

Herramientas de gestión clínica (I): guías de práctica clínica y vías clínicas

L. Quecedo, J. I. Orive*, J. del Llano**, M. R. Roses, F. Gilsanz†

SERVICIO ANESTESIA. HOSPITAL DE LA PRINCESA. *DIRECCIÓN MÉDICA SANITAS. **FUNDACIÓN GASPAR CASAL. †SERVICIO ANESTESIA HOSPITAL LA PAZ

La gestión clínica puede ser definida como un proceso de toma de decisiones en la práctica clínica orientado a conseguir el beneficio máximo para el paciente y cuyo objeto es la mejora de la calidad del servicio implicando a todos los profesionales que participan en su realización. Integra a los médicos en la utilización efectiva de los recursos, al tiempo que a los directivos en la gestión de lo esencial. La dimensión central de la gestión clínica es la eficiencia y efectividad de la práctica clínica. Para ello la organización gira alrededor del paciente, que es la piedra angular sobre la que se organiza la asistencia sanitaria de tal forma que los pacientes se organizan según enfermedades y no sobre las especialidades tradicionales (neurociencias, institutos de cardiología, de la mujer,..). La gestión del Hospital y de sus distintos Servicios, difícilmente puede llevarse a cabo ignorando a los médicos cuyos conocimientos, habilidades y prácticas constituyen el exclusivo valor añadido de las organizaciones que los contratan y emplean.

La gestión clínica se dirige a un modelo de práctica clínica basada en la evidencia lo que supone una transmisión de derechos de decisión hacia el paciente y a una cultura de la organización de trabajo cooperativo. Este marco de trabajo supone que la introducción de objetivos de eficiencia debe pivotar no sólo en lo económico sino en el desarrollo profesional y ético de la persona. A nivel organizativo la gestión clínica implica dotar a una unidad asistencial de una estructura pequeña de gestión, con autoridad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades. Los Servicios de Anestesia son unidades con una estructura compleja, dotada de cierta autonomía con gran énfasis por el trabajo en equipo, que se adapta perfectamente a un modelo de gestión clínica. Los rasgos estratégicos que aporta la gestión clínica son el rediseño de procesos asistenciales, reorganización de la estructura del Servicio y mejora continua de la eficiencia orientando la actividad hacia el paciente. Hay un cambio organizativo y cultural importante desplazando las decisiones a las unidades clínicas. Se potencian en el Servicio aquellas actividades asistenciales que mejoran los resultados en los niveles de salud, eficiencia clínica, uso de tecnologías y recursos humanos. Se produce un acercamiento entre las culturas de gestión y clínicas, convergencia que genera un espacio común que

busca romper la clásica existente entre la burocracia profesional y la administrativa, gestionando las unidades asistenciales bajo la codirección de clínicos y gestores.

La fuente de evidencias se busca en las revisiones sistemáticas de la literatura, ensayos clínicos y su meta-análisis y para ello se precisa un cambio profundo. Este cambio o nueva forma de entender la medicina requiere tener un conocimiento (saber), tener capacidades y habilidades (saber hacer) y adquirir nuevas actitudes. La dirección de los centros encuentra apoyo en los líderes clínicos en los programas de mejora continua de calidad asistencial, participación en el plan estratégico de la organización, asignación de recursos y propuesta de estándares asistenciales. Su puesta en marcha genera múltiples problemas y resistencias, con renuncia por ambas partes de aspectos de índole burocrática y un giro hacia el cliente externo (los pacientes) y no tanto como hacia el cliente interno (personal sanitario).

La incorporación de la búsqueda y mejora continua de la calidad, precisa para su implantación de varios niveles de actuación que involucran desde los profesionales clínicos, gestores, hasta personal no clínico pero implicado en la atención del paciente. La calidad científico-técnica de la actividad clínica obliga a tener para su optimización una base sólida constituida por las mejores evidencias científicas disponibles. Sólo de esta forma se podrán ofertar las intervenciones adecuadas en el momento preciso, es decir incorporando la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia en toda actividad relacionada con la práctica clínica. Los métodos cuantitativos de investigación aportan las evidencias necesarias para conseguir la mejor práctica clínica, *best practice*, pero no siempre es obligadamente necesario el conocimiento de la eficacia de una intervención. La mejora de la calidad de la asistencia o del servicio va a depender en muchos casos de la utilización de métodos cualitativos, no cuantitativos como los ensayos clínicos, que nos ofrezcan información tal como las preferencias y deseos de los pacientes. En otras ocasiones, la disponibilidad de evidencias sólidas no es posible y han de utilizarse métodos y técnicas de índole cualitativa, como los paneles de expertos o las técnicas Delphi para poder emitir una serie de recomendaciones sobre una cuestión determinada. La metodología cuantitativa, los ensayos

clínicos y metaanálisis, es con frecuencia suplementada con información procedente de estudios cualitativos, condensándose los resultados en una serie de recomendaciones que se plasman en otros tipos de trabajos científicos.

Para los pacientes, avanzar en la medición de resultados representa que se les haga lo mejor en diagnóstico y terapia. Para los médicos, buenos "outcomes" representa avanzar en el resultado final deseado de la compleja cadena de la atención sanitaria. Para los políticos y los gestores, la obsesión por la medición de la actividad está dirigiéndose, en la actualidad, a la medición de las ganancias en salud. Para la industria proveedora de bienes y servicios, el desarrollo de la medición de resultados significa una mejora en la competitividad, una mejora en la diferenciación estratégica, un mejor posicionamiento y una optimización de la cuenta de resultados (Tabla I).

TABLA I

Gestión clínica

- Proceso de toma de decisiones clínicas
- Mecanismos de Incentivación Individual
- Variabilidad de la práctica médica y adecuación en la utilización de recursos
- Gobernabilidad Clínica: Protocolos y Guías de Práctica Clínica
- Análisis de evaluación económica (AMC; ACB; ACE y ACU) de tecnologías sanitarias
- Outcomes Research
- Calidad Asistencial
- Medicina Basada en la Evidencia.
- Disease Management: cluster de pacientes por patología específica.

