

# A propósito de un indicador asistencial: "partos vaginales con anestesia epidural"

María de los Ángeles García-Moncó<sup>a</sup>, María Antonia Blanco<sup>b</sup>, Julio Muriel<sup>c</sup>, Teresa Tijero<sup>a</sup>, Marta De Vicente<sup>a</sup> y Enrique Granado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Anestesiología-Reanimación. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

<sup>b</sup>Unidad de Calidad. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

<sup>c</sup>Unidad de Documentación Clínica. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

<sup>d</sup>Subdirección Médica. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. María Ángeles García-Moncó Carra.  
Hospital Santa Cristina.

O'Donnell, 59. 28009 Madrid. España.

Correo electrónico: mgarcia.hscr@salud.madrid.org

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la validez del indicador asistencial "partos vaginales con anestesia epidural" en nuestra práctica clínica diaria.

**Método:** Revisión de la actividad asistencial del Servicio de Anestesia-Reanimación en el área de obstetricia del hospital, durante los años 2000, 2001 y 2002.

**Resultados:** En los años revisados no se incluye el 18, el 20 y 22% del trabajo realizado.

**Conclusiones:** El indicador estudiado no sirve como herramienta de medida. Se propone cambiar el nombre y la definición de este indicador.

**Palabras clave:** Indicadores clínicos. Analgesia obstétrica. Anestesia epidural.

## Introducción

Fue a finales de los noventa cuando se ampliaron las prestaciones a la mujer durante el embarazo con la implementación de técnicas loco-regionales (analgesia epidural) para alivio del dolor durante el trabajo del parto. Esta actividad tuvo un gran impacto social y asistencial, de tal forma que, a partir de ese momento, se incluyó en los Programas especiales de los Contratos de Gestión de todos los Hospitales del antiguo INSALUD<sup>1</sup>. Asimismo, hubo un compromiso de oferta generalizada de dicha analgesia epidural a todas las embarazadas, debiéndose documentar en su historia clínica.

Desde entonces viene realizándose la evaluación de la actividad de los anestesiólogos mediante el porcentaje de partos vaginales con analgesia epidural sobre el total de partos vaginales atendidos anualmente, a través del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), porque la herramienta de medida descrita para esta actividad fue el indicador "porcentaje de partos vaginales con anestesia epidural"<sup>2</sup>. Consideramos que este indicador, aunque cumple con la mayoría de las características básicas de todo indicador, no es válido para contabilizar nuestra actividad, porque hay un porcentaje, que nos parece importante, que no puede incluirse por la propia definición del indicador, "relación entre el número de partos vaginales (Grupos Relacionados con el Diagnóstico [GRD] 373, 372, 374 o 375) en los que se encuentre presente el código

## Abstract

**Objective:** To analyze the validity of the clinical indicator "vaginal deliveries with epidural anesthesia" in our daily clinical practice.

**Method:** We reviewed the clinical activity of the Anesthesia-Resuscitation Service in the Obstetrics Department of our hospital in 2000, 2001 and 2002.

**Results:** In the years reviewed, 18%, 20% and 22% of the work performed was not included.

**Conclusions:** The indicator studied is not a useful measurement tool. We propose that the name and definition of this indicator be changed.

**Key words:** Clinical indicators. Obstetric analgesia. Epidural anesthesia.

de procedimiento 03.91 y el número total de partos vaginales"; este código 03.91 está definido como inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia, y excluye en su origen "aquella paraanestesia operatoria-omitir código"<sup>2</sup>, es decir, cesáreas, además de no incluir otras técnicas analgésicas, como son las analgesias intradurales.

## Método

Se revisaron todos los datos sobre la actividad asistencial del Servicio de Anestesia-Reanimación en el área de Obstetricia del Hospital Universitario Santa Cristina durante los años 2000, 2001 y 2002, proporcionados por las Unidades de Admisión y de Documentación Clínica de nuestro centro.

Se analizaron las técnicas analgésicas loco-regionales, en nuestro caso analgesia epidural e intradural, realizadas para el trabajo del parto, así como sus formas de terminación: parto vaginal o parto por cesárea.

## Resultados

En el año 2000 se realizaron 1.444 técnicas analgésicas loco-regionales; acabaron en parto vaginal 1.183 analgesias epidurales y 22 analgesias intradurales y en parto por ce-

Tabla 1. Actividad analgésica en obstetricia

	Año		
	2000	2001	2002
N.º total de partos	2.989	3.085	3.043
N.º de partos vaginales	2.452	2.486	2.392
Anestesia epidural	1.183	1.161	1.188
Anestesia intradural	22	25	40
N.º de cesáreas			
anestesia epidural	239	267	287

