



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTA AL DIRECTOR

Autoevaluación del cumplimiento del protocolo de manejo del traumatismo craneoencefálico en niños menores de 1 año en urgencias

Sr. Director:

Nuestro hospital está en un proceso de protocolización y continua evaluación de la actividad de la urgencia pediátrica¹. El protocolo del traumatismo craneoencefálico (TCE), elaborado en diciembre de 2001, fue revisado en octubre de 2004, con la inclusión de criterios de calidad y nuevamente actualizado tras revisión bibliográfica en mayo de 2006^{2,4}.

El TCE es motivo de consulta frecuente en pediatría. Aunque la mayoría no reviste gravedad, el TCE leve tiene riesgo de lesiones intracraneales imprevisibles, con posible intervalo libre asintomático, potencialmente mortales o de riesgo de secuelas en ausencia de evacuación quirúrgica, como los hematomas subdurales y, especialmente, epidurales. Es necesaria una pauta adecuada a cada centro que establezca, en lo posible, las indicaciones de ingreso, observación y realización de pruebas complementarias.

Hay mayor riesgo de lesión intracraneal asintomática en menores de 1 año, especialmente menores de 6 meses. Aunque es motivo de controversia, la fractura de cráneo puede conllevar más frecuentemente lesión intracraneal⁵. Nuestro protocolo indica realizar radiografía craneal en menores de 1 año que consultan por TCE asintomático en las primeras 24 horas tras el traumatismo y, posteriormente, sólo si se sospecha fractura complicada (fractura con hundimiento, conminuta...). Ante fractura o TCE sintomático, se realiza tomografía computarizada (TC) craneal.

Por la dificultad en la valoración clínica en edades en que los niños pueden pasar muchas horas durmiendo, y las caídas suelen ser de gran altura (cambiador), el protocolo aconseja ingreso hospitalario para observación en los TCE en menores de 6 meses, y 4-6 horas en la unidad de observación en el grupo de 6-12 meses de edad.

En este trabajo se revisa el cumplimiento del protocolo en menores de 1 año en 2 periodos de 1 mes: mayo de 2006, tras 15 días de presentar en sesión clínica el protocolo actualizado, y abril de 2007, tras presentar los resultados del primer periodo en sesión clínica en marzo de 2007.

Se revisan: ingreso y estancia en unidad de observación, realización de radiografía y TC craneal, constancia de los

criterios de calidad, tiempo transcurrido desde el traumatismo y mecanismo de producción.

Fueron atendidos por TCE 146 niños en mayo de 2006 y 136 en abril de 2007, eran menores de 1 año 33 y 29, respectivamente, y menores de 6 meses, 9 en ambos periodos.

En el primer periodo se observó, en la unidad de corta estancia, a 30 pacientes e ingresaron 3, uno menor de 6 meses. En el segundo periodo se mantuvo en observación a 11 pacientes e ingresaron 4, tres de ellos menores de 6 meses.

Se realizó radiografía de cráneo a 27 (81,8%) en mayo de 2006 y a 22 (75,8%) niños en abril de 2007, y sólo se evidenció una fractura craneal en el primer periodo (había consultado 24 horas tras el TCE y estaba asintomático). No se realizó ninguna TC.

Tras la primera revisión insistimos en la importancia de la constancia escrita de los criterios de calidad, especialmente Glasgow y pupilas, que presentaban menor porcentaje de cumplimiento. También se introdujeron dos nuevos criterios: mecanismo de producción y tiempo transcurrido desde el TCE. Un mes después de comunicar los resultados evidenciamos una mejora en cumplimiento de todos los criterios. Así, los resultados en el primero y el segundo periodo fueron, respectivamente, constancia de Glasgow en 20 (el 58% de las historias revisadas) frente a 26 (89,6%) pacientes, estado de pupilas en 26 (79%) frente a 27 (93,1%), entrega de hoja de recomendaciones en 27 (90%) frente a 23 (93%) y cefalohematoma en 22 (67%) frente a 20 (68,9%) que no lo tenían. En relación con los nuevos criterios, el cumplimiento fue el 96,5% en el mecanismo de producción y el 68,9% en la constancia de tiempo transcurrido.

Los resultados se presentaron en sesión clínica hospitalaria en junio de 2007, y se insistió en la importancia de ajustarse al protocolo, con especial énfasis en los criterios establecidos, observación hospitalaria y realización de radiografía.

Los protocolos representan un instrumento para minimizar la variabilidad, de forma que todos los profesionales presten buena asistencia^{1,6,7}. La metodología de trabajo de autoevaluación y presentación de resultados en sesiones clínicas constituye un método de primer orden en la formación continuada de médicos residentes y plantilla. Los criterios de calidad se utilizan para controlar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial¹.

La evaluación y la monitorización deben incluir la actualización bibliográfica y de "evidencias". La evaluación de los protocolos debe ser continuada, asumiendo que la mejora de la calidad no tiene punto final^{1,8,9}.