En el ámbito clínico determinadas investigaciones en el ámbito de la gestión clínica y sanitaria, bien formuladas y ejecutadas, nos señalarán aspectos a mejorar en nuestras organizaciones y en la prestación de nuestros servicios.

Desde el punto de vista del clínico debemos partir de la constatación de que los médicos asignamos el 70% de los recursos sanitarios en decisiones, diagnósticas y terapéuticas. Nuestro objetivo es restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes.

Nos quedaría un punto de vista a tener en cuenta, no por último menos importante: el del paciente, cuya preocupación fundamental está en la seguridad y la efectividad de las intervenciones, y en segundo término, en la participación en las decisiones clínicas que le incumben.

El problema fundamental de la gestión clínica pasa por conseguir que los médicos tengamos la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas a cada nivel y conseguir así colmar las expectativas de los pacientes. Pese a los impor-

tantes desarrollos teóricos y prácticos de la evaluación económica aplicada al sector sanitario en los últimos 20 años (1), las repercusiones en la práctica diaria de nuestra actividad asistencial son muy escasas. La falta de incentivos por el propio sistema para su empleo, la sospecha de la falta de fiabilidad de los resultados, la dificultad técnica de los estudios hace necesaria una formación mínima para interpretar los resultados y poder identificar la calidad de los mismos; y la dificultad de mover las asignaciones de las distintas partidas presupuestarias, imposibilita en muchos casos la aplicación de la información adquirida. Y todo ello, pese a movernos en un marco en el que existe un fuerte interés por acceder a información acerca de la efectividad y seguridad de las tecnologías sanitarias.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

En 1990 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EEUU definió las Guías de Práctica Clínica (GPC) como *afirmaciones o sentencias sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los médicos y a los pacientes en las decisiones sobre la apropiada asistencia de salud que requiere una determinada situación clínica* (2).

Tres puntos críticos están desarrollados en la definición: la asistencia tanto a médicos como a los pacientes, el uso apropiado de los servicios y la especificidad sobre determinados problemas clínicos. El concepto de GPC se basa fuertemente en la evidencia científica y en el término adoptado *sistemáticamente desarrolladas*, queda implícito que ésta debe descansar sobre una búsqueda claramente definida que garantice una información relevante. De esta manera, la validez de una CPG se va a definir en términos de resultados, de costes o de salud y en la fuerza de asociación entre las recomendaciones clínicas y la evidencia científica en las que se fundamenta.

Las GPC constituye una fuente de información para los políticos y gestores sobre el uso apropiado o no, de intervenciones en el ámbito de la salud. Pueden ser utilizadas para la asignación de recursos en países con sistemas de salud públicos, y en los sistemas básicamente privados, para autorizar el reembolso en determinadas intervenciones y situaciones. Existen otros aspectos donde además, las GPC tienen una utilidad relevante, por ejemplo: en asuntos legales, educación-formación continuada y en el establecimiento de prioridades en investigación.

Al igual que ocurre con el fenómeno de la medicina basada en la evidencia, existe un interesante debate sobre las GPC, que se refleja en el modo que se las llega a denominar: *libro de recetas médicas*, ello es probablemente producto del recelo implícito que suscitan en la profesión médica por el potencial peligro para su libertad de prescripción y de decisión. A pesar de las diferentes acepciones que puedan recibir de sus detractores, existen una serie de elementos positivos comunes que caracterizan a las GPC:

- Ayudan a pacientes y médicos a tomar decisiones sobre salud
- Consiguen cambios de conducta y actitudes en la forma de prestar los servicios sanitarios
- Describe los cuidados precisos basándose en evidencias científicas
- Se centra en circunstancias específicas teniendo en cuenta factores de la organización y características especiales de la comunidad
- Incrementa la atención sobre la calidad incluyendo la evaluación y auditoría de resultados. En la Figura 1 se refleja la cadena de acontecimientos que supone la implantación de una GPC eficiente.

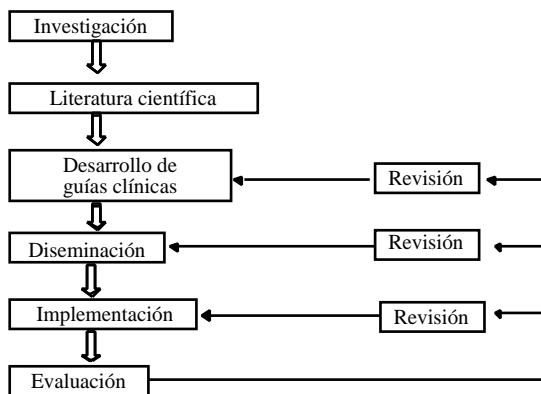


Fig. 1. Implantación de una guía clínica.

El desarrollo de una GPC comienza por la elección de un tema o sujeto. Es recomendable para su posterior implantación que el tema haya sido estudiado previamente con opiniones de expertos o con guías previas procedentes de distintas fuentes. La eficacia de la GPC para la mejora de los resultados en la atención de los pacientes depende no sólo de la guía en sí, sino también de la naturaleza del grupo que la ha generado (3). Es importante para su difusión contar con el apoyo de los líderes de opinión en el tema a desarrollar, aprovechando su poder de persuasión sobre el resto de facultativos. La elección del grupo que va a desarrollar una guía debe incluir a profesionales conocedores del tema a tratar, que al mismo tiempo sean capaces de revisar la literatura y recoger y analizar los datos recogidos. Las GPC se suelen desarrollar mejor cuando la composición del grupo de expertos es multidisciplinario, representando a todos y cada uno de los implicados en la atención de los pacientes. Habitualmente, por tanto, se ven implicados médicos de familia, especialistas, enfermeras y otro tipo de personal sanitario (rehabilitadores, asistentes sociales, etc). La validez de la guía va a depender no sólo de las evidencias y su calidad, existen numerosas ocasiones donde la evidencia es débil o polémica y es en estos casos donde la elección de un panel de profesionales adecuados decidirá si se consiguen o no los objetivos de la misma. El papel del paciente adquiere gran importancia, de tal manera que el personal que

desarrolla una guía debe orientarse a atender las preferencias y necesidades de los pacientes, especialmente en el momento de emitir sus recomendaciones.

