



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es



EDITORIAL

Hacia la mejora de la calidad de la atención en recién nacidos

Towards improving the quality of care in newborns

A todos los pacientes que acuden o ingresan al hospital o a cualquier tipo de unidad médica se les deben otorgar los mejores cuidados considerando los recursos disponibles, independientemente del nivel de atención. Cuando se procura llevar a cabo las intervenciones médicas de acuerdo con los estándares internacionales, entonces es muy probable que los pacientes recuperen su estado de salud, que no tengan complicaciones, que exista poca mortalidad o morbilidad y, además, que se sientan satisfechos por la atención recibida. Sin embargo, para que una unidad médica ofrezca una buena calidad en la atención se requiere disponer de diferentes elementos; así, tomando en cuenta el modelo de “Estructura-Proceso-Resultado”, propuesto por Avedis Donabedian, para alcanzar buenos resultados en salud, es necesario que se cuente con los insumos suficientes y actualizados (consultorios, equipos médicos, laboratorio, rayos X, entre otros), y que los médicos tengan la capacidad tanto de realizar diagnósticos certeros como de prescribir tratamientos apropiados de acuerdo con las condiciones de sus pacientes¹⁻³.

Un enfoque teórico que ha ganado aceptación en las últimas décadas, particularmente en lo que se refiere a la calidad en el ámbito de la salud, es el que se deriva de dividir la calidad de la atención en dos dimensiones: accesibilidad y efectividad. A su vez, la efectividad puede subdividirse en técnica e interpersonal. A la luz de este enfoque, una organización de salud proporcionará calidad cuando facilite el acceso a los servicios y atienda con competencia en el terreno diagnóstico y terapéutico, además de tratar a los pacientes con el respeto y la consideración debidos. En este contexto, para determinar el grado de calidad de atención que se brinda en las unidades médicas, desde hace años se han implementado, a escala global, diversos métodos para medir la calidad de atención, con dos propósitos fundamentales. El primero consiste en evaluar la calidad de atención para conocer si se cumple con los estándares que determinan una buena calidad de atención; el segundo se orienta hacia identificar fallas en la prestación de los servicios, a fin de proponer modificaciones para mejorar la atención prestada.

En términos generales, dentro de la metodología para medir la calidad de atención, se utilizan indicadores, los cuales

evalúan los componentes que caracterizan a la atención a la salud.

Desde el punto de vista clínico, los indicadores que más frecuentemente se miden son la morbilidad y la mortalidad que ocurren en las unidades médicas, considerados como indicadores de resultado; es decir, ayudan a conocer de manera global la forma en que se prestaron los servicios.

Sin embargo, este tipo de indicadores pueden no ser apropiados en hospitales denominados de segundo o de tercer nivel de atención, donde se atienden pacientes cuyas tasas de mortalidad y de morbilidad suelen ser más altas por su gravedad o comorbilidad, particularmente para los de tercer nivel de atención. En este sentido, la mayor morbilidad o mortalidad pueden explicarse por las condiciones de los pacientes más que por la calidad de atención; sin embargo, esto no significa que la calidad de atención no deba evaluarse, sino que estos indicadores no reflejan completamente la forma como se otorgan los servicios de salud, por lo que es necesario utilizar otro tipo de indicadores. Por ello, también deben existir indicadores, tanto de la estructura hospitalaria como del proceso técnico-médico, apropiados para las características del hospital y de acuerdo con la complejidad de los pacientes que se atienden a fin de precisar, en su caso, las áreas donde es necesario implementar acciones para mejorar la calidad de atención^{4,5}.

En el presente volumen del *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Pérez-Cuevas y colaboradores describen el proceso de atención en recién nacidos (RN) con enterocolitis necrosante (ECN). Estos pacientes fueron atendidos en 61 hospitales afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. Los autores revisaron 262 expedientes clínicos en los que se analizaron los componentes del proceso técnico-médico al brindar la atención de estos niños, desde medidas preventivas y métodos para llegar al diagnóstico hasta las acciones terapéuticas⁶. A pesar de que se observó una gran variación en cada uno de los tres aspectos que se analizaron, la aportación más importante de este estudio fue la relacionada con la creación de 16 indicadores para evaluar la calidad de atención que se brinda a los RN con ECN, la cual es una de las complicaciones que más problemas causan a los neonatólo-

gos por ser la causa principal de mortalidad y mortalidad, particularmente para los de RN de bajo peso⁷.

