

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

Contenido / Contents

Nuevas guías clínicas expresan que conceptos erróneos rodearon a la terapia hormonal de la menopausia (THM)

2

Impacto de una estrategia de conjunto sobre la seguridad de la paciente en los eventos obstétricos

4

Viernes 12
JUNIO | 2009

DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net



RT. Navegando en la desembocadura.

Esta imagen es el resultado de una “intervención” informática sobre una fotografía, de la que también soy autor. La fotografía se tomó cuando estaba navegando en la desembocadura de un río sobre un puerto y la playa vecina llamado Sto. André, muy cerca de la ciudad de Cabralia, al sur del estado de Bahía, Brasil e ilustra sobre una forma de presentar las imágenes fotográficas quitándoles partes de su “¿función?” de documentación, poniendo la atención en otros aspectos de una imagen. Fue éste el enorme cambio de la presentación de imágenes comenzado en el último cuarto del siglo XIX cuando los pintores impresionistas, siguiendo ya algunos cambios introducidos

por los pintores románticos, comenzaron a pintar los cambios que ejercían las condiciones en que llegaba la luz sobre la visión de la realidad ambiente. (La catedral de Chartres, los Nenúfares, etc.). La aparición de la fotografía a mediados del siglo XIX constituyó un hito en materia documental al poderse representar la realidad “tal cual es” (si no se toma en cuenta que lo que se mostraba estaba constituido por imágenes en distintos tonos de blancos, grises y negros con una ausencia total de los colores... y mucha tinta corrió desde entonces). ¿Una crítica personal a la imagen?: le falta espacio alrededor de la lancha, debiera tener más perspectiva. Eso, aparte del hecho que no es un documento de la realidad sino una visión personal de manchas de color y de formas, derivados de lo que pudo ser un “documento”.

Siglas: AVC, accidentes vasculares cerebrales; CM, cáncer de mama; TH, terapia hormonal; WHI, Women's Health Initiative.

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay



Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU
• <http://www.sogiu.com>



■ Nuevas guías clínicas expresan que conceptos erróneos rodearon a la terapia hormonal de la menopausia (THM)

Interesante título el de este editorial, sobre todo por provenir de una importante publicación de Norteamérica: el CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL del 3 de marzo de 2009, que fuera escrito por la doctora **Laura Eggertson**. (DOI:10.1503/cmaj.090164).

La terapia hormonal (**TH**) es un tratamiento seguro y efectivo a corto plazo para las mujeres al comienzo de la menopausia, y los médicos no deben más tener miedo de recetarla, dicen los obstetras y ginecólogos canadienses.

La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos del Canadá publicó nuevas guías clínicas (*JOGC 2009; 31 ([Suppl]:S1-52)* que buscan revertir la imagen negativa de la TH presentada después que apareciera un importante estudio que vinculaba las hormonas a un incremento del riesgo de cáncer de mama (**CM**), de ataques cardiacos y de accidentes vasculares cerebrales (**AVC**). (*JAMA 2002; 288[3]: 321-333*).

El Dr. Robert Reid, que es profesor de obstetricia y ginecología en la Queen's University y principal redactor del artículo de Canadá en el JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY escribió en el mismo que el (**WHI**), que fue el responsable de los errores conceptuales del público, se enfocó primariamente en mujeres que se encontraban en las décadas de los 60 y los 70 años. Del mismo modo, los médicos y la prensa interpretaron mal los riesgos estadísticos sobre el cáncer de mama y de las enfermedades cardiovasculares, de acuerdo a lo que informó el Dr. Reid en una conferencia de prensa.

El riesgo absoluto de cáncer de mama para las mujeres que han tomado hormonas como terapia, durante 4 años produjo un número adicional de 4 cánceres por año cada 10 mil mujeres, lo cual se traslada a un incremento del riesgo de 0.08%. “Se considera que un riesgo de 1 por mil es un riesgo raro, sin embargo en ninguna publicación o comunicado llegaron a percibirlo como tal las mujeres.” Usando estrógenos y gestágenos combinados, o estrógenos únicamente, durante menos de 5 años, “tendrían muy poco riesgo apreciable”, agregó el doctor Reid. “Este fue un mensaje perdido por las mujeres y por sus médicos, que sienten temor de indicarlos”.