Los métodos elegidos para el desarrollo de una GPC son diversos. El consenso de un grupo de expertos avalado por los conocimientos y experiencia de sus miembros, con o sin revisión estructurada de la literatura, constituye uno de los métodos más representativos (4). La incorporación de métodos cualitativos como técnicas de grupo nominal o el método DELPHI han incrementado y mejorado los resultados de las GPC generadas con este sistema. Otra forma de trabajo, es la utilización formal y sistemática de la revisión y análisis de la literatura recogida. Ésta es la línea propuesta por la Agency for Health Care Policy and Research de los EEUU como la más adecuada. En ella, un grupo de expertos recogen y analizan evidencias procedentes de estudios de elevada calidad, centrándose tanto en resultados clínicos como de coste efectividad. A diferencia de la opción anterior tiene la desventaja que se incrementan también los costes y que el tiempo utilizado para su desarrollo es mayor.

Los resultados y conclusiones que el grupo multidisciplinar desarrolla se concretan en un documento. El formato se presenta de muy diferentes formas, como la combinación de texto con algoritmos y listas de opciones. En otras ocasiones pueden ambos fusionarse, siempre y cuando el resultado final sea explícito, lógico y sin ambigüedades. La descripción de la evidencia utilizada y la forma como se desarrolló la GPC siempre debe acompañar a los resultados y conclusiones finales. Se han formulado una serie de atributos que debe recoger una guía para que influya de manera óptima sobre la práctica clínica. Los que más influencia han demostrado tener en su implantación son:

- La recomendación debe basarse en la evidencia científica, fundamentalmente en ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.
- La recomendación debe ayudar a resolver problemas de la práctica clínica diaria.
- Debe estar descrita con concreción y precisión.

La diseminación de la guía depende de la atención que sobre ella presten sus destinatarios. El formato de la guía deberá ir orientado al público al que pretende influir, por ejemplo en los manuales de residentes, folletos para pacientes, artículos para profesionales y otras muchas. En una auditoría realizada sobre la distribución de una guía sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico, se demostró que solamente el 63% de los jefes clínicos habían recibido la información (5), lo que demuestra la importancia de escoger el adecuado canal de distribución de la información. Se han estudiado las preferencias de los facultativos a la hora de recibir la información, destacando que la mayoría prefiere que le sea enviada por correo para ser discutida posteriormente en seminarios en sus lugares de trabajo. En general se considera que las guías publicadas en una revista son las que menos probabilidad tienen de ser implantadas con efectividad. Por el contrario aquellas guías cuya disemina-

ción parte de los jefes de departamento o líderes de opinión tienen mayor probabilidad de llegar a ser implantadas.

Un punto de interés en la implantación de las GPC es el enfoque de los proveedores de servicios. Estos tienen el legítimo interés de incrementar la calidad de las prestaciones de la cartera de servicios, influyendo sobre todo a través de mecanismos como las auditorías clínicas. El papel de las GPC en la auditoría clínica es evidente, sin embargo, la imposición de GPC basadas en la efectividad por parte de los proveedores de servicios, seguramente tengan una menor implantación que aquellas que han sido desarrolladas, adoptadas y adaptadas como resultado de tareas compartidas de priorización y revisión. Las relaciones de las GPC en el contexto de los proveedores de servicios queda expresado en la Figura 2.

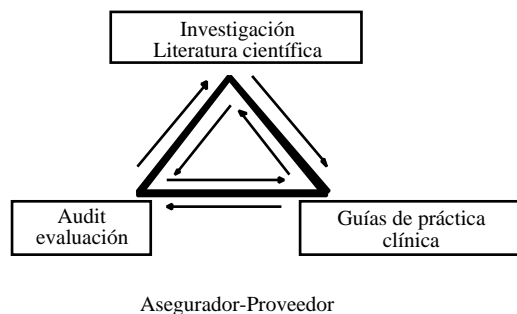


Fig. 2. Relaciones de las guías clínicas en el contexto del asegurador-proveedor.

Los dos últimos puntos de la cadena del desarrollo de una GPC son la evaluación y la revisión o puesta al día. La evaluación es un punto fundamental: conocer el impacto que la difusión de una determinada GPC tiene para modificar prácticas y actitudes. El audit toma forma con dos preguntas básicas: ¿hemos mejorado? o ¿hemos conseguido un objetivo determinado? La evaluación nos proporciona datos sobre cuál o cuáles son los puntos de la cadena de la GPC que pudieran ser inadecuados (8).

Cuatro son los puntos donde tienen aplicación las GPC basadas en la evidencia, desde la perspectiva de la política sanitaria en instituciones proveedoras de servicios:

- Establecimiento de los costes sanitarios y decisiones sobre la extensión de la cartera de servicios.
- Calidad y satisfacción de la prestación de servicios.
- Educación para la salud, política sanitaria y ciencia en general, dirigida al público y profesionales sanitarios.
- Establecimiento de prioridades en la investigación.

El punto de partida se inicia con la publicación por parte del Servicio de Salud de determinados hallazgos científicos fruto de la investigación. Estos hallazgos basados en evidencias son recogidos en

informes que han de ser publicados y diseminados entre una audiencia médica interesada y entre grupos de usuarios. Por último se precisa evaluar el impacto de la implantación de la guía, de forma que la retroalimentación del sistema modifique las prioridades de investigación.