El trabajo que llevaron a cabo los autores fue un reto en función de la formulación de estos indicadores, en vista de la complejidad que pueden presentar los neonatos con ECN. Por ejemplo, debido a que son múltiples las acciones o intervenciones que lleva a cabo el equipo de salud en pacientes con ECN para la prevención e identificación de esta y otras comorbilidades (como sepsis o enfermedad de membrana hialina), es entendible que para circunscribirlas exclusivamente a ECN debió realizarse un profundo proceso de análisis y de discusión.

Los autores describieron que el desarrollo de 16 indicadores se realizó mediante un proceso metódico, que incluyó a pediatras y neonatólogos, quienes revisaron la literatura, dentro del cual las guías clínicas y las revisiones sistemáticas tuvieron un peso preponderante. No obstante, en la metodología no se mencionó si cuando se llevaron a cabo las 16 acciones significaba una buena calidad de atención de los RN con ECN, o bien de qué manera contribuyó realizar o no alguna de las acciones descritas en esos indicadores al evaluar la calidad de atención. Es decir, es muy claro que cuando se identifica que un RN tiene o se sospecha de ECN es necesario suspender la alimentación enteral para evitar que el daño progrese; sin embargo, dentro del proceso diagnóstico, la medición de electrolitos séricos o el examen general de orina no parecen tener un peso similar desde el punto de vista de la relevancia clínica. A este respecto, para evaluar de manera integral la calidad de atención que se brinda a este grupo de pacientes, aún falta definir, entre otras cosas, qué indicadores son indispensables. O bien llevar a cabo un ejercicio de ponderación de los mismos, a fin de evaluar si, cuando se aplican apropiadamente las acciones por parte del personal de salud, se está garantizando una buena calidad de atención. Sobre esto, los autores reconocieron la necesidad de llevar a cabo, en el futuro, un proceso de validación de estos indicadores. La reflexión se dirige a la necesidad de seguir trabajando sobre este tipo de indicadores, para que en el futuro se tenga una forma más estandarizada de medir la calidad de atención en RN con ECN.

Asimismo, es conveniente considerar que el hecho de dar a conocer estos indicadores debe resultar de suma importancia en los hospitales que atienden este tipo de patologías, para identificar áreas y aspectos del proceso de la atención que deben tomarse en cuenta, y proponer e implementar intervenciones que tengan como objeto mejorar la calidad de atención. Esta situación es trascendente ya que, de acuerdo con lo descrito por los autores, ninguno de los aspectos que exploran los indicadores se llevaba a cabo en el 100% de los hospitales donde se realizó el estudio. Llama la atención también que solamente en el 25% se utilizó la escala de Bell para establecer el diagnóstico de ECN, y que únicamente en la tercera parte de los niños que requirieron cirugía existió evidencia acerca de que se hubieran tomado en cuenta los datos radiográficos para decidir la realización de dicha intervención.

Por otro lado, los datos que proporcionaron Pérez-Cuevas y colaboradores resultan un tanto preocupantes, pues indican que en un gran número de hospitales la calidad de atención de RN con ECN no es apropiada. Sin embargo, es conveniente mencionar algunos aspectos que deben to-

marse con precaución con respecto a los datos descritos. Uno de ellos es el instrumento de medición que se utilizó para medir la calidad de atención. Habitualmente, para evaluar el desempeño del equipo de salud en la atención de sus pacientes, se utilizan los expedientes clínicos como elementos básicos para determinar si se llevan a cabo las acciones que se incluyen en los indicadores. Como es conocido, por diferentes motivos, las notas del expediente no corresponden del todo con lo que se realiza en la atención a los pacientes, pero es el único documento que consigna lo que ocurre en el proceso diagnóstico-terapéutico de este⁸. Es posible que, en la muestra de expedientes de niños con ECN que revisaron Pérez-Cuevas y colaboradores, la alta variabilidad sobre la ausencia de intervenciones que no se pudieron documentar fuera consecuencia de una elaboración inapropiada de las notas médicas. Por esta razón, la valoración de los expedientes clínicos es otro indicador de la calidad de los servicios en unidades médicas. En este sentido y para complementar lo descrito en los expedientes clínicos, dentro de las unidades médicas es necesario que existan documentos o guías que avalen la forma en que se lleva a cabo la atención, con el propósito de conocer más integralmente el desempeño de la actividad del equipo de salud⁹. Con base en estos argumentos, la revisión de guías y la entrevista con los médicos responsables de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales formó parte de la evaluación de la calidad de atención de RN con insuficiencia respiratoria en 12 estados de la República Mexicana¹⁰.

