

Artículo de reflexión.

Calidad en la atención vascular médico-quirúrgica

Acad. Dr. Guillermo A. Rojas-Reyna, F.A.C.S., *

Dr. Santiago Herrera De Juana,* Dra. María Teresa Braña-Ruiz**

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos vasculares realizados *per se* tienen riesgos intrínsecos, ya que habitualmente se practican en pacientes añosos con múltiples comorbilidades y en ocasiones severas; por lo que resulta irreal no esperar complicaciones postoperatorias.

La prevención, detección oportuna y tratamiento temprano de estos eventos adversos es lo que determina los resultados perioperatorios y la supervivencia a corto, mediano y largo plazo; en su conjunto esto se conoce como calidad de atención vascular médico-quirúrgica.^{1,2}

Es indiscutible que las complicaciones postoperatorias disminuyen el pronóstico de vida tanto a corto

como a mediano y largo plazo, a pesar de sobrevivir al evento adverso los primeros 30 días, la expectativa de vida es mucho menor, como se ejemplifica en pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal (AAA) con y sin complicaciones postoperatorias (*Figura 1*).³

Ante alguna complicación postoperatoria, lo más importante es rescatar al paciente de ese evento adverso; de ahí surge el concepto *failure to rescue* (FTR) o falta de rescate (FDR), situación que depende más de la estructura, capacidades y facilidades médico-tecnológicas hospitalarias, que de la propia severidad de la enfermedad o gravedad del paciente.^{4,5}

Ghaferi observó que en pacientes operados de AAA, o de cirugía general o vascular que presenta-

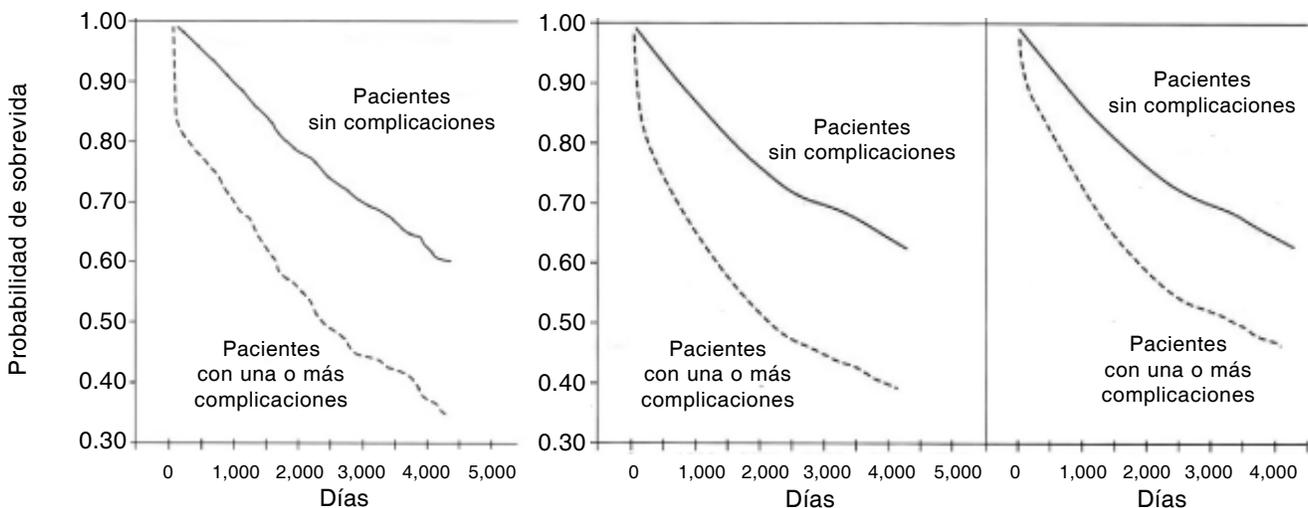


Figura 1. Complicaciones/Sobrevivencia. **A.** Reparación de aneurisma de aorta abdominal. **B.** Todos los pacientes. **C.** Pacientes que sobrevivieron al menos 30 días. Traducido de: Khuri, *et al.* (2005).³

* Departamento de Cirugía. Hospital Inglés ABC.

** Ex-Interna de Pregrado, Universidad La Salle. Centro Médico ABC, I.A.P., Campus Observatorio.

ron alguna complicación, se incrementó la mortalidad cuando el índice de FDR fue mayor^{6,7} (Figura 2).