En el estudio WHI, fue ampliamente comunicado que se había demostrado un incremento del riesgo de ataques cardiacos, de accidentes vasculares cerebrales y de cáncer de mama en las mujeres que habían recibido TH para tratar los sofocos, los sudores nocturnos y otros síntomas vasomotores de la menopausia.

Muchos médicos comenzaron a aconsejar a sus pacientes que suspendieran la TH y se estima que, en los EEUU, 50% de las pacientes siguieron estos consejos. La demanda resultante por algo para aliviar los síntomas, alimentó un mercado **multibillionario** para las terapias alternativas y complementarias, afirmó Reid. Sin embargo existen pocas evidencias en los EEUU, que demuestren que las terapias de alternativa, tales como el aceite de prímula o la cimicifuga (*racemosa*) tengan en realidad algún efecto. “Ningún tratamiento es tan efectivo como la TH”.

Nuevos análisis realizados desde 2002 demuestran que el riesgo varía de acuerdo con la edad de las pacientes y que un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares no se aplica a las mujeres entre los 50 y los 60 años, afirmó la Sociedad. También hizo notar que los médicos no deberían indicar TH sólo para disminuir el riesgo de cardiopatías.



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

Pero el Dr. Salim Yusuf, profesor de medicina y director de la *Population Health Research Initiative (Iniciativa sobre la Investigación en Salud de la Población)* en la Universidad McMaster, en Hamilton, Ontario, urge a los médicos a mantenerse cautelosos y a no confiar demasiado en grupos de datos que involucren el riesgo cardiovascular y que fueron reinterpretados del estudio original WHI.

“La mayoría de los expertos internacionales siente que si no se replican los resultados (*las investigaciones, diría yo*), uno no puede confiar en ellos y tiene que depender de los resultados generales del ensayo”, advirtió, agregando que más del 50% de las mujeres postmenopáusicas presentan (*de por sí*) factores de riesgo aumentados para las enfermedades cardiovasculares y los AVC.

El agregar TH incrementaría ese riesgo dice Yusuf: “No voy a reñir con la posición que afirma que existen razones para que una persona la use ocasionalmente y que los riesgos son modestos pero, pienso que la vieja forma de andar dando vueltas a su alrededor como si fueran golosinas, no es buena medicina”.

Los clínicos deberían interpretar esta nueva advertencia con “extrema caución” para el alivio de los síntomas, dice Yusuf y usar la TH de reemplazo de vez en cuando y por el periodo más corto posible,

Los médicos y las pacientes deberían también estar conscientes del conflicto potencial de intereses de la sociedad, que recibe dinero de las compañías farmacéuticas cuando recomienda la TH, dice Barbara Mintzes, profesora asistente, de Anestesiología, Farmacología y del Departamento de Terapéutica de la *University of British Columbia*. Estudios efectuados en Vancouver, British Columbia, pusieron en “evidencia un vínculo entre la advertencia brindada en las guías y el patrocinante de las mismas, lo mismo que en los vínculos financieros de los autores individuales de las guías”, dijo.

Reid afirmó que ninguna compañía tuvo algún tipo de involucramiento en las guías, pero 5 de los autores de las guías, incluyendo a Reid, declararon más de 50 conflictos de interés, incluyendo a consultantes, relatores, miembros del consejo arbitrario o que recibían aportes financieros para la investigación de firmas como *Wyeth Pharmaceuticals*, fabricante del *Premarin* (un estrógeno conjugado) y uno de los reemplazos hormonales líderes.

