

# INDICADORES DE CALIDAD EN LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Dr. Alfonzo Tovar Cadenas.

Médico Adjunto, Servicio de Gastroenterología

Hospital Miguel Pérez Carreño. Sección de vías biliares.

La motivación para desarrollar indicadores de calidad en endoscopia comienza con el deseo de ofrecer al paciente el mejor cuidado posible<sup>(1)</sup>.

Existe hoy en día una necesidad importante de ofrecer a nuestros pacientes una atención de calidad y una demanda cada vez mayor de medir estos resultados, sin embargo no estamos adecuadamente capacitados para esto<sup>(2)</sup>.

Desde hace más de tres décadas existen múltiples programas a nivel mundial en todas las especialidades médicas para medir diversos indicadores de calidad y en un futuro cercano estaremos obligados a llevar y reportar un registro de estos para ser acreditados en nuestra especialidad correspondiente<sup>(3)</sup>.

Actualmente no existe un método totalmente confiable para medir la calidad de un estudio endoscópico y distinguir entre un procedimiento realizado por un endoscopista altamente entrenado de uno realizado por un personal no apropiado<sup>(1)</sup>, por tal motivo necesitamos indicadores objetivos y prácticos para medir nuestro desempeño.

Las sociedades médicas de endoscopia a nivel mundial se han abocado a esta tarea, y varios indicadores específicos para el área de endoscopia han sido publicados y los comentaremos a continuación<sup>(5)</sup>.

Una endoscopia de calidad asegura que el paciente se le realiza el procedimiento con una indicación precisa, que se hagan (o se excluyen) los diagnósticos correctos, que se lleve a cabo la terapéutica adecuada, y que todo lo anterior se hace con un mínimo riesgo al paciente<sup>(1, 3, 5)</sup>.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento complejo, técnicamente difícil y con un relativa alta frecuencia de complicaciones, algunas de ellas letales, que ha evolucionado de ser un procedimiento meramente diagnóstico a un procedimiento principalmente terapéutico<sup>(4)</sup>. Por tal motivo es indispensable contar con la capacitación y competencia adecuada para la realización de dicho procedimiento endoscópico. La ASGE y el ACG han definido la competencia en endoscopia como el nivel mínimo de habilidad, conocimiento y experticia obtenidos a través de entrenamiento y experiencia, que es requerido para realizar de manera segura y eficiente un procedimiento<sup>(4)</sup>. Cuando esto es aplicado al área de la endoscopia y en especial al realizar CPRE, el endoscopista tiene que realizar el procedimiento de manera segura; así como interpretar, reconocer y manejar de manera correcta los hallazgos y complicaciones durante el mismo<sup>(3)</sup>.

En el caso específico de la CPRE diversos estudios han sugerido que son requeridos entre 180 y 200 procedimientos para alcanzar competencia. Es importante reconocer que el número por sí solo no es un buen indicador y por tal motivo se reconoce que es importante otros indicadores como son: canulación y opacificación del ducto deseado, colocación de stents, esfinterotomía y extracción de cálculos. Debido a que en los diferentes centros de entrenamiento varían en volumen y en incidencia de patologías; para estos indicadores se estima que un endoscopista experto tiene éxito en el 95 a 100%, en programas de entrenamiento se espera una tasa de éxito en el 80 a 90%, y se espera una tasa de éxito igual o mayor a 85% de los casos en todas aquellas personas que realicen CPRE<sup>(4, 6)</sup>.

La ASGE y la AGA propusieron en 2006 indicadores de calidad específicos para los procedimientos endoscópicos, y están estructurados en tres partes:

indicadores antes del procedimiento, indicadores durante el procedimiento e indicadores después del procedimiento. El objetivo de estos indicadores es tratar de cumplir el mayor porcentaje posible de los mismos para garantizar un estudio endoscópico de calidad. En el presente escrito nos enfocaremos en dichos indicadores para la realización de CPRE.

El período antes del procedimiento incluye todo contacto entre el equipo de trabajo (gastroenterólogo, anestesiólogo, enfermeras) y el momento de la sedación y inserción del endoscopio; e incluyen la indicación adecuada del procedimiento, consentimiento informado, historia previa, estratificación del riesgo, uso de antibióticos profilácticos (cuando estén indicados), sedación adecuada, manejo de anticoagulantes y la identificación del grado de dificultad del procedimiento en cuestión (grado 1, 2 o 3)<sup>(6)</sup>.

El período durante el procedimiento se extiende desde la administración del sedante y inserción del endoscopio, hasta el retiro del mismo; esto incluye la realización adecuada del procedimiento (documentación gráfica, monitorización del paciente, documentación de las drogas administradas), así como las maniobras terapéuticas requeridas (tasas de canulación, extracción de cálculos, colocación de stents).

El período después del procedimiento implica el seguimiento posterior al paciente. Dichas tareas incluyen indicaciones apropiadas, entrega de reporte escrito, reconocimiento, documentación y manejo de complicaciones (pancreatitis, perforación, hemorragia, eventos cardiopulmonares), seguimiento de la patología del paciente, evaluar la satisfacción del mismo, y la comunicación con el médico tratante.

La efectividad en CPRE depende la competencia adecuada del endoscopista y una alta tasa de éxito combinada con tasa baja de complicaciones<sup>(6)</sup>. La implementación de los indicadores de calidad en endoscopia, especialmente en centros donde se realice y se tenga un programa de entrenamiento en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica nos permitirá distinguir entre un procedimiento apropiado de alta calidad, de uno no apropiado de baja calidad y nos ayudará a mejorar la calidad de atención, así como el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bjorkman DJ et al. Measuring the Quality of endoscopy. *Gastrointest endosc* 2006;63(supp):1-2
2. Accreditation Manual for Hospitals. JCAHO, 1988.
3. Quality improvement in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest endosc* 1999. Vol 49;6:842-844
4. Faigel DO, Popp JW, et al. Ensuring competence in endoscopy. ASGE policy and procedures manual for gastrointestinal endoscopy: guidelines for training and practice.
5. Faigel DO et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Gastrointest endosc* 2006;63(supp):3-9
6. Baron TH et al. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. *Gastrointest endosc* 2006;63(supp):29-34