Costes sanitarios

La mayoría de los problemas de políticos y gestores de instituciones sanitarias nacen del siempre creciente gasto sanitario. Los responsables del manejo de dicho gasto deben decidir qué tipos de servicios y planes de salud desarrollar además de decidir el nivel de prestación a cubrir. Deben considerar la eficiencia del sistema y el impacto que determinado plan tiene sobre la salud de la población.

Calidad del servicio

Un servicio de calidad viene determinado por el grado en que los servicios prestados incrementan unos resultados deseables de salud en los individuos y en la población coherentes con los actuales conocimientos de la ciencia médica. La calidad incluye tres importantes aspectos: estructura, es decir, la acreditación de los hospitales y de los facultativos; proceso, actividades realizadas en beneficio del paciente; resultado, logros conseguidos en salud, incluyendo la satisfacción del paciente. Hablar de calidad lleva emparejado el concepto de costes. El incremento de calidad lleva emparejado una disminución de los costes, entendiendo como tal el no uso de cuidados inapropiados o innecesarios y proporcionando los cuidados apropiados en el momento oportuno.

En el terreno de las GPC, éstas proveen de información y recomendaciones sobre el uso, apropiación y necesidades de los servicios en los diferentes aspectos del manejo de los pacientes. Dichas guías no se circunscriben sólo a los hospitales, son adecuadas también para pacientes ambulatorios así como en otros tipos de centros como servicios de urgencias, residencias de cuidados paliativos, etc. Pueden además ser útiles en el desarrollo de planes y programas de salud y por último constituir un elemento indispensable de aseguramiento de la calidad, proporcionando una base para el *audit médico*.

Educación

La medicina basada en la evidencia se está convirtiendo en una pieza básica de aprendizaje tanto en el periodo de pre como postgrado. Aunque se cuestione la forma de llevarla a la práctica, existen pocos argumentos en contra del significado de su base científica, en oposición a recibir solamente consejos de expertos en el aprendizaje clínico.

Las GPC son de gran utilidad para el aprendizaje no sólo del personal sanitario sino también para

otro tipo de audiencia. Gestores, aseguradores, proveedores de servicios e incluso los pacientes se pueden beneficiar del fácil acceso a estos informes basados en evidencias. Por ejemplo una guía sobre el manejo de la depresión y la dependencia al alcohol es de gran interés tanto para psiquiatras pertenecientes a un centro de salud mental, como para los miembros de los servicios sociales o para el gerente del área de salud. Además a un nivel superior, las GPC contribuyen a proporcionar una imagen de corte transversal de la población sobre los beneficios, avances y limitaciones de la ciencia en un determinado momento.

Las guías de práctica clínica al constituirse como un subproducto derivado de la investigación aplicada, resumen y condensan de una manera práctica el conocimiento sobre un tópico o proceso clínico, evitando la pérdida de tiempo de los interesados en generarla por sí mismos. Este acceso rápido a información de calidad permite que los facultativos puedan actualizarse de forma más efectiva en menos tiempo.

Investigación

Las investigaciones clínicas que se desarrollan en el momento actual serán futuras elecciones sobre quién y qué tipo de cuidados se va a recibir. El corazón de las GPC lo constituye una base científica a la que se añade la investigación procedente de los servicios de salud. Las ciencias básicas generan información sobre la eficacia de las intervenciones pero la realidad práctica impone la necesidad de tomar decisiones basadas en la efectividad. Con frecuencia la prioridad de la investigación se decide a través de modelos de coste, cargas económicas y disponibilidad de evidencias. De esta manera deben ser consideradas prioridades de investigación importantes cuestiones de gran interés que quedan relegadas por falta de evidencias, para posteriormente elaborarse la guía correspondiente.

Las GPC ofrecen evidentes ventajas a los políticos, proveedores de servicios, clínicos y pacientes en numerosas cuestiones que incluyen costes, accesibilidad, calidad, satisfacción, educación e investigación. Concluyendo que con ellas, se abre la posibilidad de que las decisiones políticas discurran por un camino sistematizado donde se integre la participación activa de políticos, clínicos y pacientes.

Inconvenientes de las guías clínicas

Como hemos visto el objetivo de las guías clínicas es la promoción de mejores prácticas que incrementen los resultados de los tratamientos. Para ello deben ser previamente asumidas dos cuestiones: que los resultados obtenidos en los ensayos clínicos sean reproducibles en la práctica habitual y que la adopción de un tratamiento eficaz lo sea para toda la población. Las guías descansan todo su peso sobre los ensayos clínicos aleatorizados y controla-

dos, sin embargo la práctica real no es tan limitada como los ensayos, donde las motivaciones del paciente son diferentes y los recursos distintos, en otras palabras, no es el mismo ambiente controlado. Es por ello que la verdadera efectividad terapéutica sólo puede establecerse a través de las experiencias acumuladas de práctica clínica habitual.

Las guías permiten la adopción rápida de nuevas formas de tratamiento. Ganar tiempo no significa, sin embargo, ahorrar costes. La decisión óptima de incorporar un tratamiento requiere un balance positivo entre el coste de los beneficios para los pacientes y el incremento que supone los cambios en los costes. Se han definido hasta 6 diferentes combinaciones entre costes y resultados (9) (Fig 3).

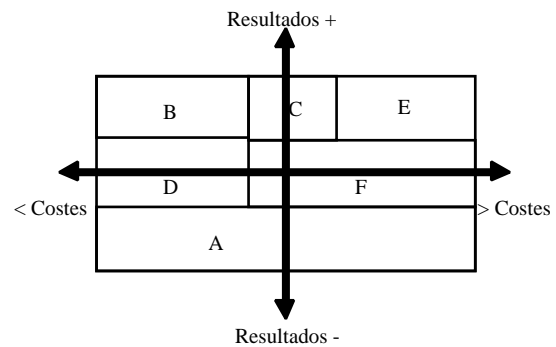


Fig. 3. Combinación coste-eficacia tras la adopción de una GPC.