La Sociedad no cree que sea aceptable contar con que las mujeres aguanten sus síntomas. Reid afirmó que el agregar cualquier riesgo adicional de cáncer de mama desaparece después que la mujer discontinúa la TH y que la mayoría de las mujeres que discontinúan la TH después de haberla usado por varios años no verá reaparecer sus síntomas.

La última puesta al día de las guías de la Sociedad fue en 2006, pero se han publicado datos más definitivos sobre los riesgos cardiovasculares desde entonces, dijo Reid. Los investigadores del WHI dijeron que “el riesgo cardiovascular no es un tema para las mujeres que toman las hormonas durante los primeros 10 años.

Las nuevas guías ponen el énfasis en la importancia de modificar los riesgos de los factores del estilo de vida, tales como el sobrepeso, el tabaco, el consumo de alcohol y el hacer demasiado ejercicio, que son tan cruciales como la reducción tanto de los riesgos cardiovasculares como de los del cáncer. Dijo Reid, “un mensaje que debe ver la luz es hay una opción segura a considerar... *no deben ser tomados por debajo de la mesa*”.

Actualmente hay varios ensayos en curso para determinar si existe un efecto protector cardiovascular de la TH enseguida de la menopausia. (*Parecería que algunas cosas se están aclarando: por lo menos no existe más el tabú de la TH como*

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg + Etilnestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

AJOG
<http://www.ajog.org/>



tal. El indicarla durante varios años, evitando otros factores (tan comunes) de riesgo para las enfermedades cardiovasculares o los accidentes vasculares cerebrales es una buena medida. Sólo que suele olvidarse o no tenerse en cuenta...)

■ Impacto de una estrategia de conjunto sobre la seguridad de la paciente en los eventos obstétricos

Éste es un tema vinculado directamente con los errores médicos (malpraxis) y con una estrategia para evitar aquellos que pueden ser corregibles. Cuando se suman, en una comunidad inmensa, como es la de los EEUU, los números también son inmensos y uno se queda realmente sorprendido ante esta espantosa realidad. Por algo fue una “Editors Choice” esta investigación del equipo encabezado por el doctor **Christian M Pettker**, del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias de la Reproducción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, en el Hospital New Haven, EEUU. Se publicó en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009; 200: 492.e1-492.e8.

En setiembre de 1999 el Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*), en Washington DC., determinó cuál era el impacto de los errores médicos en los EEUU, estimando que una cantidad creciente de 44.000 a 98.000 pacientes fallecía cada año como resultado de errores médicos. Habiendo llegado a la conclusión de que la mayoría era causado por fallas corregibles, esta comunicación fue un “llamado de alerta” para atender los partos con mayor seguridad. Desde entonces, se documentaron mejoras en la seguridad en cardiología, cuidados críticos y anestesia, aunque hay una pobreza relativa de la literatura en relación con la monitorización y la prevención de eventos adversos obstétricos. Lo cual es notable si se tiene en cuenta que los nacimientos son los responsables de unas 4 millones de hospitalizaciones anuales, quedando sólo en 2° lugar a las enfermedades cardiovasculares y que se considera a la obstetricia en crisis de responsabilidad. El impacto individual de un resultado obstétrico adverso es considerable: a menudo quedan lesionados 2 pacientes (la madre y el recién nacido) y la lesión neonatal puede resultar en consecuencias significativas a largo plazo para las familias, incluyendo el esfuerzo y el costo de los cuidados de por vida. Por lo general, en obstetricia se esperan buenos resultados, mientras que los resultados adversos son considerados a menudo inevitables, debido al curso que toman los acontecimientos y a que las causas pueden ser difíciles de identificar sin un programa formal de despistaje.

Con la hipótesis multifacética de que un acercamiento que evalúe el clima de seguridad general reduciría la tasa de resultados adversos, los autores se unieron con el hospital (*Yale-New Haven Hospital [YNHHH], New Haven, Connecticut [CT]*) y con la empresa encargada de la malpraxis (*MCIC Vermont Inc, New York, NY*) para determinar y para mejorar su clima de seguridad. El objetivo de este programa fue el de mejorar la seguridad de la paciente, disminuir sus daños y disminuir las pérdidas por responsabilidad, a través de un programa que identificara e iniciara una disminución del riesgo de la práctica clínica y que crease una amplia cultura de seguridad.



