

La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad

Joan Berenguer^a, Margarita Esteve^b y Albert Verdaguer^c

^aGerente. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.

^bDirección de Enfermería. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.

^cDirección Médica. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. Joan Berenguer.

Gerente. Consorci Sanitari del Maresme.

Hospital de Mataró.

Ctra. de Cirera, s/n. 08304 Mataró. Barcelona. España.

Correo electrónico: jberenguer@csm.scs.es

Uno de los principales retos que afronta la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población, cada vez más envejecida y exigente, en el marco de las limitaciones impuestas por el contexto económico y presupuestario. Esta respuesta de calidad, frente al complejo proceso de toma de decisiones sanitarias, se ve dificultada, aún más, por la constante aparición de nuevas tecnologías médicas y por la diversidad de criterios asistenciales para atender una misma condición clínica¹. Además, cuando se estudia las variaciones regionales en el gasto sanitario, no se demuestran mejoras en accesibilidad, calidad, resultados de salud y satisfacción del usuario en las áreas en que el gasto sanitario es mayor^{2,3}.

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la medicina basada en la evidencia, se ha considerado que la variabilidad en los estilos de práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados sugieren la existencia de prácticas subóptimas. A pesar de que existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de establecer mecanismos que permitan su control, no existe un amplio consenso sobre la elaboración y conceptualización de estos mecanismos⁴. Se ha propuesto un amplio abanico de metodologías y herramientas de trabajo para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, lo que ha generado cierta confusión terminológica y conceptual, agravada, en ocasiones, por problemas idiomáticos. No es extraño encontrar distintas definiciones para un mismo término o la utilización de distintos términos para un mismo concepto. A las guías de práctica clínica (GPC) (*clinical practice guidelines*) hay que añadir los protocolos clínicos (PC) (*care protocols*), las trayectorias clínicas (TC) o vías clínicas (*clinical pathways o critical pathways*) y los mapas de cuidados (*care maps*). Otros términos utilizados han sido vías de atención integrada (*integrated care pathways*), vías de atención multidisciplinaria (*multidisciplinary pathways of care*), vías de alta anticipada (*anticipated pathways of care*) y vías de atención o gestión de casos clínicos⁵.

La efectividad de los servicios sanitarios que prestamos (incluidos los de nuestra propia organización, donde creemos que existe sensibilidad al respecto) puede verse seriamente amenazada por la existencia, incluso dentro de un mismo grupo de especialistas, de una gran disparidad de criterios para atender a una misma condición clínica⁶. Las causas de la variabilidad son muy diversas y de sobra referidas⁷. De las relacionadas con los profesionales sanitarios, además de la incertidumbre propia de la medicina, debemos considerar la asistencia ligada a la costumbre o, en otras palabras, a la práctica habitual de cada día que, junto con un espíritu conformista, poco crítico y poco dado culturalmente a la necesidad de revisar permanentemente la práctica clínica, puede conllevar grados de disparidad de criterios francamente preocupantes.

La disminución de la variabilidad de la práctica asistencial debe ser un objetivo común de nuestras organizaciones y no debe convertirse en un tema retórico y reincidente que, aunque esté presente en todos nuestros planes de desarrollo asistencial y de modelo de planificación estratégica, raramente forme parte de nuestra forma de abordar el trabajo asistencial. Debemos traducir este objetivo a un método de trabajo que seamos capaces de implementar, evaluar y seguir desde todos los ámbitos de la organización implicados en la producción asistencial. Para ello, es imprescindible un cambio cultural profundo y una implicación del conjunto de profesionales de la institución, empezando por la dirección general del centro y toda la estructura directiva y de mandos asistenciales. En todo caso, hay que atreverse e iniciar el camino.

Entre los instrumentos que tenemos a nuestro alcance, las GPC, las TC y los PC son los más significativos. Según nuestro criterio, estos instrumentos deberían basarse en una rigurosa revisión de la mejor evidencia científica disponible, en el juicio de los profesionales expertos en el tema y en el análisis del contexto sanitario específico en que se quieren aplicar. La evidencia científica y la valoración del coste de las distintas opciones terapéuticas deben ser los criterios fundamentales en que se basen las recomendaciones, los planes o

las normas mencionadas, pero cuando no exista evidencia científica o ésta sea limitada o no concluyente deberá complementarse con la opinión y el consenso de los especialistas. Puesto que cada día se genera nueva evidencia científica y el contexto también es cambiante, todos estos instrumentos requieren revisiones y actualizaciones, es decir, la implementación de un trabajo asistencial con metodología (GPC, TC y PC) requiere de una esmerada planificación a medio y largo plazo, perseverancia y tesón, y es necesario disponer de un liderazgo asistencial consolidado que crea firmemente en el concepto de trabajo en equipo. Si consideramos que las GPC tienen un marco o abanico de aplicación más amplio que las TC y éstas, más amplio que los PC, las primeras exigen un equipo multidisciplinario amplio que las elabore, mientras que las últimas requieren un equipo más especializado y las TC quedan en una situación intermedia. En todos los casos se necesitan las aportaciones y el consenso de los distintos colectivos profesionales.

