

# Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico

**Felipe Ojeda-Pérez**

*Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundació Hospital Asil de Granollers.  
Granollers. Barcelona. España.*

Cuando se habla de variabilidad clínica, ¿los gestores y los clínicos estamos hablando de lo mismo?

Hace algunos años un gerente (en una reunión internacional) me explicó que en su hospital existían 2 equipos de cirugía vascular que alternaban el trabajo quirúrgico y uno de ellos presentaba unas tasas de morbilidad muy diferentes al otro. Insistía en que a pesar de haberlo comentado con el responsable del servicio, éste mantuvo la distribución de los equipos y se desesperaba al no encontrar una solución para el problema.

A primera vista parece que hablamos de lo mismo, pero ¿siempre es así?

Desde hace algunos años existen agencias de evaluación de tecnologías, que como su nombre indica realizan informes que permiten valorar la incorporación de nuevas tecnologías. Estas agencias nacieron no sólo por el interés de evaluar lo que aportaban las nuevas tecnologías en el diagnóstico y tratamiento, sino sobre todo por el elevado coste que representaba su incorporación al sistema de salud pública. Tanto las citadas agencias como las comisiones intrahospitalarias creadas al rebufo de éstas habitualmente se han visto como cortapisas y limitadoras de las atribuciones de los jefes de servicio a la hora de decidir nuevas inversiones y, por tanto, limitadas en su funcionalidad.

La pregunta clave reside en si se ha notado el efecto de esta nueva herramienta de decisión, o más concretamente, ¿a pesar de los informes de estas agencias estamos como siempre?

Desde hace años, se considera que la evaluación de nuevas tecnologías y la elaboración de protocolos, guías, vías, o como quiera llamarse, son las herramientas básicas para limitar la variabilidad clínica, en especial en el diagnóstico y la terapéutica<sup>1</sup>.

Pero esto se refiere exclusivamente a la práctica médica pública, cuando alrededor del 20-30% de la asistencia médica se presta en régimen de mutualidad o privada. Muchos profesionales son reacios a este tipo de análisis de variabilidad sólo aplicado al ámbito público por la imagen de control de gasto que conlleva.

Un tema muy importante relacionado con el hecho de la variabilidad es el del conocimiento o su ausencia como motor de ésta<sup>2</sup>. Aunque los profesionales médicos tienen la obligación moral o ética de estar al día, no existen mecanismos fáciles y accesibles para ello. Es cierto que actualmente se comienza a hablar en nuestro ámbito de la recertificación como un sistema de avalar los conocimientos científicos de los profesionales, e incluso en la Ley de Profesiones Sanitarias<sup>3</sup> se obliga, en cierta manera, a ello; pero como en tantas ocasiones, la ley no va acompañada de la dotación presupuestaria

necesaria y además se añade otro factor limitante muy importante, la carencia de profesionales en algunas especialidades donde se complicaría de manera notoria su sustitución mientras realizan las actividades incluidas en la recertificación. Cuando se habla con clínicos, muchos afirman sin dudar que “todos hacemos lo mismo”, por lo que nos preguntamos si existe la variabilidad clínica no sólo como concepto de estilo de práctica, sino como maneras diferentes de diagnosticar y tratar relacionadas con el concepto de error y, por tanto, de falta de seguridad en el diagnóstico y tratamiento clínico<sup>4</sup>.

¿Existe realmente variabilidad clínica? Bastaría con oír algunas historias clínicas durante cualquier revisión y se podrá no sólo verificar que es así sino objetivarlo, y esta variabilidad no estaría relacionada con criterios de estilo.

¿Afecta la variabilidad clínica a la decisión médica de forma importante? En la práctica clínica habitual existen elementos de control, de evaluación y de supervisión que pueden minimizar los efectos indeseables de la variabilidad clínica, pero ¿se utilizan?, ¿qué consecuencias ocasionan?

En el aspecto diagnóstico, la mayoría de los laboratorios o centros de diagnóstico por la imagen disponen de mecanismos conjuntos con los clínicos para limitar la solicitud y práctica de determinaciones o pruebas que no cumplan requisitos protocolizados. Pero, sobre todo, los clínicos debemos hacer frente a la presión continua de los *media* y de la litigación, no sólo por la percepción de prioridad de las autoridades sanitarias.

La sociedad percibe la disponibilidad de la tecnología como un derecho por encima de los criterios médicos o de salud pública, y muchos políticos hacen prevalecer criterios sociales, políticos o de imagen pública por encima de los puramente científicorracionales. Todos estos factores colaboran en aumentar la variabilidad en la utilización de recursos.

Esta actitud, que parece que no conlleva riesgos presupuestarios para el estado, en el ejercicio privado, donde médico y paciente deciden libremente, o quizás no tanto, las pruebas que consideren necesarias, sí que los lleva en la actividad pública donde la escasez presupuestaria limita y regula la manera de aplicar correctamente las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Cualquier clínico percibe con claridad, desde su puesto de trabajo, el fenómeno de la variabilidad, desde el enfermo hospitalizado, la necesidad de pruebas complementarias, en la visita urgente o en el consultorio. Las manifestaciones más claras, desde el punto de vista de la calidad asistencial, serían los retrasos en el alta hospitalaria, la práctica de pruebas de baja o nula rentabilidad para el proceso, etc. Pero es en la cirugía donde la variabilidad clínica puede jugar un papel

más decisivo. Es de sobras conocido que una de las grandes dificultades para la realización de estudios científicos en el área médica es la cirugía, por la dificultad de estandarizar las complejidades, tanto del paciente quirúrgico como de la práctica de ésta. Esta variabilidad, en ocasiones extremas, puede conllevar efectos notables en morbilidad y afectar a la seguridad de nuestros pacientes.