Se ha documentado menor FDR cuando se realiza una identificación oportuna, resucitación inmediata y tratamiento adecuado de los eventos adversos, al igual que en las grandes instituciones, en hospitales universitarios, cuando hay un mayor número de enfermeras por paciente y si se cuenta con tecnología de punta. En resumen, a mayor eficiencia hospitalaria, menor falta de rescate.^{4,5,8}

Así como las complicaciones postoperatorias en cirugía de AAA afectan la sobrevida a largo plazo, lo mismo se ha observado con otro tipo de procedimientos vasculares tales como revascularización arterial de miembros inferiores y endarterectomía carotídea^{1,3} (Figura 3).

Individualizando el tipo de complicación, en los enfermos que presentan insuficiencia renal aguda (IRA) perioperatoria la sobrevida a largo plazo es menor⁹ (Figura 4); a pesar de tener una recuperación parcial o total su pronóstico de vida disminuye considerablemente⁹ (Figura 5). De igual manera, tanto las complicaciones pulmonares (neumonía, intubación prolongada y falla para el destete) como las de herida quirúrgica (infecciones superficiales o profundas y dehiscencia) reducen la expectativa de vida³ (Figura 6).

A lo largo de 35 años de actividad profesional, el autor (Guillermo A. Rojas-Reyna) ha aprendido que para proporcionar calidad en la atención vascular médico-quirúrgica hay que actuar con cordura, me-

sura y ciencia, fundamentalmente criterio, pero ante todo con ética.^{10,11}

Cordura y medida

No todo lo que se puede operar se debe operar; por ejemplo: no todos los aneurismas son quirúrgicos, no todas las estenosis arteriales deben ser dilatadas, no todos los reflujo venosos requieren cirugía o ablación térmica endovenosa, ni todos los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa necesitan trombólisis o filtro caval.

Criterio y ciencia

Ante todo, la correcta selección del paciente, fundamentalmente la clínica.

- **Estratificación de riesgos.** Valorar la reserva cardiopulmonar y renal con pruebas de ecocardiografía de estrés con dobutamina, gammagrafía de perfusión miocárdica (MIBI), estudios de funcionamiento respiratorio, revisar los niveles de albúmina sérica (los pacientes hipoalbuminémicos tienen mayor riesgo de complicaciones pulmonares postoperatorias) y mediciones de filtración glomerular (cistatina C); hoy en día, con el advenimiento y boom de los procedimientos endovasculares, hay que tener siempre presente la nefrotoxicidad del medio de contraste.
- **Optimización preoperatoria médico-quirúrgica.** Es fundamental el empleo de antibióticos

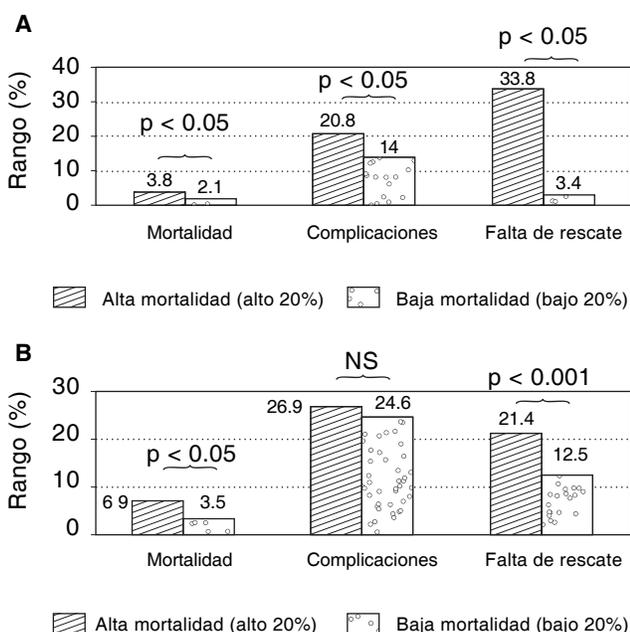


Figura 2. Falta de rescate (FDR)/Mortalidad. **A.** Reparación de aneurisma de aorta abdominal (AAA). **B.** Cirugía general y vascular. Traducido de: Ghaferi, et al. (2009).^{6,7}

