

¿El retorno del AEP? Vigencia y cambios en su utilización

Susana Lorenzo

Fundación Hospital Alcorcón, y editora de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

*«Sentir, que es un soplo la vida,
que veinte años no es nada,
que febril la mirada
errante en las sombras
te busca y te nombra...»
Volver (1935)*

MÚSICA: CARLOS GARDEL.

LETRA: ALFREDO LE PERA.

Los trabajos iniciales de Gertman y Restuccia para el desarrollo del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) se remontan a hace más de 20 años¹ y de esa misma época son las recomendaciones de Donabedian² para no reducir de forma absoluta la utilización hospitalaria innecesaria, sugiriendo que esto implicaría también un problema de inadecuación por infrautilización, al tiempo que recordaba que los protocolos de evaluación existentes no eran más que meros instrumentos de cribado.

¿Continúa vigente el AEP dos décadas después de su creación? La respuesta a esta pregunta es sencillamente sí. El AEP y los instrumentos similares continúan utilizándose incluso en nuestro entorno^{3,4}, y su aplicación aún provoca debates metodológicos^{5,6}.

Al revisar los trabajos publicados³⁻⁶ encontramos que los problemas identificados, pese al tiempo transcurrido, continúan siendo los mismos: los ingresos y las estancias inadecuados y la variabilidad en la práctica clínica; a la vista está⁷ que las soluciones más sencillas siguen siendo las mejores y las más originales. Eso sí, no sin contar con los clínicos.

Sin embargo, a lo largo del tiempo se observa una serie de diferencias en la aplicación de estos instrumentos. En los numerosos ámbitos de utilización la mayoría de los estudios publicados utiliza instrumentos basados en criterios explícitos. Se observa una evolución paulatina desde los trabajos meramente descriptivos hacia las intervenciones para modificar la práctica clínica. Inicialmente en España el AEP se ha empleado en estudios de investigación, para identificar problemas organizativos de los hospitales en los que se ha aplicado, pautas de hospitalización conservadoras, flujos de pacientes y circuitos de pruebas diagnósticas optimizables, generalmente con objetivos de mejora de calidad³. Sin embargo, podemos observar cómo su uso se extiende rápidamente a todo el ámbito sanitario y comienza a emplearse como instrumento de gestión clínica y por los propios médicos.

El trabajo que se publica en este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL (RCA)⁷ presenta un instrumento sencillo y útil, el adeQhos®, para su aplicación por parte de los facultativos que, al mismo tiempo, posibilita su aplicación de forma concurrente. Y es muy probable que su implantación en algún formato compatible con la historia clínica electrónica facilite aún más su aplicación. El uso de instrumentos de evaluación autoadministrables permite centrar la atención en los procesos operativos del hospital en los que se han detectado problemas de forma inmediata, llegando incluso a establecer estándares para algunos de ellos⁸. Por tanto, su utilidad al aplicar estrategias de gestión de procesos en organizaciones sanitarias está fuera de toda duda.

Ahora bien, si consideramos la perspectiva de los diferentes agentes implicados en el proceso asistencial, los puntos de vista serán diferentes⁴. La monitorización de la práctica clínica por parte de los clínicos resulta siempre positiva, ya que los facultativos dejan de sentirse auditados para convertirse en parte activa, con lo que se mejora la calidad de la atención que prestan. Como consecuencia se producirá el descenso de la proporción de días de estancia innecesarios –como en el caso del trabajo que se presenta– y la estandarización de los estilos de práctica de la que se beneficiarán tanto los clínicos implicados como los pacientes que reciben asistencia sanitaria. ¿Y para los gestores?, ¿qué consecuencias directas e indirectas tendrán estas estrategias?, ¿qué mejoras pretendemos? La justificación de éstas parece clara, dado que se han conseguido evidentes mejoras en los centros evaluados para los problemas encontrados en cada organización: optimización de circuitos de ingreso y de pruebas complementarias, descenso en la estancia media, etc. ¿Y para los pacientes?: cada vez más expresan su interés en participar de forma activa en la toma de decisiones clínicas, y para ello precisan información completa, clara y veraz, que contemple la especificación de opciones y alternativas⁹; aunque en general los pacientes tienden a valorar más la percepción subjetiva de su implicación en la toma de decisiones que la contribución real que puedan ejercer.

El análisis de la hospitalización innecesaria permite, por un lado, optimizar la utilización de las camas hospitalarias y, por otro, sirve para identificar las necesidades de dotación de otro tipo de unidades (corta estancia, centros sociosanitarios, unidades de cuidados paliativos, etc.); el problema estriba en que una vez éstas están identificadas no suele estar al alcance de los gestores de las organizaciones sanitarias dotar el área de referencia de los recursos necesarios.

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de los trabajos en esta línea de investigación, la proporción correcta o permisible de hospitalizaciones inadecuadas es algo que queda por determinar. Sin embargo, es probable que poco a poco se establezcan estándares para las enfermedades de mayor prevalencia, y es previsible que las hospitalizaciones inadecuadas continúen disminuyendo. Si bien es casi seguro que tardaremos menos de dos décadas en averiguar más sobre el asunto indudablemente por haber facilitado a los clínicos, con instrumentos sencillos como el que se presenta, tomar parte activa en la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia que prestan.

Por último, vale la pena reseñar que los autores del adeQhos® no han querido limitarse a publicar su trabajo, sino que han buscado expresamente la diseminación del instrumento. Los trípticos que se distribuyen con este número de la RCA y el compromiso de gratuidad para la utilización del adeQhos son un buen ejemplo de difusión activa de los resultados de investigación que busca sortear el espacio entre la comunicación científica y la gestión clínica y sanitaria en el día a día. Y éste es también un aspecto que cabe destacar del trabajo que hoy se publica en esta revista.

Bibliografía

1. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality. Volume II. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
3. Meneu de Guillerma R, Peiró S. La revisión del uso apropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica? *Todo Hospital* 1997;134:53-60.
4. Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:140-6.
5. Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, Carpay JJ. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: how strong is the evidence to proceed? *Int J Qual Health Care* 2000;12:483-93.
6. Peiró S, Meneu R, Lorenzo S, Restuccia J. Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: a different perspective. *Int J Qual Health Care* 2001;13:341-4.
7. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Company A. adeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):
8. Martínez-Mas E, Peiro S, Meneu R, Roselló-Pérez ML, Portella E. How many days of hospitalization for an appendectomy? *Int J Qual Health Care* 1994;6:347-52.
9. Colomer J, Ondategui S. La accesibilidad a las fuentes de información incrementa la demanda de información sanitaria por parte de los usuarios. *Gest Clin Sanit* 2002;4:60. Comentario sobre: Todd W, Hu T, Judith H. The demand for consumer health information. *Journal of Health Economics* 2001;20: 1059-75.