En la región A el tratamiento ha demostrado empeoramiento de los resultados: no existen razones para recomendar el tratamiento por los médicos ni por los proveedores de servicios. En la situación B se reducen los costes a la vez que se incrementan los resultados sobre los pacientes: el tratamiento se recomienda ser promovido por todos los agentes. En la región E, el aumento de los resultados se relaciona con incrementos en los costes: los médicos tendrán que dar razones para promover ese tratamiento mientras que los proveedores mandarán un mensaje mixto promocionándolo específicamente cuando se consigan reducciones de costes. El conflicto surge porque a pesar de un soporte claro de las evidencias, su adopción va en detrimento de otras prestaciones de efectividad igual, menos costosas pero también menos populares.

En las zonas C, D y F el impacto de los tratamientos es todavía incierto. En el caso C la evidencia es positiva pero los prestadores regularán su crecimiento para evitar una escalada de costes. En el caso D no existe una promoción activa por parte de los clínicos que la consideran un tratamiento opcional y por último en la zona F los médicos aunque con evidencias dudosas lo considerarán en algún caso un tratamiento opcional y otros serán entusiastas del tratamiento en contra de los proveedores de servicios que se resistirán a su implantación.

Como se desprende de la explicación anterior, existen diferentes actores con muy diferentes intereses en las guías clínicas: los clínicos intentando extender su influencia, los farmacéuticos incrementando su mercado y las autoridades promoviendo la salud a la vez que intentan limitar el gasto. Las guías pueden convertirse en un poderoso vehículo para diseminar rápidamente un tratamiento, sobre todo si se quiere evitar la mención de los costes que conllevan. Clínicos o grupos específicos de interés podrían promover guías que incrementen los recursos, dirigiéndolos a un subgrupo determinado de la población, en detrimento lógicamente de otros grupos de enfermos.

A pesar de su amplia divulgación, las guías de práctica clínica tienen un efecto limitado sobre su capacidad de modificar cambios en la conducta de los facultativos. Teniendo en cuenta que la calidad científica-técnica y el gasto de los servicios dependen en gran medida de los facultativos, la formación y la gestión del conocimiento son una prioridad si se pretende conseguir unos niveles elevados de eficiencia. Es por ello que la identificación de las barreras que impiden una implantación adecuada de las guías permiten que tanto las personas que desarrollan las guías como los gerentes y los políticos puedan diseñar intervenciones efectivas que modifiquen conductas y prácticas clínicas inadecuadas o no comprobadas.

Antes de que la implantación de una guía pueda reflejarse sobre los resultados de los pacientes, deben previamente modificarse los conocimientos de los facultativos, generar nuevas actitudes y finalmente cambios en su comportamiento. Podemos encontrar factores limitantes que interactúan a través del componente cognitivo y barreras que afectan a las actitudes o al comportamiento tal y como se representa en la Figura 4. El poder flanquear y evitar dichas barreras debe ser un objetivo prioritario para evitar que todo el trabajo que conlleva la elaboración y diseminación de las guías sea ineficaz (10).

VÍAS CLÍNICAS

La experiencia de un paciente sobre la asistencia de su enfermedad es similar con frecuencia a la de un viaje turístico, con la diferencia de sentirse continuamente más que como un viajero, como un intrépido explorador en constante alerta y lucha contra lo desconocido. Los viajes organizados de las agencias de viaje acarrear menores riesgos al cliente, al estar preparados o dirigidos de forma que el conocimiento de las distintas etapas del viaje reduce la ansiedad y el miedo. En la actualidad, los pacientes prefieren estar informados de cada uno de los pasos tal y como sucede en los planes de viaje. La mayoría de los cuidados que se prestan en los hospitales son con frecuencia

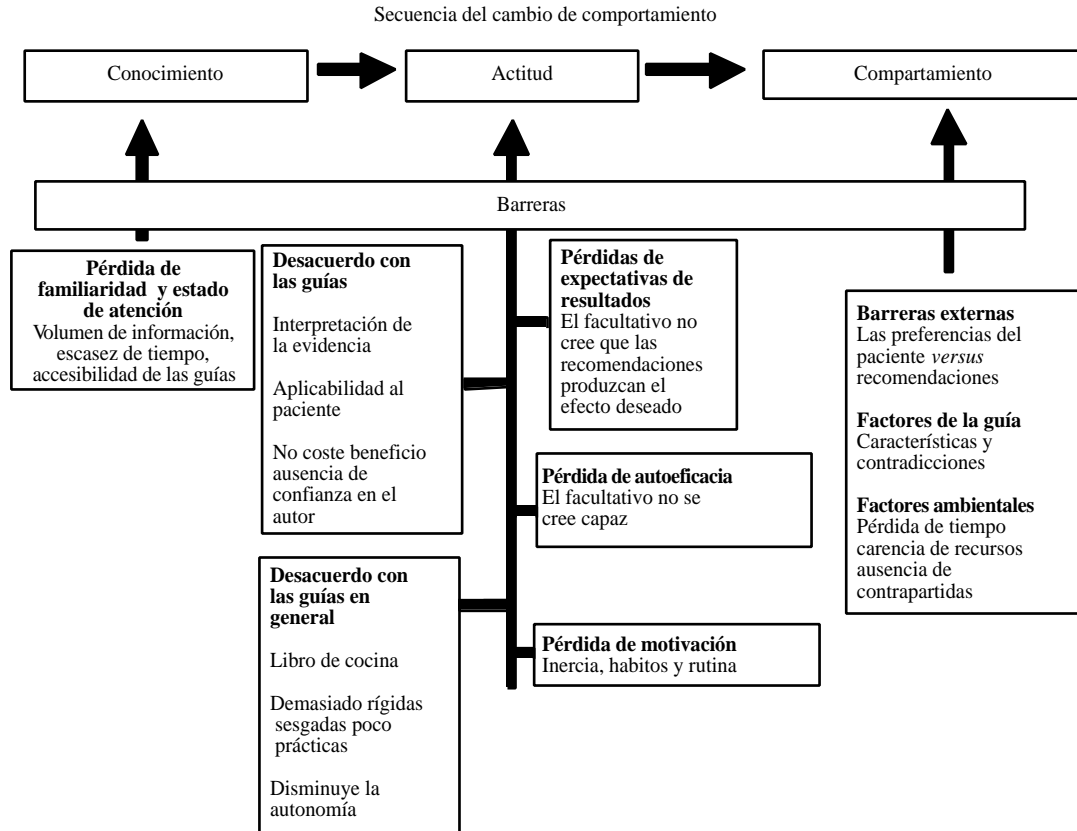


Fig. 4. Barreras en la diseminación de una GPC.