Diseño del estudio. Se introdujeron aumentando, múltiples intervenciones de seguridad para la paciente, desde setiembre de 2004 hasta noviembre de 2006 en un servicio obstétrico de la universidad.

Esta iniciativa incluyó un revisor experto externo, una estandarización del protocolo, la creación de una posición de enfermería para la seguridad de la paciente y un comité de seguridad para la paciente, además de un entrenamiento de las habilidades del equipo y de la interpretación de la monitorización.

Se controlaron prospectivamente 10 resultados obstétricos específicos y se analizó por las tendencias el índice de resultados adversos, que es una expresión del número de partos con, por lo menos 1 de 10 resultados adversos por el total de partos.

Resultados. Esta intervención disminuyó de modo significativo el índice de resultados adversos (regresión lineal, $r^2 = 0.50$; $P = 0.01$) (promedio general, 2.50). Junto con estas mejoras, se observaron mejoras clínicas significativas en el clima de seguridad medido de acuerdo por la actitud en las encuestas de seguridad validadas.

Materiales y métodos. Se introdujo este programa en una unidad que tiene unas 5.500 admisiones anuales con unos 4650 partos en embarazadas con un promedio de 29.5 años de edad ($DS \pm 6.2$) siendo responsabilidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, que se inició con una determinación de la calidad y con una mejora en la actividad, seguidas por una serie de intervenciones.

Revisión por expertos externos. Dos consultantes independientes, un médico de medicina materno-fetal y una enfermera jefe especialista, ambos expertos en riesgo perinatal. Su revisión consistió en una visita de 3 días para determinar el riesgo de la organización y de los temas de seguridad de las pacientes, quienes encuestaron a los equipos de todas las categorías profesionales (médicos, enfermeras y administradores) empleando un método de triangulación para resolver las diferencias en las perspectivas, y comunicando sólo aquellos hallazgos que se repetían en por lo menos 2 de los 3 dominios. Se revisaron también las recomendaciones enfocada en principios de seguridad de la paciente, en las prácticas basadas en la evidencia y que estuvieran de acuerdo con los estándares profesionales y cuerpos de gobierno, que delinearon observaciones específicas y recomendaciones para una mejora. Se encontraron debilidades generales en la falta de guías institucionales (inducciones con misoprostol y administración de oxitocina); en fallas de comunicación; en un conocimiento escaso de la cadena de mandos y en la ausencia de un mecanismo que asegurara la calidad de la asistencia.

Protocolos y guías. Como respuesta a esta investigación se desarrolló una serie de protocolos y guías que delinearon los estándares de práctica. Estos protocolos fueron dirigidos a la organización del cuidado de las pacientes (criterios de admisión a diferentes unidades y disposición apropiada en los casos de alto riesgo) y las prácticas consideradas de alto riesgo de mal manejo que se consideró que debían corregirse (criterios de inducción y administración de oxitocina, prostaglandina y sulfato de magnesio). Estos protocolos y guías ayudaron a codificar y a estandarizar las prácticas existentes y si bien existían algunos protocolos, se desarrollaron en total 37 nuevos protocolos y políticas, por el comité de seguridad de las pacientes.

AJOG
<http://www.ajog.org/>



Enfermería de seguridad obstétrica. Se creó esta posición de enfermería para ayudar a la recolección de datos y de las intervenciones que se planeasen. Su principal responsabilidad fue la de brindar un método formal para la evaluación de los cuidados clínicos y de los resultados de los servicios obstétricos. Para identificar los casos que se complicaron eventos adversos y debilidades del sistema, la enfermera condujo un sistema de comunicación anónimo sobre una base diaria de ensayo, trabajo de parto y logística neonatal; se reunió con las enfermeras y estuvo presente en la comunicación matinal del residente. Este sistema fue constante a través de todo el periodo del proyecto e inició investigaciones en relación con eventos adversos y centinelas (*claves o importantes*) por medio de un análisis de ruta (*desarrollo del proceso*)/causalidad, presentando una documentación sobre la calidad de la seguridad a fin de ser revisado por el comité de seguridad de la paciente.

