

## ¿DEBEMOS IMPLICARNOS EN EL DESARROLLO DE VÍAS CLÍNICAS?

Las vías clínicas comenzaron a aplicarse tímidamente en el ámbito sanitario hace ya más de veinte años y en la actualidad están implantadas, fundamentalmente en los países anglosajones, en numerosas especialidades médicas y quirúrgicas. En España estas guías de actuación práctica tienen, aún, un ámbito de funcionamiento bastante más limitado. De hecho las referencias bibliográficas sobre vías clínicas implantadas y evaluadas en nuestro medio son escasas<sup>1-4</sup> y no conocemos, hasta el momento, ninguna publicación nacional sobre vías clínicas aplicadas dentro de nuestra especialidad. Sin embargo, las vías clínicas representan hoy día, probablemente, el paradigma ideal de estandarización de los cuidados sanitarios para optimizar la eficiencia hospitalaria en una época en la que es imperativo armonizar la necesidad de alcanzar las mayores cotas posibles de calidad asistencial con la obligación de efectuar el uso más racional de los limitados recursos.

Aplicadas ya a multitud de patologías, algunas propias de nuestra especialidad, las vías clínicas han ido mostrando, cada vez de forma más consistente, importantes beneficios como disminuir la duración de las estancias hospitalarias, mejorar la utilización de los recursos sanitarios y reducir costes. Todo ello se logra no sólo sin comprometer el bienestar de los pacientes ni los resultados alcanzados en los diferentes procesos sino, además, reduciendo la frecuencia de complicaciones postoperatorias y de reingresos e incrementando la satisfacción de los enfermos<sup>5-7</sup>.

Una vía clínica (también llamada, a veces, vía crítica, mapa de cuidados o vía de atención multidisciplinaria) se puede definir como un plan o programa asistencial multi o, mejor, interdisciplinario que ensambla, de modo eficaz y racional, las numerosas intervenciones sanitarias realizadas en situaciones determinadas. En ellas se estandariza y se perfila en detalle la secuencia óptima y el momento oportuno para poner en marcha los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tanto del personal médico como del personal de enfermería, dirigidos a una población específica de pacientes, homogénea y previamente definida con precisión, en un período concreto de tiempo y en un medio concreto. Pueden desarrollarse, por ejemplo, para enfermos con presencia de un mismo síntoma predominante<sup>8</sup>, con un mismo diagnóstico<sup>9</sup> o que hayan sido sometidos al mismo tipo de intervención quirúrgica<sup>10,11</sup>. En las vías clínicas se detallan, de forma escrita y reproducible, para favorecer la uniformidad asistencial, los objetivos y las actuaciones concretas de cada día y de cada profesional sanitario implicado en la atención del paciente, tales como consultas, pruebas diagnósticas, modo de valorar los resultados, tratamientos (de enfermería, farmacológicos, dietéticos o con agentes físicos), nivel de actividad aconsejado, tipo y manera de dar la información al paciente y a sus familiares y modo de planificar el alta. Todo ello pretende favorecer la coordinación, evitar los cuidados redundantes, o la omisión de cuidados, y evitar la variabilidad que no sea deseable en la práctica diaria. Es, por otro lado, un instrumento flexible ya que permite tener en cuenta los casos donde ocurran desviaciones del camino ideal prefijado o variaciones individuales, facilitando la detección y el tratamiento precoz de las posibles complicaciones<sup>12</sup>.

Las vías clínicas serían la forma operativa de aplicar, en la gestión de procesos los principios de la medicina basada en la evidencia, haciendo posible la integración y el desarrollo de guías de práctica clínica, protocolos y algoritmos terapéuticos. Entre las ventajas más importantes de las vías clínicas cabe destacar que favorecen el consenso y la comunicación interdisciplinaria, anticipan potenciales problemas asistenciales, evalúan mejor los objetivos planteados (a diferentes plazos de tiempo), facilitan la comparación con estándares asistenciales previamente definidos y posibilitan innovar soluciones<sup>13</sup>. Además permiten sistematizar mejor la manera de recoger, en la historia clínica, los datos relevantes y de analizarlos con más precisión. Para esto la informática puede ser, también, una ágil herramienta de gran valor práctico<sup>14</sup>.