rutinarios y ofrecidos como una serie de pasos no estipulados y compartidos parcialmente por los equipos clínicos, y dependientes en gran medida de sus memorias (11). Estos cuidados son susceptibles de ser programados y protocolizados de tal manera que de antemano, tanto el facultativo como el paciente, tengan una idea muy aproximada de lo que se va a ofertar.

Las vías críticas fueron diseñadas en un principio por la industria no sanitaria con el fin de obtener una herramienta de gestión que fuera capaz de identificar y gestionar los pasos limitantes en los procesos de producción. En la industria, cualquier variación en los procesos de producción es considerado subóptimo, por ello, definir correctamente el proceso y su programación en el tiempo es uno de los objetivos prioritarios de su gestión. Con las vías los gestores pueden reconocer las áreas críticas, medir sus variaciones y con los datos obtenidos incrementar y/o mejorar la producción. La industria sanitaria no ajena al emergente mercado competitivo introduce en su gestión las vías clínicas en un intento de disminuir la variabilidad de las prácticas clínicas, disminuir el consumo de recursos e incrementar la calidad de sus servicios (12-13).

Se han introducido muchas iniciativas en las dos últimas décadas para conseguir mejorar la eficiencia clínica, tales como las guías de práctica clínica y el *audit* clínico. Dado que las prioridades de las provisiones de servicios sanitarios en los distintos servicios nacionales de salud son habitualmente decididas en el ámbito local y basadas en la evaluación de sus necesidades, cada comunidad u hospital precisa de algún método o mecanismo para identificar y evaluar los procesos de forma que se actualicen los procesos y se produzcan mejoras en los resultados obtenidos. Las vías clínicas son planes asistenciales para un proceso con un curso clínico predecible, en el que se definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las diferentes actividades de los médicos, enfermeros y otros profesionales. Las vías clínicas ofrecen por tanto, una herramienta que permite identificar, evaluar y modificar los distintos procesos que conforman los cuidados de la salud (14).

Las vías clínicas incluyen diferentes acepciones o sinónimos frecuentemente utilizados como guías, protocolos de atención, vías de atención integrada, mapas de cuidados, vías críticas, etc. Están diseñadas para un proceso específico por un equipo multidisciplinar, que revisa los procedimientos y guías de práctica clínica existentes, para posteriormente quedar transcritas en un documento. Las guías clínicas son recomendaciones consensuadas desarrolladas sistemáticamente que asesoran a los facultativos en la toma de decisiones clínicas para una determinada enfermedad. Habitualmente son utilizadas en el desarrollo de una vía clínica, aunque como en la mayoría de los procesos incluidos en una vía, éstos no han sido rigurosamente comprobados y carecen de una guía u evidencia que los sustente. Los protocolos clínicos son recomendaciones de tratamiento no basados en guías clínicas, no suelen monitorizar y evaluar los datos de la asistencia prestada, y su objetivo principal es disminuir la variabilidad de la práctica clínica (Tabla II).

TABLA II

Objetivos de las vías clínicas

- Mejorar los Resultados
- Fomentar el Trabajo en Equipo
- Implantar Guías Clínicas
- Evaluación Clínica Continua
- Involucrar a los pacientes en su atención
- Manejo de los Recursos
- Disminución de la variabilidad
- Monitorización continua mediante Indicadores
- Incremento de la consistencia de los servicios
- Manejo de Riesgos
- Compromiso con CQI

La vía se pone en marcha y cuando se contabilizan 30-50 casos, se evalúan y analizan las variaciones observadas en los resultados para identificar las oportunidades de mejora e introducir con posterioridad los cambios necesarios. Un proceso continuo similar al anterior se repite de forma cíclica, de tal manera que se la puede considerar una actividad más del proceso de mejora continua de la calidad asistencial (15).

Su papel en la implantación de un plan de mejora continua de la calidad asistencial abarca sus distintas dimensiones:

-Calidad para los profesionales: calidad científico técnica, optimización de la atención y coordinación entre los profesionales.

-Calidad para los enfermos: información, participación y satisfacción de los pacientes.

-Calidad para los gestores: al perseguir la eficiencia, la evaluación continua y la gestión de costes.

Las vías clínicas coordinan los cuidados de todas las disciplinas involucradas en un proceso determinado de manera que todas se conducen hacia unos objetivos comunes o resultados específicos para el paciente. Todos los procesos son revisados cíclicamente para que continuamente se vaya mejorando la asistencia y con ella los resultados obtenidos en los pacientes. Las vías son diseñadas por los propios facultativos, incluidas todas las disciplinas y el resto del personal no médico involucrado en la asistencia. Así, aquellas barreras que surgen habitualmente entre diferentes disciplinas, son soslayadas. Se favorece por tanto, la comunicación multidisciplinar y, por ello, la comprensión de los papeles de cada uno a la vez que se conocen las habilidades y destrezas de sus componentes. En este sentido, las vías clínicas son capaces de conseguir un acuerdo entre los facultativos y el resto del equipo multidisciplinar, sobre cómo atender una determinada patología, basando sus decisiones en documentación científica sólida.

