

Artículos originales

Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima» (Cienfuegos)

Evaluación de la adherencia a la *Guía de Buenas Prácticas Clínicas* en la desviación del septo nasal

Dr. René Esteban Moreno Rajadel,¹ Dr. Frank Carlos Álvarez Li,² Dr. Alejandro Díaz González³ y Dr. Nelson Ramos Suárez⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos, con el objetivo de evaluar la adherencia a la *Guía de Buenas Prácticas Clínicas* en el tratamiento a los pacientes intervenidos quirúrgicamente a causa de una desviación del septo nasal. Se incluyeron los 373 pacientes operados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima» de Cienfuegos, en el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2005. En la evaluación de la adherencia a la guía, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas y se consideraron, cualitativamente, cinco categorías: *excelente* (≥ 95 %), *notable* (90-94,9 %), *adecuado* (85-89,9 %), *suficiente* (80-84,9 %) y *deficiente* (< 80 %). Predominaron los pacientes del sexo masculino en todos los grupos etáreos (241; 64,6 %) y el grupo de 21-30 años de edad aportó el mayor número de casos (120; 32,2 %). No se reflejó el tipo de desviación del septo nasal en 20 (5,4 %) de los expedientes clínicos revisados. La mayoría de los operados (316; 84,7 %) presentaban desviaciones bajas. En la evaluación de la adherencia a la guías predominaron las preguntas evaluadas cualitativamente como *notable* (4; 50 %). La evaluación de la adherencia a la *Guía de Buenas Prácticas Clínicas* nos permitió evaluar el desempeño médico-quirúrgico en esta afección e identificar nuestras debilidades y fortalezas.

Palabras clave: Desviación del septo nasal, septoplastia, cirugía funcional del tabique nasal, Guía de Buenas Prácticas Clínicas.

Las Guías Prácticas, Guías Clínicas o Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GBPC), son proposiciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a profesionales o pacientes en lo referente a los cuidados de salud apropiados para ciertas circunstancias clínicas especiales. El desarrollo completo de buenas guías es un proceso que requiere tiempo e implica la elección de los temas de acuerdo a las prioridades, la planificación, el desarrollo en sí mismo, la validación, el reporte, la diseminación, la implementación y el mantenimiento de cada guía.^{1,2}

El actuar médico ha sido cambiante a lo largo de los años; puede variar entre una comunidad y otra, entre unidades de salud, dentro de una misma institución e incluso entre un médico y otro. No todos los estilos de trabajo son correctos, pero estamos en la obligación de encontrar cuáles son los mejores.^{3,4} Para solucionar esta problemática, existe un interés creciente por la promoción, el desarrollo y la aplicación de las GBPC, encaminadas a la prevención y la atención de diversas situaciones clínicas y quirúrgicas.^{3,5-8}

Las GBPC constituyen un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas, que pautan la actuación médica frente a un paciente con determinada situación clinicoquirúrgica, las cuales se basan en las que se consideran como las mejores evidencias disponibles entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición. La elaboración e implementación de las GBPC tiene como fin pasar de criterios basados en la validez subjetiva de los procedimientos y métodos clínicos y quirúrgicos utilizados en la práctica médica, a otros que se fundamentan en datos objetivos mediante un método que favorece la toma de decisiones racionales al establecer criterios de prioridad en la actuación.³

En 1994, como parte del Proyecto Global de Cienfuegos, se elaboraron y publicaron un grupo de GBPC para el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Esta experiencia, luego, en el 2001, se introdujo en nuestro hospital y se obtuvieron protocolos para las enfermedades con mayor índice de morbilidad y mortalidad. En el servicio de otorrinolaringología se lograron protocolos, entre otras patologías, para la desviación del septo nasal, pues ésta constituye la primera causa de morbilidad quirúrgica.^{3,9}

Los intentos por corregir las deformidades septales han tenido su evolución a lo largo de los años. Ya en el siglo XVII se reportan intentos por corregir las deformidades del septo nasal.¹⁰ Sin embargo, la era moderna de la cirugía del septo nasal comenzó a partir de 1947 con el nuevo concepto de septoplastia introducido por *Cottle y Loring*.^{11,12} A pesar de los progresos alcanzados en este sentido, nuevas propuestas de técnicas siguen invadiendo la práctica quirúrgica diaria y entre ellas se encuentra la cirugía endoscópica.¹³⁻¹⁵

Si bien es cierto que en el mundo existe un creciente y pujante movimiento para la creación y perfeccionamiento continuo de las guías de prácticas clínicas, no se le ha prestado igual atención a la evaluación de la adherencia a lo que éstas pautan y se conoce que existe una importante brecha, por lo demás salvable, entre lo que se dice o escribe y lo que se hace. Por esta razón, en nuestro hospital desde el año 2002 se establecieron instrumentos de evaluación de la adherencia a las GBPC que se habían introducido con anterioridad.⁹ Por ello decidimos realizar esta investigación, con el propósito de evaluar la adherencia a las GBPC en el caso de esta afección.