La selección de los procesos más idóneos para el diseño y el desarrollo de las vías clínicas se realiza priorizando los criterios de: elevada prevalencia de sujetos afectados, alto riesgo o elevado

coste del proceso y/o especial necesidad de coordinación entre los diferentes profesionales implicados<sup>4</sup>. La Rehabilitación es una especialidad en la que atendemos pacientes donde concurren con frecuencia, sobre todo dentro del marco hospitalario pero también fuera del mismo, muchos de esos factores. Existen publicaciones internacionales sobre vías clínicas de utilidad en nuestro ámbito, fundamentalmente en patología ortopédica quirúrgica<sup>10,12,15,16</sup>, pero su campo de aplicación es bastante más amplio.

Las vías clínicas han mostrado importantes beneficios que superan las indudables dificultades prácticas para diseñar y desarrollar estos instrumentos de trabajo y el inconveniente de tener que ir las actualizando periódicamente a la luz de las nuevas evidencias científicas. Su implementación puede ser, además, un camino interesante para favorecer nuestra comunicación y coordinación con otros especialistas y, sobre todo, con los profesionales de nuestros propios equipos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas).

Dr. Fernando García Pérez  
Dr. Mariano Tomás Flórez García  
*Médicos Especialistas de Rehabilitación*  
*Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid)*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ibarra VL. Spine update. Clinical pathways. Spine 1997;22:352-7.
2. Padilla León M, Marchal Escalona C, Caballero Alcántara J, Padilla León F, Lucas de Vega IM. Shared care in BPH. First national experience. Actas Urol Esp 1998;22:478-83.
3. Núñez Mora C, Ríos González E, Chamorro Ramos L, de Cabo Ripoll M, Tabernero Gómez A, Martínez-Piñero Lorenzo L, et al. Implantación de una vía clínica para la prostatectomía radical. Arch Esp Urol 1999;52:1051-9.
4. Isla-Guerrero A, Chamorro-Ramos L, Álvarez-Ruiz F, Aranda-Armengod B, Sarmiento-Martínez MA, Pérez-Álvarez M, et al. Diseño, implantación y resultados de la vía clínica para la cirugía de la hernia de disco lumbar. Neurocirugía 2001;12:409-18.
5. Blegen MA, Reiter RC, Goode CJ, Murphy RR. Outcome of hospital-based managed care. A multivariate analysis of cost and quality. Obstet Gynecol 1995;86:809-14.
6. Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaría NM, Choong FM. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomized study. Med J Aust 1999;170:59-62.
7. Pearson S, Moraw I, Maddern GJ. Clinical pathway management of total knee arthroplasty: a retrospective comparative study. Aust N Z J Surg 2000;70:351-4.
8. Weingarten S, Riedinger M, Conner I. Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain: an interventional trial. Ann Intern Med 1994;120:257-63.
9. Wentworth DA, Atkinson RP. Implementation of an acute stroke program decreases hospitalization costs and length of stay. Stroke 1996;27:1040-3.
10. Mabrey JD, Toohey JS, Armstrong DA, Lavery L, Wammack L. Clinical pathway management of total knee arthroplasty. Clin Orthop 1997;345:125-33.
11. Bala J, Kent J, Ceria CD, Vioria J. A 24-hour care map for back surgery. Nurs Care Manag 1997;2:162-7.
12. Harlan K, Meiring A. Total knee arthroplasty clinical pathway. Hosp Case Manag 1999;7:49-54.
13. Hanchett M, Enright C. Revising outcome measures for an established pathway. Hosp Case Manag 2000;8:183-6.
14. Bumbiedro Alcántara S, Flórez García MT, Echávarri Pérez C, García Pérez F, Pavón de Paz M, Criado Fernández B, et al. Vía clínica informatizada en prótesis de rodilla. Comunicación al VI Congreso Transpirenaico de Rehabilitación y Medicina Física; Tarragona; 23-24 noviembre 2001.
15. Wammack L, Mabrey JD. Outcomes assessment of total hip and total knee arthroplasty: critical pathways, variance analysis and continuous quality improvement. Clin Nurs Spec 1998;12:122-31.
16. Choong PF, Langford AK, Dowsey MM, Santamaría NM. Clinical pathway for fractured neck of femur: a prospective controlled study. Med J Aust 2000;172:423-6.