Una de las expectativas de los pacientes es recibir el mismo tipo de atención médica que los demás: equidad en la asistencia sanitaria. El paciente no debe estar preocupado al ser atendido por un equipo u otro porque la atención en cualquier caso debe

ser la misma o al menos similar. El peligro de su aplicación radica en la posible falta de individualización o despersonalización del paciente, pero no es del todo correcto. Cuando se escoge un grupo de pacientes por su diagnóstico, condición o necesidad de un tratamiento concreto, existen una serie de características básicas que los definen y son recogidas en la vía, permitiéndose obviamente desviaciones en situaciones concretas. Se consigue en definitiva una estandarización de la prestación pero sin olvidar la existencia de características individuales en algunos pacientes.

El documento de la vía clínica acompaña al paciente desde el momento de su ingreso y está abierto a su consulta. En el primer contacto con él, el facultativo comenta al paciente la vía haciendo especial énfasis en el aspecto funcional como documento anticipatorio de su plan de servicios. De esta forma el paciente conoce *a priori* su plan de cuidados y además puede contribuir en él participando activamente en el proceso. La vía para el paciente se asemeja a un mapa que le permite conocer hacia dónde se dirige, los pasos a seguir y cuándo finaliza. Se obtiene por ello un doble beneficio, por un lado el paciente se encuentra mejor informado y por otro favorece su participación activa (Tabla III).

TABLA III

Elementos de una vía clínica

- Selección de los casos o grupos de pacientes
- Determinar un marco temporal
- Establecer objetivos y resultados
- Mapa o cuadro anticipatorio de los cuidados
- Documentar varianzas
- Análisis de las varianzas
- Retroalimentación al equipo local

En el aspecto puramente económico, las vías son capaces de controlar los recursos ayudando a controlar y evitar intervenciones inapropiadas. La vía nos sugiere las pruebas e intervenciones correctas en cada momento para un determinado grupo de pacientes, a la vez que proporciona una guía para aquellos nuevos facultativos que se integran en la organización y desconocen la metodología de trabajo del centro (Fig. 5). Otros efectos destacables de las vías, son su impacto sobre el consumo de recursos no clínicos tales como la duración de las estancias de los pacientes, la disminución del tiempo dedicado por los facultativos en cumplimentar su documentación y la coordinación entre los distintos equipos de facultativos, incrementando así la productividad.

Las vías son en esencia guías de práctica clínica diseminadas localmente en la organización por un programa educativo e integradas en unos documentos. Son habitualmente utilizadas por los facultativos en distintas situaciones de la práctica diaria, conside-

Grupo de pacientes	Apendicitis complicada
Parámetros	desde la llegada a Urgencias hasta su alta
División temporal	Hora a hora en Urgencias Día a día en la planta
Objetivos	
24 horas	diagnóstico preoperatorio cirugía
72 horas	Control del dolor evaluación médica tratamiento antibiótico información al paciente
6 días	asintomático tolerancia oral criterios de alta

Fig. 5. Estructura básica de una vía clínica.

rando las circunstancias locales del entorno y reflejando la mejor práctica clínica local. Su relación intrínseca con las guías de práctica clínica se establece al convertirse en la herramienta de mayor éxito para el uso e integración de las guías en la práctica clínica.

El primer estadio del desarrollo de una vía clínica es la selección del tipo de caso o grupo de pacientes. El agrupamiento de los pacientes debe realizarse basándose en el diagnóstico, procedimiento, necesidades del paciente o tratamiento. La selección debe realizarse por el equipo local que posee los conocimientos y la experiencia clínica sobre qué tipo de casos presentan características de actuación comunes.

Posteriormente se periodifica el trabajo en una matriz temporal. Se establece el punto de inicio y el momento en que debe finalizar. Se concreta un mapa temporal de prestación de los cuidados donde se encuentran especificadas día a día todas y cada una de las intervenciones, pruebas diagnósticas o tratamientos y por quién debe ser realizado. El equipo concreta de esta forma los objetivos o resultados que deben obtenerse en cada paciente y que son monitorizados cuando se analiza la vía.

La elaboración de la vía comprende una matriz definitiva, una hoja de verificación con órdenes de tratamiento, hoja de variaciones, hoja de información de pacientes, encuesta de satisfacción y hoja con indicadores y estándares. Tras un consenso entre todas las partes implicadas en su elaboración, se establece un cronograma de implantación y unas fases piloto. La posterior evaluación de resultados preliminares condiciona la remodelación e implantación definitiva de la vía clínica (Fig. 6).

Documentos incorporados en una vía clínica

Una cuestión importante en la puesta en marcha de una vía es que la documentación previa de

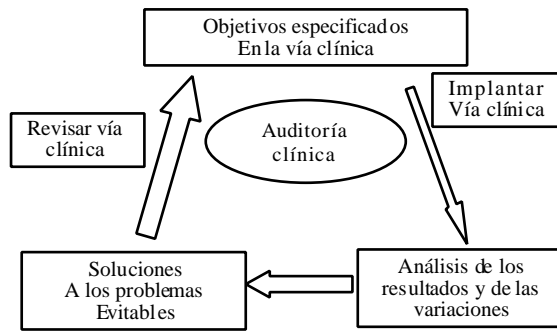


Fig. 6. Estrategia para la implantación de una vía clínica.

la historia clínica, evolución y tratamiento, tanto de enfermería como de los facultativos, es sustituida por los documentos que constituyen la vía. La documentación que compone la vía se estructuran en:

Matriz temporal: en un eje de abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días –o en ocasiones por horas– y la ubicación del enfermo. En el eje de ordenadas se distribuyen las acciones e intervenciones que se realizan sobre el enfermo (test diagnósticos, tratamientos médicos, enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, información al paciente y criterios de ingreso o de alta).

Hoja de verificación

Hojas de tratamiento estándar donde se desglosa por días o turnos todo lo indicado en la matriz, detallando los fármacos que se le van a administrar al paciente, cuidados de enfermería y otros tratamientos no especificados.