Los datos se recogieron prospectivamente para formar una base de datos de medidas pre-especificadas de resultados (muerte materna, admisión a CTI, re-intervenciones quirúrgicas, fallecimiento intra-hospitalario mayor a las 24 semanas, escore de Apgar a los 5 minutos al término <7, pH del cordón umbilical < 7.0, hemorragia postparto resultante en histerectomía/transfusión/embolización de la arteria uterina, distocia de hombros, ruptura o dehiscencia uterina, lesión traumática fetal al nacimiento o indicación de ingreso inesperado a CTI del recién nacido). Adicionalmente, esta enfermera inició y dirigió los programas de entrenamiento del equipo y de la certificación en monitorización electrónica fetal.

Comunicación anónima de eventos. Se puso en marcha una herramienta informática para la comunicación de los mismos (*Peminic Inc. Princeton, NJ*), que permite a cada miembro del equipo comunicar en forma anónima los errores médicos, los eventos relacionados con un aparato, las fallas u otros eventos que, en opinión de los miembros del equipo hubieran causado algún daño a la paciente o a una visita, lo que estuvo a cargo de la enfermera experta en seguridad de la paciente. Además de un servicio que cubría a todas las internaciones relacionadas con las prácticas de los residentes y universitarias, responsables de la calidad de los cuidados obstétricos.

Comité de seguridad de las pacientes. Se creó para definir y hacer el seguimiento de los eventos adversos con la asistencia de la enfermera de seguridad de la paciente y se revisaron eventos específicos sobre la base de cada caso. Como ejemplos de intervención se incluyó un formulario para las distocias de hombros, un nuevo formulario para la administración del sulfato de magnesio y los fluidos para la oxitocina intravenosa y un formulario estandarizado para la documentación del progreso del trabajo de parto.

Cuestionario de investigación sobre actitudes de seguridad. Se implementó como una adaptación del campo de la aviación (*chequeo*) y se usó para la determinación de la percepción del empleado sobre los cuidados de salud del equipo de trabajo y de la seguridad.

Esta encuesta anónima ayuda a detectar algunas debilidades percibidas y diferencias de opinión a lo largo del tiempo o entre diferentes grupos de empleados (equipo, enfermería, médicos) que resultan del entrenamiento en diferentes estilos. Consiste en una serie de determinaciones a las que el encuestado debe contestar si está o no de acuerdo, mediante una escala de Likert de 5 puntos. Diferencias $\geq 10\%$ en el tiempo o entre grupos se consideran clínicamente significativas; escores generales que demuestran un acuerdo de 80% de que el clima del equipo es favorable, se consideran un blanco para el

cambio. El cuestionario se distribuyó a todo el equipo médico y las personas involucradas en los cuidados obstétricos.

Entrenamiento del equipo. La revisión inicial acerca de la seguridad detectó debilidades en la coordinación y en la comunicación de varios miembros de los equipos obstétricos (enfermeras, obstetras, anestesistas, neonatólogos y servicios auxiliares). Esto es un hallazgo frecuente en los cuidados de salud: médicos, parteras, enfermeras y equipos entrenados en grupos aislados, con lenguajes diferentes y perspectivas contrastantes y que se espera trabajen en equipo.