MÉTODOS

En el Servicio de otorrinolaringología (ORL) del Hospital Universitario «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», en Cienfuegos, realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, de serie de casos, que incluyó a los 373 pacientes intervenidos quirúrgicamente por desviación del septo nasal, en el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2005.

Entre las variables seleccionadas para el estudio estuvieron: edad, sexo, criterio para la intervención quirúrgica según localización de la deformidad del tabique nasal y la aplicación del instrumento de evaluación de la adherencia a la GBPC para esta afección, que incluyó las preguntas siguientes, con posibilidad de respuesta dicotómica: sí o no:

- § ¿Se realizó un examen físico exhaustivo que permitió clasificar el tipo de deformidad?
- § ¿Participó el médico especialista en la evaluación y decisión quirúrgica?
- § ¿Se especificó en la historia clínica (HC) el criterio quirúrgico (según GBPC) que justificó la intervención quirúrgica?
- § ¿En la confección del informe operatorio se reflejaron los hallazgos del transoperatorio y la existencia o no de accidentes operatorios?
- § ¿Se reflejó en la historia clínica por quién será el seguimiento posoperatorio del paciente?
- § ¿Se envió contrarreferencia al médico de atención primaria de salud (APS)?
- § ¿Se comentó en la historia clínica la evolución posoperatoria del operado?
- § ¿Se realizó comentario en la HC respecto al resultado final de la operación (corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente)?

Toda la información se obtuvo de la revisión de las HC de la atención secundaria de cada uno de los pacientes.

En la evaluación de la adherencia a la GBPC, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (sí) y se consideraron, por criterio de expertos, 5 categorías: *excelente* (≥ 95 %), *notable* (90-94,9 %), *adecuado* (85-89,9 %), *suficiente* (80-84,9 %) y *deficiente* (< 80 %).

Toda la información obtenida se introdujo en una base de datos y fue procesada con el paquete estadístico SPSS 11.0. Los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes y se presentan en tablas y figuras.

RESULTADOS

Predominaron los pacientes del sexo masculino en todos los grupos etarios (241; 64,6 %) y el grupo de 21 a 30 años de edad aportó el mayor número de casos (120; 32,2 %), mientras que con 61 años y más fueron intervenidos sólo 4 pacientes (1,1 %) (figura).

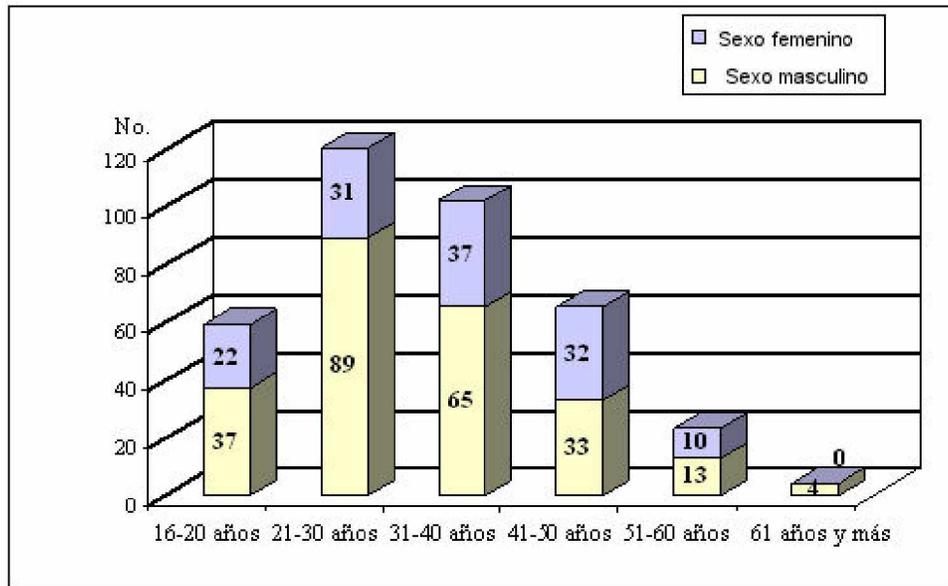


Figura. Pacientes intervenidos quirúrgicamente por desviación del septo nasal, según grupos etarios.