Hoja de tratamiento en blanco

Hoja de variaciones donde se registran todas las desviaciones de la vía. Se compone de las diferencias existentes entre lo proyectado y lo realizado que no consta en la matriz, y también recoge los efectos adversos.

Hoja de información al paciente: incluye una serie de dibujos que informan al paciente y a sus familiares de la evolución más frecuente del proceso. Encuesta de satisfacción del paciente: se le entrega el día anterior al alta de forma anónima. El paciente expresa su opinión de la atención y cuidados que se le han prestado.

Hoja de recomendaciones al alta

Indicadores de la evaluación de la vía: cumplimiento de la estancia media estimada, de efectividad de la atención médica, cuidados de enfermería, medicación y satisfacción del paciente.

Posibles barreras en la puesta en marcha de una vía clínica

Muchos son los factores que impiden la posible diseminación de una vía clínica. Como en cualquier organización, la introducción de cambios se acompaña de resistencia al mismo. La cultura de la organización constituye un factor primordial, tanto como la existencia de gestores y clínicos que lideren y sepan conducir a la organización. Es fundamental la acertada elección de un coordinador de la vía capacitado y comprometido con la puesta en práctica y su desarrollo.

La ausencia de evidencias científicas es otro de los puntos que impiden el desarrollo de una vía. A diferencia de las guías que se fundamentan en el consenso y la existencia de evidencias científicas de diversa calidad, las vías en muchos de sus pasos no se pueden apoyar en una evidencia demostrable, causando de esta manera controversia y desconfianza entre los facultativos, y, por ello, cierto grado de resistencia a su utilización.

Aunque en un principio las vías están diseñadas con el objetivo de disminuir tiempo al facultativo en sus tareas administrativas, sustituyendo una serie de documentos clínicos habituales, incluidas la historia clínica y la hoja de prescripción médica, en realidad se cambian una serie de documentos por otros sin que quede muy claro un efectivo ahorro de tiempo. Si se añade al tiempo consumido en la realización y diseño de la vía, la evaluación y análisis de las variaciones, es más que posible que se incremente el tiempo dedicado por el facultativo a labores de carácter administrativo (Tabla IV).

TABLA IV

Barreras para la implantación de las vías clínicas

- Falta de cultura de trabajo en equipo y mejora continua
- Dificultad en el diseño por ausencia de experiencia
- Resistencia al cambio de los facultativos, rechazo a la evaluación continua
- Desconfianza por ausencia de evidencias científicas
- Obstrucción por políticas personales
- Apoyo de los gestores para reducir costes, crea desconfianza
- Ausencia de estudios de evaluación sobre la implantación de vías clínicas
- Dificultades en ocasiones para adscribir un paciente a una vía
- Dificultad para la elección de un coordinador adecuado

También preocupa al médico la posible interferencia que genera sobre su independencia de criterio a la hora de decidir sobre el paciente, tal y como sucede con las guías de práctica clínica, concebidas como *libros de cocina* por sus detractores.

La posibilidad de ahogar la innovación y el progreso ha sido también apuntada, sin embargo, un correcto diseño y un proceso de implantación adecuado, que incluya la revisión de las evidencias y la incorporación de innovaciones dentro de un proceso de mejora continua, deberían disipar las dudas al respecto.

Las vías sólo se aplican a subgrupos de la población total de pacientes, siendo más fáciles de desarrollar e implantar en procesos quirúrgicos con un curso predecible, a diferencia de los pacientes clínicos con numerosas complicaciones y comorbilidad asociada o que tienen un diagnóstico inicial incierto.

Deben incluirse en un programa general sobre cuidados de la salud que responda a las necesidades de información de los clínicos, que sea capaz de traducir fielmente la evidencia válida a guías y vías, que promueva su implantación y se adapte al entorno local, incorporando las preferencias de pacientes y evaluando el proceso y los resultados. Para cerrar el ciclo de mejora continua de calidad, el equipo de gestión de la enfermedad debería proporcionar revisiones bibliográficas recientes y actualizadas, y ofrecer a los clínicos un *feed-back* acerca del registro y las medidas del proceso y los resultados que se han obtenido tras su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fink A, Kosecoff J, Chassin M. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-83.
2. Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a new program. In Field MJ, Lohr KN, editors. Washington DC: National Academy Press 1990.
3. Thomas S. Standard setting in the Netherlands: impact of the human factor on guideline development. *BR J Gen Pract* 1994; 44: 242-3.
4. Fink A, Kosecoff J, Chassin M. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-83.
5. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Cees in't Veld, Rutten Guy, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines in general practice: observacional study. *BMJ* 1998;317:858-61.
6. Madhok R, Thomson RG, Mordue A, Mendelow AD, Barker J. An audit of distribution and use of guidelines for the management of head injury. *Quality in Health Care* 1993; 2: 27-30.
7. Grimshaw J, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines. II. Ensuring that guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* 1994; 3: 45-52.
8. Shaw CD. Criterion based audit. *BMJ* 1990; 300: 649-51.
9. Haycox A, Bagust A, Walley T. Clinical Guidelines - The hidden cost. *BMJ* 1999; 318: 391-93.
10. Cabana MD, Rand C, Powe NR, Wu AW, Wilson M, Abboud P, Rubin H. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282: 1458-66.
11. Mapping out the patient's journey: experiences of developing pathways of care. *Quality in Health Care* 1998; 7 (suppl): s30-36.
12. Every NR, Hochman J, Becker R, Kopecky S, Cannon C. Critical Pathways. *Circulation* 2000; 101: 461-5.
13. Ogilvie-Harris DJ, Botsford DJ and Worden Hawker R. Elderly Patients with hip fractures: improved outcome with the use of care maps with high-quality medical and nursing protocols. *J Orth Traum* 1993;7: 428-37.
14. Jonson S. Pathways of care. Blackwell Science. London 1997.
15. Weiland DE. Why use clinical pathways rather than practice guidelines? *Am J Sur* 1997; 174: 592-595.
16. A controlled clinical trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA* 2000; 283: 749-55