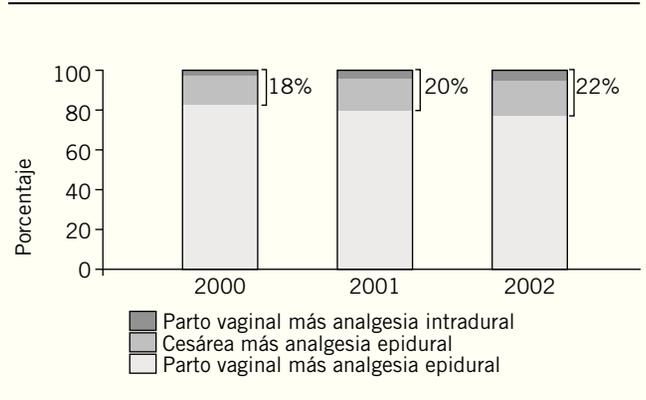
sárea 239 analgesias epidurales. En el año 2001 se realizaron 1.453 técnicas analgésicas locorreregionales. Finalizaron en parto vaginal 1.161 analgesias epidurales y 25 analgesias intradurales, y en parto por cesárea 267 analgesias epidurales. En el año 2002 se realizaron 1.515 técnicas analgésicas locorreregionales. Terminaron en parto vaginal 1.188 analgesias epidurales y 40 analgesias intradurales, y en parto por cesárea 287 analgesias epidurales (tabla 1).

## Discusión

Todo indicador debe cumplir unas características: ser relevante, específico, válido, objetivo, aceptable, universal, simple<sup>3,4</sup>.

Básicamente, este indicador cumple con las características de ser relevante, importante, tiene interés; es universal, pues puede ser utilizado por cualquier hospital para medir siempre lo mismo; es simple, porque se ha elaborado con datos que se utilizan habitualmente; es objetivo, si por objetividad entendemos que está definido de forma clara y detallada, no hay elementos de error en cuanto a recogida de datos a partir del CMBD, y en cuanto a aplicación del indicador "relación entre el número de partos vaginales (GRD 373, 372, 374 o 375) en los que se encuentra presente el código de procedimiento 03.91, y el número total de partos vaginales". Pero como observamos, este indicador no permite incluir los GRD 370, 371, 650 y 651, correspondientes a cesáreas, al tener que aplicar el código 03.91, cuya definición es "inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia", y que en su origen excluía: "aquella para anestesia operatoria (en estos casos había que omitir el código)" por lo tanto, sólo recoge aquellas analgesias epidurales que finalizan por vía vaginal y no las que, aunque realizadas con el mismo objetivo, es decir, para alivio del dolor en el trabajo del parto, finalizan por diversas causas obstétricas en cesárea. Tampoco permite recoger otras técnicas analgésicas –analgesia intradural, analgesia combinada (intradural más epidural)– que se realizan actualmente. Por todo lo expuesto, este indicador no cumple con las características de validez y especificidad al medir sólo una parte de las técnicas utilizadas de analgesia. En los años referidos los resultados anuales informados a la Administración no han incluido el 18, el 20 y el 22%, respectivamente, del total de técnicas analgésicas realizadas (fig. 1).

Figura 1. Porcentaje de analgesias locorreregionales en obstetricia.



Como conclusión, proponemos la redefinición del indicador "partos vaginales con anestesia epidural" por "analgesia locorre regional para el trabajo del parto", y la definición de un nuevo código de procedimiento que deberá seguir las normas internacionales para su codificación (CIE), por ejemplo: inyección de anestésico-analgésico en el espacio epidural-intradural para analgesia en el trabajo del parto, incluidos los GRD 370, 371, 650 y 651, correspondientes a cesáreas, con el código analgésico correspondiente.

Con este indicador que proponemos podríamos conocer la verdadera actividad asistencial realizada para el alivio del dolor en el trabajo del parto, cumpliendo con el objetivo asistencial pactado anualmente en los hospitales; pero los clínicos no podemos conformarnos con esta información por otro lado insuficiente respecto a la calidad asistencial. Esto nos debe obligar a conocer la percepción o no de satisfacción de la parturienta con respecto a la técnica locorre regional utilizada. Proponemos que en la encuesta de satisfacción ya existente al alta hospitalaria se incluya un apartado específico que nos permita conocer el verdadero índice de satisfacción en el alivio del dolor (en el numerador el número de analgesias satisfactorias según la encuesta y en el denominador el número total de analgesias locorre regionales realizadas). Quizá de esta forma tanto gestores como clínicos veamos cumplidas parte de nuestras expectativas de trabajo.

## Bibliografía

1. Plan integral de atención a la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada [citado 31 Mayo 2003]. Disponible en: <http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/mujer/plan>
2. CMBD. Hospitalización. Seguimiento del PAS. Dirección General de Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2002; enero-septiembre.
3. Temes JL, Pastor V, Díaz JL. Manual de gestión hospitalaria. Madrid: Interamericana; 1992. p. 193-4, 245-6.
4. Lledó R, Prat A. Calidad Asistencial. En: Asenjo MA, Bohigas L, Prat A, editores. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson; 1998. p. 293.