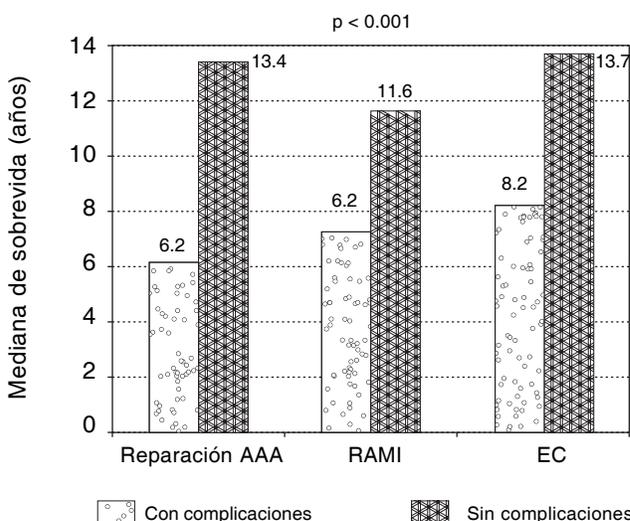


Figura 3. Complicaciones/Sobrevida. **AAA:** aneurisma de aorta abdominal. **RAMI:** revascularización arterial de miembros inferiores. **EC:** endarterectomía carotídea. Traducido de: Khuri (2005),³ Earnshaw 2012.¹

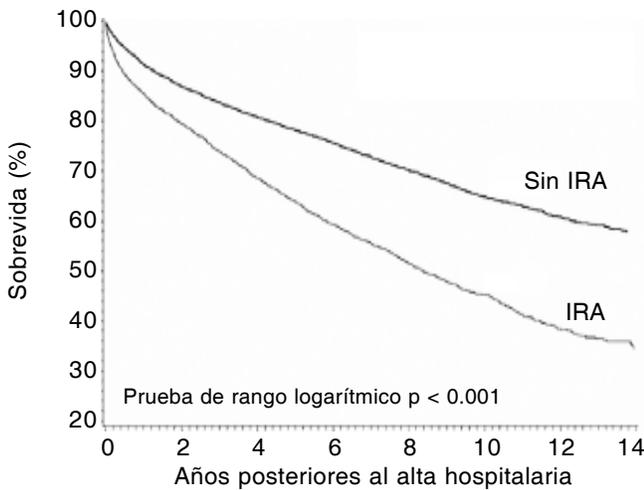


Figura 4. Complicaciones/Sobrevida. Insuficiencia renal aguda (IRA). Traducido de: Bihorac (2009).⁹

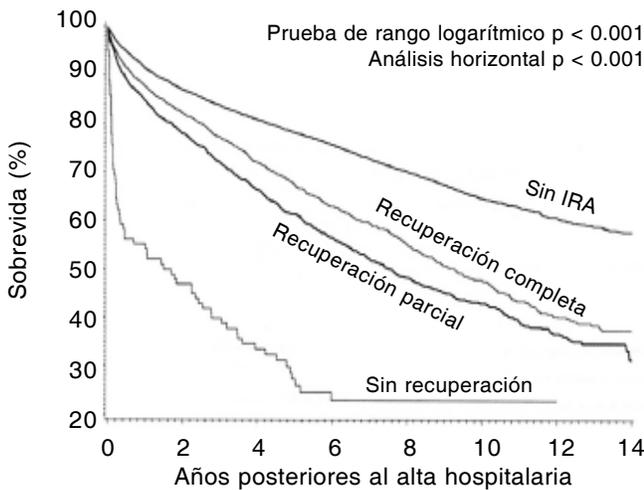


Figura 5. Complicaciones/Sobrevida. Insuficiencia renal aguda (IRA). Traducido de: Bihorac (2009).⁹

profilácticos, un programa de trombo-profilaxis venosa, hidratación adecuada y medidas de protección renal (solución salina + bicarbonato de sodio IV y/o N acetil cisteína), sobretodo si se utilizará medio de contraste, administración de anti-plaquetarios (aspirina), estatinas (potentes antiinflamatorios del endotelio vascular) y beta bloqueadores si se ameritan. En caso necesario una revascularización coronaria preoperatoria (endovascular o quirúrgica) y un buen programa de higiene y fisioterapia pulmonar. Es recomendable contar con el apoyo de un anestesiólogo vascular, interconsultas cardionefrológicas, una unidad vascular especializada (con enfermeras vasculares), tecnología de punta y la colaboración de un radiólogo intervencionista siempre es bienvenida.

