda, Christopher C. Thompson. Endoscopic training in gastroenterology fellowship: adherence to core curriculum guidelines. *Surg Endosc* 2015;29:3570-3578.
6. Walter G. Park, Nicholas J. Shaheen, Jonathan Cohen. Quality Indicators for EGD. *Am J Gastroenterol* 2014;384:1-12.
7. Hernandez, LV. Deas, TM. Catalano, ME. Longitudinal assessment of colonoscopy quality indicators: a report from the Gastroenterology Practice Management Group. *Gastrointest Endosc* 2014;80:835-41.