

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL GUÍAS PARA APLICACIÓN CLÍNICA (ASGE)

María del Carmen Vásquez Guillén*. Fuente Gastrointestinal Endoscopy 1999; 49 (6).

Este texto ha sido preparado por los estándares del Comité de Práctica de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal.

En 1989 se preparó una Guía al respecto ⁽¹⁾.

Esta guía para la endoscopia gastrointestinal se ha desarrollado sistemáticamente, relacionada clínicamente a las evaluaciones y recomendaciones; y tiene el objetivo de asistir al practicante para que de un apropiado costo efectivo y alta calidad de vida y cuidado al paciente.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

La endoscopia es la modalidad principal de diagnóstico y terapéutica en el cuidado de pacientes con enfermedades del tracto gastrointestinal. Las bases de la primera guía de la ASGE (Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal) desarrolló lo básico para el establecimiento de unidades de endoscopia gastrointestinal, con el fin de lograr una alta calidad de la endoscopia.

Según la JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud), debe ser diseñado un Programa de mejoramiento de calidad de la endoscopia para un monitoreo objetivo y sistemático y evaluar la calidad y lo apropiado a su cuidado.

Este documento ha sido preparado por la ASGE para hospitales asistenciales, centros de endoscopia externa y endoscopistas que están en proceso de mejorar la calidad en la práctica endoscópica.

Un primer consenso dado por la ASGE, «El uso apropiado de la endoscopia gastrointestinal», define las indicaciones, no indicaciones y contraindicaciones para la práctica endoscópica y da las bases para el establecimiento de estándares locales en el uso de la endoscopia (4).

Los principales elementos para un programa de mejoramiento en la calidad de la endoscopia gastrointestinal son: reportes de procedimientos, registro en la Unidad Endoscópica y revisión multidisciplinaria.

REPORTE DEL PROCEDIMIENTOS

Todos los procedimientos endoscópicos deben ser sistemáticamente documentados por un reporte endoscópico completo y legible, que debe incluir los siguientes elementos:

1. Día y fecha del procedimiento.
2. Datos de identificación del paciente.
3. Endoscopista(s).
4. Asistente (s).

5. Documentación de lo relevante de la historia del paciente y el examen físico.
6. Indicación del consentimiento informado.
7. Procedimiento endoscópico.
8. Indicaciones.
9. Tipo de procedimiento endoscópico.
10. Medicación (anestesia, analgesia, sedación).
11. Extensión anatómica del examen.
12. Limitaciones del examen.
13. Muestras o tejido obtenido.
14. Hallazgos.
15. Impresión diagnóstica.
16. Resultados de la intervención terapéutica (si hubo alguno).
17. Complicaciones (si hubo alguno).
18. Disposición.
19. Recomendaciones para su cuidado posterior.

Se espera que la documentación escrita sobre los datos relacionados con el procedimiento pertinente estén al alcance de la historia del paciente en el momento en que éste deja la sala de endoscopia. Este documento debe ser el reporte endoscópico final con todos los datos listados antes o con una anotación abreviada de la información relevante que asegure el cuidado continuo del paciente.

Registro de la Unidad de Endoscopia

Se debe mantener un registro de todos los procedimientos endoscópicos. Este debe hacerse en un formato largo, en un registro médico o en una base de datos de una computadora. Esta información contenida en este registro puede servir como un index para la selección de procedimientos para una revisión de la calidad del servicio. La información en este registro debe incluir.

1. Día y fecha del procedimiento.
2. Identificación del paciente.
3. Endoscopista (as).
4. Asistente(s).
5. Procedimiento endoscópico.
6. Extensión anatómica del procedimiento.
7. Duración del procedimiento.
8. Hallazgos.
9. Anotar las muestras de tejido.
10. Intervenciones terapéuticas (si hubo alguna).
11. Complicaciones (*)
12. Limitaciones del examen
13. Documentar consentimiento informado.
14. Notas de enfermería del procedimiento incluyendo la

* Médico Residente III Departamento del Aparato Digestivo. HNERM

evaluación pre y post procedimiento, record de selección en el procedimiento.

15. Reporte del procedimiento (como se dijo antes).

(* Los elementos para las ampliaciones del procedimiento son: (1) que son mórbidos; (2) estos ocurren como resultado del procedimiento; (3) hay desviaciones desde un curso ideal y tienden a dañar o demorar la recuperación y (4) ellos causan cambios en el manejo del paciente.

Se debería desarrollar un proceso para ver las complicaciones tardías.

*** Revisión del Proceso del Procedimiento.**

La práctica endoscópica debe ser regularmente revisada por los clínicos privilegiados en el desarrollo de procedimientos endoscópicos y otros quienes pueden contribuir al mejoramiento de la calidad; quienes forman un comité que reportará en forma regular al staff del departamento médico u otros comités.

Los jefes de cada departamento son responsables de asegurar la adecuada revisión y acciones a tomar para asegurar el mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente.

La información debe estar al alcance de los endoscopistas para permitirles oportunidades para este mejoramiento.

Los comites deben indicar los indicadores clínicos por lo cual los registros deben revisarse. Esto debe incluir: Capacidad de las indicaciones, ausencia de contraindicaciones, performance técnico, complicaciones y correlación de los resultados endoscópicos con los resultados deseados y los beneficios del paciente.

La información de las unidades de endoscopia pueden servir como un index para esta revisión.

Los eventos centinelas pueden ser revisados de manera al tiempo que éstos ocurran. Se define eventos centinelas como eventos adversos significativos que necesitan una acción correctiva específica.

Los casos obtenidos por un «scaneo» inicial deben ser completamente evaluados para mejorar el caso en general, las evaluaciones prospectivas son preferibles a las retrospectivas.

Las evaluaciones de los casos debe incorporar cuatro comparaciones básicas:

Consigno mismo, con otros, con lo estandar y con la mejor práctica. El comité también puede identificar los problemas relacionados al funcionamiento de la unidad de endoscopia (ejm.: equipamiento, falla/mantenimiento, control de la infección/reprocesamiento, demoras en la programación).

Basados en las deliberaciones del comité, las recomendaciones pueden se hechas para la persona o cuerpo apropiado.

Las organizaciones deben hacer el esfuerzo para evaluar la calidad de los resultados en los pacientes sometidos a la endoscopia. Estas mediciones deben incluir: La satisfacción del paciente, razón de éxito de los procedimientos, adecuación de la preparación colonoscópica y la incidencia de complicaciones específicas.

En resumen, el mejoramiento de la calidad debe ser multidisciplinaria, manejar datos y sistemática; incluyendo la recolección de datos relacionados a la endoscopia, un proceso sometido a una revisión específica llevar a una mejoría en la salud del paciente..