Llevadas a cabo por la enfermera de seguridad de la paciente, se instauraron seminarios de 4 horas de duración que incluyeron videos, charlas y juegos de rol, integrados siempre por una mezcla de personas del equipo obstétrico. Los concurrentes estaban familiarizados con el concepto de un modelo mental compartido para comunicarse: una manera organizada para que los miembros conceptualizaran cómo predecir y cómo entender que tendrían que mejorar la performance general del equipo. Otros conceptos específicos y técnicas cubrieron la comunicación estructural/retrato de técnicas (situación, fondo, determinación, recomendación) palabras clave de comunicación (“relacionado con”, “desconforme”, “lastimado”) la norma de posibilidades (una rápida resolución técnica del conflicto donde un miembro del equipo pueda cuestionar un accionar 2 veces y que una respuesta suficiente no se brinde, podría detener dicho accionar), la cadena de comando y elementos de un cuidado efectivo repentino. El completar los seminarios fue una condición para el empleo o para ciertos privilegios.

Índice de Indicadores de Eventos Adversos

Indicador

- Transfusión sanguínea
- Muerte materna
- Admisión materna a CTI
- Reintervención quirúrgica o de trabajo de parto y parto
- Ruptura uterina
- Desgarros de 3° y 4° grado
- Score de Apgar 5' <7
- Lesión traumática fetal al nacimiento
- Muerte fetal intraparto en > 2.500g
- Admisión imprevista a CTI neonatal en > 2.500g.

Evaluación. La efectividad de estas iniciativas se determinó a través de la comparación de eventos adversos individuales y compuestos a lo largo del tiempo. Se determinó un periodo de 3 años que pareció adecuado para brindar un tiempo adecuado para el entrenamiento y el examen de las iniciativas y para el desarrollo y maduración de una cultura de la seguridad.

Comentario por los autores. Existen pocos modelos publicados para la disminución de los eventos obstétricos adversos.

Un ejemplo limitado es el “Diseño Idealizado de Cuidados Perinatales” del Instituto de Mejora de los Cuidados de Salud, (*Institute of Healthcare Improvement’s “Idealized Design of Perinatal Care”*) que presenta dos haces de cuidados perinatales propuestos como políticas para la inducción y estimulación del trabajo de parto. Más aún, no existe un estándar para la determinación de las tasas de eventos adversos de cuidados perinatales. Se han propuesto algunos determinantes (que significan la captura de eventos para revisiones próximas) y mediciones de resultados, aunque ninguno se adoptó universalmente. Aquí se comunica un nuevo modelo para describir un arreglo diferente para la seguridad de las de las intervenciones, con evidencias del éxito en la reducción de los eventos adversos, mediante el empleo de herramientas para la determinación de los resultados. La tasa inicial de eventos adversos se comparó con y no fue más baja que, lo que mostraron comunicaciones previas.

Los autores sostienen que una combinación de estandarizaciones basadas en la evidencia, de estímulos para la comunicación y la presencia de una enfermera dedicada a la seguridad de las pacientes, son los componentes integrales de este esfuerzo. No tienen conocimiento de cualquier modelo que pudiera identificar fácilmente, si hubiera, intervenciones individuales que tuvieran el mayor impacto y que no valiesen para nada. El proyecto hubiera podido ser estimulado por una inducción más programática y paso a paso de la intervención propuesta, aunque esto hubiera incrementado el tiempo requerido para su implementación. El objetivo no fue conducir una investigación aleatorizada, aunque se está de acuerdo que hubiera sido la regla de oro, una mejora de calidad actualizada. De hecho, tal como lo sugirió recientemente Berwick, el tipo de estudio diseñado que se describe puede ser argumentalmente el más realizable, si no el más apropiado para el estudio del “complejo, inestable [y] no linear cambio social” caracterizado por las iniciativas de mejora de la calidad. Una investigación clínica hubiera requerido suspender toda otra mejora de calidad de las actividades en el servicio durante un periodo sustancial, lo cual no hubiera sido práctico en medio de las estrictas determinaciones gubernamentales de vigilancia y de las elevadas expectativas de las pacientes. Una aplicación rigurosa de los métodos de determinación y de conducción cuidadosa de intervenciones significativas para influir sobre la conducta y la cultura puede, no por menos, brindar importantes y válidos resultados. La comunicación de tales métodos y resultados es crítica para una amplia mejora nacional en la seguridad de las pacientes.