No se reflejó el tipo de desviación del septo nasal en 20 (5,4 %) de los expedientes clínicos revisados; la mayoría de los operados (316; 84,7 %) presentaban desviaciones bajas y en una minoría (2; 0,5 %) se actuó quirúrgicamente sobre el septo para dar solución a epistaxis secundarias a la desviación de éste (tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes intervenidos por desviación del septo nasal, según criterios quirúrgicos establecidos en la GBPC

Criterios quirúrgicos		N.º	%
Desviaciones bajas del septo nasal que:	alteren la función respiratoria de las fosas nasales;	252	71,4
	contacten con el cornete inferior y actúen como espina irritativa que exacerbe los episodios de rinitis vasomotora.	64	18,1
Desviaciones altas del septo nasal que:	obstruyen el meato medio e impiden el avenamiento de secreciones de los senos perinasales (grupo anterior);	19	5,4
	contacten con el cornete medio y causen cefaleas rinógenas;	9	2,5
	alteren la función olfatoria de las fosas nasales	7	2,0
Deformidades septales que además de alterar la fisiología nasal son causa de epistaxis.		2	0,6
Total		353*	100

* En 20 pacientes no consta el tipo de deformidad septal en la historia clínica.

En las interrogantes evaluadas en la adherencia a la GBPC predominaron las preguntas que obtuvieron calificación cualitativa de *notable* (4; 50 %). Sólo superó el 95 % de cumplimiento la participación del médico especialista en la evaluación y decisión quirúrgica (369; 98,9 %), para una evaluación *excelente*. El comentario en la historia clínica referente al resultado final de la intervención, desde el punto de vista de la funcionalidad de las fosas nasales y la satisfacción del paciente, fue el de menor porcentaje (296; 79,4 %) y evaluación de *deficiente*. En éste parámetro de medición cualitativa, 77 expedientes clínicos (20,6 %) carecían de anotación al respecto. El resto de los aspectos fueron evaluados como *adecuado* y *suficiente* (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de las respuestas afirmativas (sí) al instrumento evaluativo de la adherencia a la GBPC en los pacientes intervenidos por desviación del septo nasal (n = 373)

Instrumento evaluativo	Respuestas afirmativas (%)	Evaluación cualitativa
Se realizó un examen físico exhaustivo que permitió clasificar el tipo de deformidad.	92,0	Notable
Participó el médico especialista en la evaluación y decisión quirúrgica.	98,9	Excelente
Se especificó en la historia clínica el criterio quirúrgico (según GBPC) que justificó la intervención quirúrgica.	94,4	Notable
En la confección del informe operatorio se reflejaron los hallazgos del transoperatorio y la existencia o no de accidentes operatorios	90,6	Notable
Se reflejó en la historia clínica por quién será el seguimiento posoperatorio del paciente	90,1	Notable
Se envió contrarreferencia al médico de atención primaria de salud (APS)	84,2	Suficiente
Se comentó en la historia clínica la evolución posoperatoria del operado.	85,3	Adecuado
Se realizó comentario en la HC referente al resultado final de la operación (corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente).	79,4	Deficiente

DISCUSIÓN

Se recomienda que la septoplastia sea practicada en adultos y que no se aborde quirúrgicamente en edades pediátricas, porque se pueden dañar los núcleos de crecimiento y, en consecuencia, producirse desviaciones viciosas en el desarrollo pondoestatural del niño. No obstante, *De Sousa* y otros autores^{10,16,17} consideran que este concepto no es válido, ya que al excluir a pacientes pediátricos con indicación formal de cirugía debido a obstrucción nasal mecánica por alteración del septo nasal, se expondría a estos pacientes a trastornos del crecimiento craneofacial que se pueden prevenir o atenuar al mejorar la ventilación nasal, por tanto las deformidades septales deben ser corregidas una vez que se diagnostiquen. En nuestro estudio más de la mitad de los operados (322; 86,3 %) se encontraban entre los 21 y 40 años de edad. En una serie de 2 730 casos de cirugía endoscópica con excoriación electromecánica (*abrader*)¹⁰ se

reporta un 43,7 % (1 177) de pacientes con edades entre los 20 y 40 años y 89 (3,2 %) entre los 4 y 10 años de edad y predominio del sexo masculino (1 557; 57,0 %). *Fajardo-Dolci*⁸ reporta una edad promedio de 37,4 años en una serie de 3 054 pacientes intervenidos por rinoseptoplastia y, contrariamente a lo encontrado en nuestra serie y en la de *De Sousa*, este autor reporta mayor frecuencia en el sexo femenino (61 %).

No es frecuente hallar un septo nasal totalmente recto, lo que nos lleva a deducir que esta afección es extremadamente frecuente pero no todas las presentaciones reúnen criterio quirúrgico sino que solo serán intervenidas aquellas que interfieran la fisiología nasal y que repercutan negativamente a diferentes niveles de la esfera otorrinolaringológica.