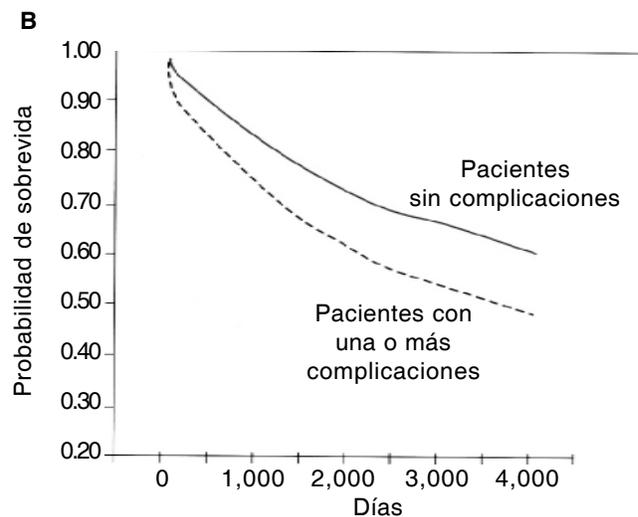
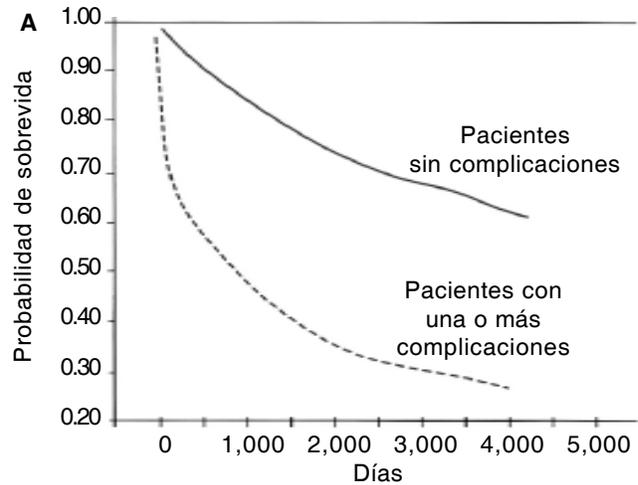


Figura 6. Complicaciones/Sobrevida. **A.** Complicaciones pulmonares. **B.** Complicaciones de la herida. Traducido de: Khuri (2005).³

Ética

No se debe ser víctimas de la presión mediática y/o comercial e idóneamente no tener conflictos de interés ni buscar beneficios económicos.

CONCLUSIÓN

El reto y meta debe ser proporcionar a los pacientes una atención vascular médico-quirúrgica de la más alta calidad, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad perioperatoria, el número de eventos con falta de rescate e incrementar la supervivencia a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Sinha S, Holt P. How do complications influence outcome? En: Earnshaw JJ. Complications in vascular and en-

- dovascular surgery. How to avoid them and how to get out of trouble. 1a. Ed. Harley, NR Shrewsbury, UK. Castle Hill Barns; 2012, p. 3-18.
2. Garrioch MA, Pichel AC. Reducing the risk of vascular surgery. *Curr Anaesth Crit Care* 2008; 19: 128-37.
 3. Khuri SF, Henderson WG, De Palma RG, et al. Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. *Ann Surg* 2005; 242: 326-43.
 4. Silber JH, Romano PS, Rosen AK, et al. Failure-to-rescue: comparing definitions of measure quality of care. *Med Care* 2007; 45: 918-25.
 5. Silber JH, Rosenbaum PR, Rosen AK, et al. The relationship between choice of outcome measure and hospital rank in general surgical procedures: implications for quality assessment. *Int J Quality Health Care* 1997; 9: 193-200.
 6. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *New Engl J Med* 2009; 361: 1368-75.
 7. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in medicare patients. *Ann Surg* 2009; 250: 1029-34.
 8. Ghaferi AA, Osborne NH, Birkmeyer JD, Dimick JB. Hospital characteristics associated with failure to rescue from complications after pancreatectomy. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 325-30.
 9. Bihorac A, Yavas S, Subbiah S, et al. Long-term risk of mortality and acute kidney injury during hospitalization after major surgery. *Ann Surg* 2009; 249: 851-8.
 10. Rojas G. Cordura, medida y ciencia. *Rev Mex Angiol* 1999; 27: 76-7.
 11. Rojas G, Pantoja C, Ayala M. Aneurismas de la aorta abdominal. Metanálisis: reparación quirúrgica vs. exclusión endovascular. *Rev Mex Angiol* 2010; 38(4): 133-44.

Correspondencia:

Dr. Guillermo A. Rojas-Reyna

Sur 136, Núm. 201, Consultorio 508

Col. Américas

C.P. 01120, México, D.F.

Tel.: 5272-3410

Fax: 5516-9970

Correo electrónico: mdrrojas@hotmail.com