Debido a que éste es un artículo *descriptivo* puede estar sujeto a desvíos inherentes. El propio caso y la identificación de los métodos pueden no haber identificado todos los resultados adversos. Sin embargo, éstos fueron recogidos de modo prospectivos sobre la base de su ocurrencia y no se cambió la metodología a lo largo del tiempo. Es importante señalar que los resultados no se vieron afectados por sesgos inherentes en relación con codificaciones o descarga de datos de diagnóstico. Además, no se pudo controlar por datos de confusión en el ambiente de la práctica clínica, tales como cambios de miembros del equipo o de las horas de trabajo o de mejoras en otros grupos de educación o de habilidades. Aunque se hicieron esfuerzos para brindar una relación completa de todos los cambios importantes efectuados en el servicio durante el periodo de la comunicación, se pudo haber fallado en la inclusión de algún otro cambio importante que afectara a la seguridad. Además, no se siguió el cumplimiento a las guías y a los protocolos, aunque creen los autores que la adherencia mejoró a través del tiempo a medida que se creó una cultura que promovió su integración. Además es de hacer no-

tar que no se implementó ninguna iniciativa relacionada con el parto por cesárea o sobre la tasa de las episiotomías, que pudiera mostrar cambios.

El trabajo adoptó el **Índice de Eventos Adversos** como medida y validación para la detección de eventos adversos y su uso para otros estudios. También se efectuó el seguimiento de otros resultados y medidas de seguridad que no estaban incluidos en dicho índice, tales como la distocia de hombros, el parto por cesárea y las tasas de episiotomías. La incidencia de distocia de hombros en la institución cae por debajo del rango más bajo de los estimados nacionales (0.6-1.5%) y no se pudo demostrar ningún cambio significativo a lo largo del tiempo. Generalmente, los casos de distocia de hombros no se consideran como un evento predecible. La validez de monitorear estos eventos puede unirse a una medición de procedimientos, en la determinación de la calidad de la documentación y de la conducción de respuestas de emergencia apropiadas.

Se observó un incremento significativo en la tasa de cesáreas durante el periodo que duró la presente iniciativa, lo que confundió potencialmente la disminución significativa de eventos adversos. El diseño de este estudio no puede determinar si o cómo afectó este cambio el índice de eventos adversos, pues la tasa de incremento (1.7 puntos de incremento anuales), espejan la tendencia nacional en la tasa de cesáreas (1.5 puntos de porcentaje de incremento anual desde 2000 a 2005).

La investigaciones indicaron que los médicos se sienten presionados a incrementar sus tasas de cesárea y a disminuir sus partos vaginales post cesárea en respuesta a la monitorización de los costos de los seguros de responsabilidad profesional. Esto se apoya también por el análisis de estadísticas vitales que demuestran un incremento en el número de cesáreas primarias relacionado con el aumento de los premios de los seguros de responsabilidad en Illinois. Más aún, la disminución de nacimientos vaginales post cesárea ha impactado sobre las tasas generales de cesáreas. Aunque hay pocos estudios, no se tiene noticia de ningún trabajo publicado, que demuestre que los cuidados obstétricos en los EEUU son más seguros, apreciablemente, desde que la tasa de cesárea comenzara a subir desde su último aumento en 1977. Como resultado, los autores piensan que el incremento propio en la tasa de cesáreas se relaciona más con los aspectos que afectan a las tendencias nacionales y que no han contribuido materialmente a los resultados presentes. No se puede concluir si esto debería ser considerado como una mejora o un paso hacia atrás.