Describir el tipo de deformidad reviste importancia porque permite determinar la forma en que se actuará quirúrgicamente sobre el tabique nasal. Aún así, lamentablemente algunos de nuestros profesionales no reflejan en el expediente clínico dicha deformidad y sólo se limitan a hacer mención de la existencia de «desviación del septo nasal» y a partir de ahí hacen referencia a la repercusión a diferentes niveles de la esfera otorrinolaringológica. Nosotros decidimos agrupar las deformidades septales en la GBPC del hospital de acuerdo a la ubicación de la deformidad y al tipo de repercusión que produce. Sin embargo, por citar un ejemplo, *Cottle*^{11,12} las agrupa en áreas: I (vestibular), II (valvular), III (olfatoria), IV (turbinal anterior y V (turbinal posterior).

Uno de los aspectos hallados con menor nivel de adherencia en nuestro estudio fue la no realización de contrarreferencia con la APS, lo que puede afectar el seguimiento de los pacientes en este nivel de atención, pues éstos son operados mayoritariamente de forma ambulatoria o tienen corta estadía hospitalaria.

Otro aspecto vital es el resultado final de la operación, en términos de corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente, el cual no aparece reflejado en el expediente clínico del operado en un número relativamente importante de nuestros casos, parámetro que atribuimos al seguimiento de los pacientes por el médico especialista en el área de salud de procedencia del enfermo.

A modo de comentario final, consideramos que la evaluación de la adherencia a la GBPC en los pacientes intervenidos por desviación del septo nasal constituye un instrumento útil para evaluar el desempeño médico-quirúrgico en esta afección y así, lograr un mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica que se les brinda a nuestros pacientes e identificar en este sentido, nuestras debilidades y fortalezas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Introducción a la confección de guías clínicas basadas en evidencias. [en línea]. [23 de marzo del 2006]. Disponible en: http://perinatal.bvsalud.org/E/practicas/Guias_clinicas_1.htm
2. Frías J. Buenas prácticas clínicas (BPC) y normas ICH (conferencia internacional de armonización). [en línea]. [23 de marzo del 2006]. Disponible en: [http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/\\$FILE/ensayo17.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/$FILE/ensayo17.pdf)

3. Viera B, Del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola M. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo. [en línea]. [23 de marzo del 2006]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/cimc2001/comunicaciones/MIraola/MIraola2/>
4. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). *Ann Intern Med.* 1990; 113: 645-646.
5. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ.* 1999; 318: 593-96.
6. Ordúñez PO, Espinosa AD. Cambiar con el cambio: A propósito de los OPD-2000. *Rev Finlay.* 1994;1: 2-3.
7. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: Sackett DL. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. pp. 169-82.
8. Nicholls E. La necesidad de contar con Normas. En: Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica - Guía para médicos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998. pp. 38-53.
9. Moreno R. Desviación del septo nasal.[en línea].[4 de Abril del 2005].Disponible en:http://www.gal.sld.cu/gbp/Cirugia/ORL/desv_septum_nasal.html
10. De Sousa A, Salas A, Inciarte L, Valles I, Chávez H. ¿Por qué fracasa la cirugía del septum nasal? [en línea]. [24 de Septiembre del 2005]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque.htm>
11. Cottle MH. The "maxilla-premaxila" approach to extensive nasal septum surgery, *Arch. Otolaryngology.* 1958; 68: 301.
12. Cottle M, Loring R. Corrective surgery of the external nasal pyramid and the nasal septum for restoration of normal physiology. *ENT Monthly.*1947; 26:147.
13. Buckley JG, Witchell DB, Hickey SA, Fitzgerald O, Connor A. Submucous resection of the nasal septum in outpatient procedure. *J Laryngol Otol.* 1991; 105(7):554-6.
14. Giles WC, Gross CW, Abram AC, Greene M, Avner TG. Endoscopy Septoplasty. *Laryngoscope* 1994; 104:1507-9.
15. Durr DG. Endoscopic septoplasty: Technique and outcomes. *J Otolaryngol.* 2003; 32(1): 6-11.
16. Cottle M. Nasal surgery in children: effect of early nasal injury. *EENT Monthly* 1951; 30-2.
17. Hinderer KH. Nasal problems in children. *Pediatr Otolaringol.* 1976; 5:499.
18. Fajardo-Dolci G, Chavolla-Magaña R. Estudio descriptivo de pacientes con fracaso en la cirugía funcional de la nariz. *Cir Ciruj.* 2001; 69(2):84-6.

Recibido: 8 de mayo de 2006. Aprobado: 23 de julio de 2006.

Dr. René Esteban Moreno Rajadle. Calle 51-A y Avenida 5 de Septiembre. Cienfuegos, Cuba. CP 55 100.

Correo electrónico: rene@gal.sld.cu

¹ Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor.

² Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y de I Grado en Medicina Interna. Máster en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud. Profesor Instructor.

³ Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Profesor Asistente.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología.