

# Las vías clínicas. Su papel en la implantación de mejoras en la calidad asistencial

**Ignacio Marín y Asunción Navarro**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Valme. Sevilla. España.*

Este artículo se ha financiado en parte con fondos de la Junta de Andalucía para ayudas a grupos de investigación: CTS-306.

Nuevamente en el presente número se presentan los resultados de la evaluación de una vía clínica<sup>1</sup>. Es una buena ocasión para situar dicho original en un contexto más amplio: estamos ante la auditoría sobre una intervención para implantación de cambios en la práctica de los profesionales.

La investigación sobre los procesos de mejora de la calidad pueden poner el énfasis en toda una variedad de elementos igualmente relevantes, sean los estudios que diagnostican problemas de calidad (como los estudios de adecuación y variabilidad), las publicaciones relacionadas con herramientas para generación de estándares de buena práctica (como las guías de práctica clínica [GPC] o las vías clínicas), los análisis de evaluación de cambios (como las auditorías y medición de resultados). Todos los enfoques permiten identificar nuevos aspectos susceptibles de mejora, para continuar con el proceso de nutrir el llamado ciclo de calidad<sup>2</sup>.

El contexto que relaciona todos estos elementos es el campo de conocimiento sobre la introducción de cambios en la conducta de las personas (los profesionales). Al final, la investigación sobre mejora de la calidad debe pretender mejorar nuestro conocimiento sobre cómo cambiar la práctica, aportar luz sobre si el modo de implantación de los cambios funciona o no y por qué<sup>3</sup>.

Brevemente vamos a revisar dos elementos dentro de un modelo general del diseño y comunicación de investigación sobre implantación de cambios: los cambios en la conducta de los profesionales y la auditoría como elemento de evaluación de la implantación de cambios:

**1. Los cambios en la conducta de los profesionales.** Modificar la conducta de las personas no es tarea fácil. Cuando en el ámbito de la sanidad se propone introducir mejoras en la práctica asistencial, aparece un problema añadido, el de la autonomía de la que gozan los profesionales en las decisiones del día a día. Parte de las funciones del vértice de las organizaciones sanitarias son armonizar y tratar de predecir el conjunto de las decisiones a partir del estándar que se desea cumplir.

Los instrumentos de normalización de las decisiones se han constituido como una propuesta aceptable de armonización tanto para la autoridad como para los profesionales sanitarios, ya que sistematizan la eventual dispersión de decisiones y facilitan las funciones de coordinación en la ejecución de la asistencia. Entre estos instrumentos destacan en los últimos años las GPC y vías clínicas<sup>2</sup>.

El problema de adaptar las decisiones a las normas se centra por tanto en cómo prever, garantizar, incrementar y medir *el efecto* de los mencionados instrumentos de armoni-

zación –guías, vías y protocolos– en las decisiones de los profesionales sanitarios. El éxito de tal empeño depende a su vez de tres factores: la credibilidad del estándar propuesto, el proceso de implantación del estándar en los diferentes contextos organizativos y la medición del efecto que permita comprobar la mejora y promover nuevos cambios<sup>4</sup>.

El estándar: podemos estar implantando las más adecuadas decisiones basadas en la mejor evidencia y adaptadas a un entorno particular o específico, o bien las decisiones que por consenso se han creído convenientes. De ahí la importancia del estándar, debe estar basado en evidencias de que mejora los resultados en pacientes, pues si no hay riesgos de que debiliten la fuerza moral del programa de mejora, el compromiso y la profesionalidad de los intervinientes<sup>5</sup>.

El proceso de implantación: dotar de un estándar a una organización es algo más que difundirlo, es conocer a qué aspecto estructural, funcional o de conocimiento se pretende influir con el estándar, y si su contenido y formato son los idóneos para la práctica que se pretende cambiar; así como discernir y predecir si la organización la acepta y adopta como necesaria.

Consiste en un proceso complejo y sistemático de tratar de introducir cambios que mejoren la situación deficiente identificada<sup>4,5</sup>, que consta de seis fases consecutivas:

1. Qué aspecto se pretende cambiar (guiar).
- 2.Cuál es la herramienta idónea para introducir el cambio en los actores a los que se dirige la guía.
3. Qué características de validez, fiabilidad y credibilidad en su contenido, desarrollo y formato debe tener la herramienta (guía/vía) para ser aceptada por quienes son sus receptores.
- 4.Cuál es la estrategia más idónea para implantar el cambio, para superar las barreras hacia la calidad.
5. Cómo se miden los efectos positivos y negativos de la implantación.
- 6.Cuál es el resultado final sobre los pacientes, y desenlaces intermedios, de los cambios que se querían introducir.

La medición del efecto: ésta se puede hacer con auditorías ad hoc, con estudios de investigación o mediante herramientas sistemáticas de control de cambios. Los estudios de investigación se reservan para situaciones o efectos en los que hay que validar herramientas o sistemas de ajuste de efecto. Las auditorías permiten medir puntualmente una situación de calidad habitualmente antes y después de que se haya intentado modificarla de algún modo. Para los gestores de la calidad, la situación ideal es el control continuo me-

diente herramientas de control de cambios, los cuadros de evolución de tendencia, que permiten tener un registro dinámico a lo largo del tiempo sobre la evolución de cómo la práctica asistencial cumple con los estándares<sup>4</sup>.

Habría sido muy conveniente que los autores hubieran reflexionado sobre las causas por las que no se cubrieron las expectativas sobre las estancias, sobre todo en las apendicitis complicadas<sup>1</sup>. El análisis de las barreras al cambio permite diseñar intervenciones (modificaciones de la vía, en nuestro caso) que refinen la dinámica de mejora de la calidad.

En el caso de la utilización de una vía clínica para la mejora de la calidad, conviene recordar la definición de calidad como la situación en que se hace lo que se debe hacer, a quien se debe hacer, cuando se debe hacer y como se debe hacer. Con las vías clínicas se pretende influir en qué se hace y cuándo se hace, pero no se influye en las decisiones de a quién o cómo se hacen, aquellas decisiones más relacionadas con la adecuación (las indicaciones)<sup>5</sup>.

Para cambiar decisiones con incertidumbre, por ejemplo del tipo ¿qué antibiótico prescribir?, es preciso fundamentarle al clínico con evidencias científicas que apoyen o corrijan (guíen) sus tendencias, y pueden ser más útiles otras herramientas, como las GPC. Si la vía no está basada en la evidencia científica, no se puede hablar de “adecuación” de la práctica, sino de cumplimiento con el estándar fijado, que puede no ser el idóneo para los pacientes, aunque sea el convenido.

De este modo las vías y GPC van unidas en su función de mejorar la calidad, pues las vías suelen ser la expresión local y en un circuito asistencial concreto del conocimiento recogido en una GPC.

En el trabajo de Pérez Blanco et al<sup>1</sup>, publicado en este número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, ¿cuáles eran los objetivos que se pretendía mejorar con la vía?

La evaluación de su implantación lo que debe tener en cuenta es si se está desarrollando el proceso asistencial tal como está previsto en la vía, “qué se hace” o “cuándo se hace”, pero no los desenlaces dependientes de “cómo se hace”. Si uno de estos objetivos era fijar el día de alta, la auditoría comprobará si está discurrendo tal y como se ordena en la vía. Por ello, si el cumplimiento no es pleno, debe valorarse las causas de tal desviación. En este sentido, la prescripción de analgésicos demuestra que es la prefijada, pero sin valorar que sea la idónea, pues de hecho no se evalúa el efecto de dicha analgesia, ni se compara con el control histórico.

**2. La auditoría como elemento de la implantación de cambios.** En ocasiones se minusvalora la evaluación por auditoría sobre procesos locales de mejora de calidad, alegando que tienen poco valor científico al no ser ensayos clínicos que permitan dilucidar si una intervención funciona o no. Sin embargo, mucho es lo que estas auditorías enseñan a los que las realizan y a los que los analizan, bien como investigadores o como potenciales usuarios de las experiencias que exponen<sup>3</sup>.

Qué podemos aprender de análisis como el publicado en este número, qué es generalizable de sus hallazgos:

- A hacer mejor la implantación y evaluación. Depurar la aproximación realizada (no cometer los mismos errores).

- A emular su experiencia.
- A narrar mejor la experiencia.

Para enfocar la primera cuestión de si es mejorable la implantación evaluada, hay que hacerse algunas preguntas: ¿cómo se hizo la vía?, ¿de dónde salió?, ¿está basada en la evidencia (aplica una GPC-BE) o es un proceso informal entre implicados para organizar el proceso asistencial?, ¿cuáles son sus principales recomendaciones?<sup>2,4</sup>.

No comentan los autores<sup>1</sup> que la vía esté basada en las mejores evidencias disponibles, por tanto puede ser una conveniencia entre ellos y así se puede poner orden en la actividad, pero si no está basada en las mejores evidencias disponibles sobre los desenlaces, puede no mejorar los resultados en pacientes. Es más, ése puede no ser el objetivo de la vía, ni hay que darlo por hecho.

La principal conclusión generalizable es que permite identificar nuevos aspectos o necesidades de mejora y adaptar la vía clínica a ellos (prescripción de analgésicos o fijación de la estancia, entre otros). A la vista de los resultados que presentan, mejoran lo que les preocupa; por lo que otra lección a sacar del estudio es identificar qué cambios hacer en la vía y cómo llevarlos a cabo, para ajustarlos a los objetivos pretendidos.

Es importante que estas auditorías de evaluación se integren en un marco más general de ciclo de mejora de la calidad, para sacarlos de actividades esporádicas que a la postre resultan anecdóticas, e integrarlas plenamente en el tercer paso del ciclo de mejora: planifica, ejecuta, estudia y actúa<sup>4,5</sup>.