Presentado como comunicación y premiada con beca en la XXXII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Alicante, 24-27 de mayo de 2007.

Marta Pascual Sánchez^a, Yolanda Romero Salas^a, Javier López Pisón^b, Raquel Pérez Delgado^a, Juan Ramón García Mata^c, María Concepción García Jiménez^{b,d}, Carmen Campos Calleja^{b,d} y José Luis Peña Segura^a

^aUnidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^bGrupo de Calidad de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^cUnidad de Calidad Asistencial (UCA), Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^dUnidad de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es (J. López Pisón).

Bibliografía

1. García Oguiza A, Manjón Llorente G, López Pisón J, García Mata JR, García Jiménez MC, Campos Calleja C, et al. Valoración del cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de cefaleas en urgencias. *An Esp Pediatr*. 2007;66:630-1.
2. Schutzman SA, Barnes P, Duhaim A, Greenes D, Homer CH, Jaffe D, et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. *Pediatrics*. 2001;107:983-93.
3. Charles J. Homer and Lawrence Kleinman. Technical report: minor head injury in children evaluation and management of children. *American Academy of Family Physicians Pediatrics*. 1999;104:78.
4. Alcalá Minagorre PJ, Aranaz Andrés J, Flores Serrano J, Asensio García L, Herrero Galiana A. Utilidad diagnóstica de la radiografía en el traumatismo craneal. Una revisión crítica de la bibliografía. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:561-8.
5. Miller JD, Murray LS, Teasdale GM. Development of a traumatic intracranial hematoma after a "minor" head injury. *Neurosurgery*. 1990;27:669-73.
6. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:741-4.
7. Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerma R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:382-90.
8. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 1-196.
9. AENOR, Manual de normas UNE serie Calidad. Gestión de la Calidad. Madrid: AENOR; 2003.

Comentarios al editorial "El sector de la salud y la turbidez perpetua en las relaciones de la profesión médica y la industria farmacéutica"

Sr. Director:

En el número de marzo-abril de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, Peiró¹ y Moliner et al² tratan las relaciones entre médicos e industria farmacéutica, abordando uno de los lados oscuros del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Si bien los autores del estudio original señalan determinadas limitaciones en su desarrollo, como la muestra de conveniencia, el tamaño muestral y las tasas de respuesta, puede considerarse que los resultados obtenidos desde una revisión comparada de la literatura refuerzan su consistencia y utilidad en el conocimiento de nuestra realidad.

Se constata en este trabajo la intensidad relacional entre delegados comerciales y médicos, así como la holgura mental de los galenos para recibir todo tipo de primicias, abalorios, obsequios y honorarios, además de la influencia del *marketing* comercial en la orientación de los criterios de prescripción farmacéutica.

El trabajo de Peiró en sus distintos apartados: la relación entreverada entre industria farmacéutica y médicos, las actividades promocionales, la formación médica continuada, las sociedades científicas y las corporaciones profesionales, no puede —en pro de la verdad—dejar indiferente a nadie si no queremos que el eclipse moral del sistema sanitario nos precipite al abismo.

Con una refinada dialéctica kantiana, ese autor saca de las tinieblas a la luz y pone "encima del tapete", con criterio científico y ético, lo que cualquier profesional sanitario sabe, y casi todo el mundo oculta.

La perspectiva global

El sector de la salud forma parte esencial de la economía productiva y social de los países avanzados, y es generador continuado de riqueza, prosperidad y empleabilidad cualificada. Su alta interdependencia con otros mercados estratégicos y globales convierte a su cadena de diseño y de valor en un *cluster* de innovación disruptiva de primer orden.

Este mercado sanitario es hoy uno de los más dinámicos de la economía mundial, impulsado por el cambio tecnológico y el gran atractivo que genera para la inversión de capital a largo plazo. El insumo farmacéutico representa, en términos relativos, más del 50% de los activos que se generan en esta industria de la salud, y su crecimiento —a pesar de la crisis de innovación— sigue siendo espectacular en volumen de ventas y en márgenes de beneficio.

El proceso de capitalización creciente y la alta rentabilidad comparada de esta industria "de la vida" sobre otras actividades económicas se deben fundamentalmente a una conjunción de factores, como la consolidación de los activos fijos a largo plazo, las infranqueables barreras de entrada, la consistencia de sus estrategias globales corporativas, el abrumador beneficio operativo sobre ventas y sobre recursos propios e inversión, así como la poderosa capacidad de influencia en los agentes del sector y su eficiente red tentacular que llega a todos los ámbitos de actuación sanitaria, integrando y controlando las redes sociales adyacentes³.

La responsabilidad de los gobiernos exige establecer un marco estable de relaciones con la industria, que garantice seguridad y confianza y que impulse el desarrollo industrial, la política científica, el crecimiento de las bases de conocimiento del sector, la mejora de la productividad y la gestión apropiada de los procesos disruptivos de la innovación.

Si embargo, determinados informes de instituciones europeas vienen analizando con especial exposición la influencia de la industria de la salud y la presión abrumadora que