También se anota una disminución significativa en la tasa de episiotomías durante los 3 años de duración del estudio. En general, la tasa de episiotomías de la institución fue de 10.9%, la cual es baja comparada con la tasa nacional de 19% (2005) y que posible se vio influida por una presencia significativa de parteras en Yale. Ninguna de las presentes iniciativas, incluyendo las guías y protocolos, fue mencionada como para determinar la tasa o la práctica de la episiotomía, por lo que los autores especulan que la disminución de la misma en su institución se ha hecho más familiar con la acumulación de evidencias relacionadas con el uso apropiado de las indicaciones para efectuar la episiotomía. Teniendo en cuenta que la episiotomía es un factor de riesgo mayor para uno de los resultados más frecuentes del índice de eventos adversos y que se emplea frecuentemente con exceso, los autores creen que es un indicador valedero para el seguimiento. A pesar de que no hubo una disminución en la tasa de episiotomías, no un hubo cambios en la tasa de desgarros de 3° y 4° grado y por lo tanto no piensan que un cambio en la tasa de episiotomías impactará de manera significativa sobre la mejora general del índice de eventos adversos.

Los autores piensan que su amplio acercamiento puede no ser aplicable en todos los lugares. Su institución es un gran centro académico (*aunque bastante más pequeño en cuanto al número partos que el Pereira Rossell [casi la mitad]*) con suficientes recursos para efectuar varias intervenciones simultáneas, algunas de las cuales son relativamente costosas. El departamento de responsabilidad profesional proporcionó el costo de la revisión de expertos independientes, la enfermera de seguridad de la paciente, su entrenamiento inicial en el manejo de las fuentes de entrenamiento del personal, el cuestionario de actitudes, del índice de eventos adversos y de la monitorización electrónica fetal. Los costos iniciales del programa se estimaron en 210.000 dólares más un incremento anual de 150,000 dólares. Esta inversión se ve disminuida en su valor, debido al pago promedial de 500.000 – 1.900.000 dólares frente a un sólo caso de malapraxis profesional. Los esfuerzos para una mejora de la performance todavía son iniciales y se reconoce que el servicio todavía está sujeto a resultados adversos y los autores creen que la aplicación constante de éstas y similares estrategias pueden tener un mayor impacto sobre la seguridad. Se hace necesario más trabajo para establecer puntos de referencia y mejores prácticas para los cuidados obstétricos, siendo este artículo uno de los primeros escalones de este proceso.

Apéndice.

Protocolos obstétricos y guías

- Edad materna avanzada y examen fetal antenatal
- Determinación de la maduración del pulmón fetal
- Determinación del trabajo de parto
- Determinación del riesgo de distocia de
- Parto por cesárea
- Cesárea complicada
- Consideración de técnicas de reproducción asistidas
- Cuidados de embarazadas en emergencia hombros
- Cuidado de la grávida obesa
- Cuidados del recién nacido previsible
- Anestesia epidural en el trabajo de parto
- Profilaxis contra el estreptococo grupo B
- Inducción del parto
- Auscultación intermitente
- Sulfato de magnesio en la preeclampsia
- Sulfato de magnesio para el parto de pretérmino
- Conducta de la diabetes gestacional y pregestacional
- Conducta en la hipertensión gravídica
- Conducta en el VIH anteparto y en el recién nacido

Conducta en el trabajo de parto de pretérmino
Conducta en la ruptura de membranas prematura de pretérmino
Monitoreo materno y fetal en la cirugía no obstétrica
Unidad materna especial para la “zona roja”
Unidad especial de circuncisión del recién nacido
Destoxificación opiácea durante el embarazo
Oxitocina para la inducción y refuerzo del trabajo de parto
Fotografía durante el trabajo de parto y el parto
Documentación de los residentes
Comunicación entre residentes y alumnos (*fellows*)
Tiempo post parto vaginal
Profilaxis del tromboembolismo
Uso de insulina intravenosa durante el trabajo de parto
Uso de misoprostol en la pre-inducción para maduración cervical
Uso de gel de prostaglandina para maduración cervical pre-inducción
Parto vaginal después de cesárea previa
Visitas durante el trabajo de parto y el parto
Servicio de atención a la paciente (*Yale on-call Attending*)

RT