Otro punto necesario de tomar en consideración es el relacionado con la mortalidad. En el estudio de Pérez-Cuevas y colaboradores se señaló que el 12.2% de los 262 RN con ECN analizados falleció. En contraste con los hallazgos relacionados con los indicadores del desempeño médico, la tasa de mortalidad es semejante a lo registrado en otros hospitales nacionales o internacionales, donde se ha descrito que la mortalidad varía entre el 15 y el 30%¹¹. Este hecho podría interpretarse como que la calidad de atención es apropiada, ya que la mortalidad es comparable a lo documentado y que refleja de manera global lo que ocurre para la atención de estos pacientes. Sin embargo, se debe considerar que la mortalidad del 12.2% corresponde al promedio en los 61 hospitales donde se realizó el estudio, y no refleja el resultado individual para cada hospital. Para el estudio solamente se seleccionaron cuatro expedientes de cada uno de los hospitales, sin señalar en cuáles hubo defunciones; además, tampoco se indicaron las características de los pacientes que fallecieron, ya que la mortalidad en RN con ECN es mucho mayor cuando son sometidos a cirugía en comparación con los que solo requieren tratamiento médico^{7,11}. Por lo anterior, los resultados que se muestran impiden determinar la calidad de atención por hospital, o bien asumir que la calidad de atención tiene alguna influencia en la mortalidad. La diferencia en la mortalidad entre hospitales ya se ha descrito en México. En un estudio donde se analizaron hospitales que atienden niños con leucemia linfoblástica aguda se observó una variación entre el 57.1 y el 92.7%¹².

En síntesis, el trabajo de Pérez-Cuevas y colaboradores brinda, por primera vez en México, un panorama del proceso de los cuidados que reciben los RN con ECN. Los resultados invitan a la reflexión para implementar medidas que contribuyan a mejorar la calidad de atención en todos los centros hospitalarios que atienden pacientes pediátricos.

Referencias

1. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. *JAMA*. 1999;281:661-5.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51:1611-25.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
4. Neogi SB, Malhotra S, Zodpey S, Mohan P. Does facility based newborn care improve neonatal outcomes? A review of evidence. *Indian Pediatr*. 2012;49:651-8.
5. Contencin P, Falcoff H, Doumenc M. Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. *Health Policy*. 2006;77:64-75.
6. Pérez-Cuevas R, Douvoba SV, Jasso-Gutiérrez L, Flores-Hernández S, O'Shea-Cuevas G, Aranza-Doniz C, et al. Evaluation of the quality of care of neonates with necrotizing enterolitis affiliated with Seguro Popular in Mexico. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014;71:76-82.
7. Gephart SM, McGrath JM, Effken JA, Halpern MD. Necrotizing enterocolitis risk: state of the science. *Adv Neonatal Care*. 2012;12:77-89.
8. Durán-Arenas L, Muñoz-Hernández O, Hernández-Ramírez L del C, Jasso-Gutiérrez L, Flores S, Aldaz-Rodríguez V, et al. The use of the tracer methodology to assess the quality of care for patients enrolled in Medical Insurance for a New Generation. *Salud Publica Mex*. 2012;54(suppl 1):S50-S56.
9. Villasís-Keever MA, Rendón-Macias ME, Escamilla-Nuñez A. Estándares para el otorgamiento óptimo de los cuidados que requieren los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda y linfoma Hodgkin. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012;69:164-74.
10. Jasso-Gutiérrez L, Durán-Arenas L, Flores-Huerta S, Cortés-Gallo G. Recommendations to improve healthcare of neonates with respiratory insufficiency beneficiaries of Seguro Popular. *Salud Publica Mex*. 2012;54(suppl 1):S57-S64.
11. Berman L, Moss RL. Necrotizing enterocolitis: an update. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2011;16:145-50.
12. Miranda-Lora AM, Klünder-Klünder M, Ruíz-Cano J, Reyes-López A, Dorantes-Acosta E, Zapata-Tarrés M, et al. Estructura hospitalaria y su relación con la sobrevida de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012;69:205-11.

Miguel Angel Villasís Keever^{a,*} y Juan Garduño Espinosa^b

^a *Unidad de investigación en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México*
^b *Dirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F., México*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: miguel.villasis@imss.gob.mx
(M.A. Villasís Keever).