En este tipo de estudios, las mediciones deben ser simples y la estadística, no sofisticada, simplemente para garantizar la fiabilidad de los datos. No son estudios para realizar inferencias, ni se pretende buscar estimadores ajustados de una “verdad”, sino comprobar honestamente que los objetivos se están cumpliendo o no<sup>3</sup>. Por eso no aporta nada el estudio de la satisfacción, que no es comparativo.

Con la publicación de este tipo de estudios se ayuda a cerrar el ciclo de mejora de calidad, un aspecto en que muchos proyectos fallan, el de evaluar.

## El contexto: la investigación sobre implantación de cambios, su diseño y comunicación

Este tipo de proyectos de evaluación a pequeñas escalas se desarrollan con algunos de estos cuatro objetivos: monitorizar el impacto de una iniciativa a lo largo del tiempo (auditoría con enfoque específico); identificar problemas de la intervención para actuar mientras se implanta (estudios de proceso de implantación); comparar datos entre estudios locales (estudios de casos múltiples), o indagar en algún hallazgo concreto dentro de un proyecto más amplio de mejora de la calidad (estudios de evaluación de procesos)<sup>3</sup>.

De los cuatro tipos de evaluaciones contemplados en proyectos de mejora a pequeña escala, el que se presenta en este número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL<sup>1</sup> se sitúa en los primeros dos enfoques, se realizan para aprender dentro del proyecto, más que para generalizar aprendizajes, que es el objetivo de los últimos dos enfoques. Desde la perspectiva de

la metodología de investigación, este tipo de estudios se correspondería con los realizados en las fases tempranas para fármacos, fases 1 y 2, que permiten conocer si las intervenciones son efectivas, si tienen efectos adversos y cuál es la dosis más adecuada, como paso previo a su evaluación en grandes ensayos clínicos de modificación de los desenlaces en salud de grandes grupos de pacientes, que correspondería a las fases 3 y 4 de la evaluación de fármacos<sup>3</sup>.

Sin embargo, algunas lecciones podemos extraer y generalizar para los lectores, a pesar del limitado objetivo de este estudio de auditoría con enfoque acotado (evaluar el efecto de la implantación de una vía, en un centro concreto, para un proceso específico), que puede estar muy alejado de las rutinas del lector.

La primera es el hecho en sí de evaluar, que no tiene por qué ser un hecho separado, sino más bien integrado en el diseño de la implantación de la propia iniciativa de cambio (en este caso la vía clínica). Los proyectos de mejora de calidad a pequeña escala local ofrecen mucho que aprender a quien lo realiza: ya que identifican y sacan a la luz aspectos concretos relacionados con los procesos, y permiten comparar proyectos locales para sacar lecciones que mejoren las iniciativas y optimicen las intervenciones y el uso de recursos<sup>3,5</sup>.

Otra enseñanza es que el análisis estadístico ha de ser poco "formalista" y más utilitario. Si se aclara desde el inicio qué se considera un hallazgo relevante por el que merecía la pena implantar la vía clínica, basta con comprobar que se ha alcanzado o no tal magnitud de cambio buscada como desenlace.

Bien es cierto que la dificultad estriba en garantizar que la recogida de datos es válida y fiable, que el ajuste por complejidad es el correcto y que los cambios no se han producido por azar. Una forma de abordar estos problemas de un modo sostenible es utilizar sistemas validados de ajustes de riesgo

y recogida de datos con sistemas de evaluación estadística incorporados en la implantación de la propia vía clínica, como los cuadros de control o cuadros de mando<sup>4</sup>. Se trata de organizar la recogida de datos ligada a la implantación para facilitar la evaluación posterior y dejar la vía integrada en un ciclo de calidad<sup>5</sup>.

También hubiera incrementado el interés del trabajo abordar otros aspectos que pueden ser útiles a los lectores, entre ellos, cómo se ha implantado la vía, o el análisis cualitativo de qué no ha gustado a los profesionales del proceso de implantación de la vía<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Pérez Blanco V, García Caballero J, Ureña Vilardell V, Martínez L, Díez Sebastián J, Reoyo A, et al. Evaluación de una vía clínica para la apendicitis infantil tras dos años de implantación. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:113-7.
2. Briones Pérez de la Blanca E, Marín León I, De Villar Conde E. Prólogo a la Edición Española. En: Thorsen T, Mäkelä M, editores. *Cambiar la práctica de los profesionales*. Sevilla: AETSA; 2002. p. 11-5.
3. Harvey G, Wensing M. Methods for evaluation of small scale quality improvement projects. En: Grol R, Baker R, Moss F, editores. *Quality improvement research: understanding the science of change in health care*. London: BMJ Books; 2004. p.133-46.
4. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9:23-36.
5. Waterman H, Tillen D, Dickson R, De Koning K. Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*. 2001;5:iii-157.