Las GPC (conjunto de aseveraciones y recomendaciones destinadas a ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios, a seleccionar las opciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica) abordan distintos aspectos de una misma condición clínica, desde su prevención primaria a su tratamiento y rehabilitación, y, por tanto, contemplan mecanismos de enlace y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Dada la complejidad y el coste de la elaboración de las GPC, los centros asistenciales, tanto en atención primaria como en atención especializada, suelen adaptar GPC ya existentes, avaladas generalmente por sociedades científicas, agencias de evaluación de la tecnología u otras agencias gubernamentales. Puesto que existen múltiples GPC para una misma condición clínica, instrumentos como AGREE (*Assessment of Guidelines Research and Evaluation*), diseñados para evaluar las distintas dimensiones de una GPC, pueden ayudar al gestor en la selección de la más idónea para la institución. Las TC (planes asistenciales que definen y ordenan, secuencialmente en el tiempo, un conjunto de actividades e intervenciones sanitarias que deben realizarse en un grupo definido de pacientes que presenta un curso clínico predecible) planifican la atención sanitaria dirigida a un grupo de pacientes con una condición clínica bien definida y un curso clínico muy predecible, y estandarizan la actividad que debe realizarse. Por otro lado, los PC (conjunto de normas de actuación clínica que deben aplicarse en circunstancias clínicas concretas y no forzosamente asociadas a una única condición clínica) son de obligado cumplimiento.

Hay evidencia científica que muestra que las GPC pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes⁸. Aunque la evidencia científica referente al efecto de las TC y los PC es más limitada⁹, distintos trabajos, pocos según nuestra opinión, han estudiado su utilidad en la mejora de la adecuación de la instrumentación de los pacientes, la disminución de los efectos adversos asociados a ésta y la reducción de la estancia media hospitalaria^{10,11}.

A nuestro entender, una correcta combinación y coordinación entre estos instrumentos, GPC, TC y PC (Guía Integral

de Atención), permite potenciar sus efectos y multiplicar sus resultados. Así, nuestro grupo defiende un modelo que integre y articule estos 3 instrumentos y que, refiriéndose a una misma condición clínica, permitiría abordar distintos aspectos de ésta e intervenir en distintos lugares y momentos, de modo que, en la mayoría de sus contenidos, estos instrumentos se complementarían. En el caso de que existan áreas de intersección entre la GPC, la TC y el PC, agrupar estos distintos instrumentos en un marco común y establecer relaciones entre ellos permite confirmar la concordancia entre las recomendaciones, los planes y las normas o, en caso de discordancia, da la oportunidad de revisar los documentos y consensuar una nueva versión. Además, ayudan a implementar las GPC en un determinado contexto y hacen más sencilla la evaluación de su aplicación.

Una Guía Integral de Atención de una determinada enfermedad debería contemplar los distintos aspectos de su abordaje, esto es, la prevención primaria con la identificación y corrección de los factores de riesgo conocidos, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación. Para cada uno de estos abordajes puede existir uno o más procesos de atención susceptibles de estandarización, esto es, puede haber distintas TC para una misma condición clínica. Igualmente, una misma condición clínica puede derivar en numerosas situaciones o circunstancias clínicas que puedan ser objeto de un PC. Por lo tanto, las Guías Integrales de Atención deben incorporar todas las TC y PC que hacen referencia a la entidad nosológica en cuestión, así como especificar claramente en qué momento o en qué circunstancias deben aplicarse. Precisamente, explicitar, de forma muy clara, la red de TC y PC, sus relaciones en forma de algoritmos, sus condiciones o criterios de aplicación y los flujos entre ellos en un mismo instrumento es el principal valor añadido de la integración y coordinación de estos instrumentos, ya que puede contribuir a mejorar la exhaustividad de su aplicación. Igualmente, las Guías Integrales de Atención deberían establecer en qué nivel asistencial recae la responsabilidad de cada una de las etapas de la atención al paciente, lo que puede contribuir a mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Trabajar con metodología asistencial exige un elevado grado de disciplina al conjunto de profesionales de la organización, en especial al colectivo de médicos. Integrar los distintos instrumentos (GPC, TC y PC) y establecer los enlaces entre ellos en uno único puede ser de extraordinaria utilidad en la toma de decisiones clínicas, pero también en la formación de los nuevos especialistas y en la formación continuada de los profesionales. Estos instrumentos son una herramienta más al servicio de una atención eficiente, equitativa y de calidad y, en definitiva, al servicio de los pacientes.

Debemos hacer un esfuerzo para presentar nuestros resultados¹², que cada grupo sensible al trabajo con método debe aportar, ya que se hace imperiosa la necesidad de poder evaluarlos. El aprendizaje recíproco y la suma de esfuerzos son necesarios para avanzar y la aportación de nuestras casuísticas nos debe permitir ese análisis. Análisis de procesos y resultados que no son fáciles de efectuar, pero que hay que iniciar si queremos lograr nuestros objetivos. En todo caso, el objetivo

está claro y creemos que también es compartido: disminuir la variabilidad de la práctica asistencial como elemento de mejora de la calidad y en beneficio de una buena asistencia. Es necesario poder contrastar experiencias y depende de nosotros que no quede todo en el plano teórico-conceptual y que sea una realidad instaurada en nuestra cultura al abordar diariamente el trabajo asistencial en nuestras organizaciones.

Bibliografía

1. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med* 1982;307:1310-4.
2. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003;138:273-87.
3. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003;138:288-98.
4. Granados A, Jovell AJ. Protocolos versus guías de práctica clínica: ¿Una cuestión de distinción semántica? *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:51-3.
5. Ellis BW, Johnson S. A clinical view of pathways of care in disease management. *Int J Health Care Quality Assurance* 1997; 10:61-6.
6. Verdaguer A, Peiró S, Librero J. Variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39:442-8.
7. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica. Importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998;110:382-90.
8. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
9. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:199-207.
10. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG. A controlled trial of critical pathway for treatment of community acquired pneumonia. *JAMA* 2000;1283:749-55.
11. Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguer A, Berenguer J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. *Gac Sanit* 2003;17.
12. Esteve M, Marbà L, Zaldívar C, Verdaguer A, Serra-Prat M, Berenguer J. Evaluación de la puesta en marcha de 54 trayectorias clínicas en el Hospital de Mataró. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:722-8.