En el caso del paciente hospitalizado, sería más fácil la tutorización y supervisión de la práctica clínica en aras de su homogeneización, ya que al tener una duración temporal superior a la visita en consulta o en el servicio de urgencias se pueden arbitrar medidas de protocolización, así como la posible existencia de consultores que permitan un cierto grado de "control".

En el área quirúrgica y especialmente durante la práctica quirúrgica, estos sistemas podrían presentar más deficiencias<sup>5,6</sup>.

La "propiedad" del paciente y la "autosuficiencia", hasta cierto punto paradigmas de la práctica médica clásica, son más fuertes y resistentes en el campo quirúrgico donde, además, se produce una manipulación directa del organismo humano: la intervención quirúrgica.

Por mucho que la técnica quirúrgica esté reglada, se conozca y practique escrupulosamente por el cirujano, cada paciente es un mundo y en esta explicación parece que termina el riesgo de variabilidad.

La programación personalizada de la cirugía permite limitar en cierto modo el problema, pero no es la solución definitiva.

Un ejemplo especialmente quirúrgico reside en la diferencia en porcentajes de resecabilidad en la neoplasia de ovario cuando opera un ginecólogo oncólogo o un ginecólogo general, y estamos hablando de un tumor sensible al volumen, con lo que la máxima resecabilidad obtiene mejores resultados con la quimioterapia posterior<sup>7</sup>.

Esto mismo afectaría, durante el proceso quirúrgico, al trabajo de los otros profesionales que intervienen, anestelistas, enfermeras, etc.

En todos estos ámbitos empieza a sentirse la necesidad de comenzar a registrar, internamente, los "errores" en la práctica de técnicas, ya sean anestésicas como quirúrgicas<sup>8,9</sup>. El cambio de mentalidad requerido para ello es muy importante, pero imprescindible para garantizar la seguridad de las pacientes.

Alta es la variabilidad en la atención médica en consultas o en urgencias donde la "percepción" del profesional y el apego a su estilo personal generan diferentes pautas de diagnóstico y tratamiento, a pesar de la existencia de protocolos en la mayoría de centros. Sólo la generalización de pautas estandarizadas de diagnóstico y tratamiento en las patologías más frecuentes permite limitar la variabilidad y el riesgo que conlleva. En la asistencia primaria se está consiguiendo cierto grado de homogeneidad protocolarizada manteniendo el "personal *touché*" de cada profesional que tanto agrada a nuestros pacientes. Aunque el camino es largo y cuenta con factores de resistencia al cambio de mentalidad relacionado con la imprescindible capacidad de decisión de los pacientes.

En urgencias se añade el importante factor de la litigación en la variabilidad clínica; normalmente, una persona que

insista en una prueba, por poco indicada que esté, puede conseguirla mediante la amenaza legal o incluso física al profesional.

En la variabilidad clínica influyen factores organizativos, profesionales, de gestión de recursos y filosoficomorales y todos intervienen en mayor o menor grado para crear la entidad de la variabilidad.

Se han visto ejemplos muy claros de lo profundamente enquistado que está en la manera de trabajar de nuestra profesión conceptos que magnifican el efecto de la variabilidad. Pero toda esta reflexión estaría vacía de contenido si no incluyera referencias a cómo se puede, al menos, controlar la variabilidad clínica.

La profesión médica es una profesión basada en el conocimiento y gran parte de éste está, nos guste o no, en la práctica clínica. El profesional tiene la obligación ética de mantener este conocimiento al día, pero en este momento hay abundante información con una significación dudosa<sup>10</sup>. La formación de los profesionales precisará de información relevante de manera accesible; así como del tiempo, y por tanto el presupuesto, para poder acceder a ella.

Pero además, en el área quirúrgica requiere de la práctica quirúrgica adecuada y en el área médica de la práctica clínica; de ahí que cada vez tengan más importancia los talleres de simulación clínica y los sistemas informatizados y robotizados para la práctica quirúrgica. Todo este bagaje formativo debe incluir el trabajo clínico diario y, por tanto, figuras como las del médico consultor cada vez resultaran más necesarias. El trabajo multidisciplinario basado en comités para las patologías especialmente complejas, se impone como un buen sistema para limitar la variabilidad clínica. La monitorización del trabajo clínico con indicadores de adecuación a los procesos, procedimientos, protocolos, guías o vías clínicas que se determinen también jugará un papel importante para disminuir la variabilidad clínica.

Los sistemas de registro de "errores" o de "actuaciones mejorables" también influirán en la formación de los profesionales, y constituyen un mecanismo de autorregulación que podría resultar muy útil para profesionales del conocimiento.

Pero relacionado con todo ello, debería existir un sistema de información suficientemente dotado para poder recoger toda la información y procesarla adecuadamente. La informatización de la historia clínica y la existencia de repositorios documentales (que incluirían los protocolos clínicos, etc.) informatizados con acceso seguro, son fundamentales para poder limitar la variabilidad clínica en el trabajo diario, así como la disponibilidad de sistemas "inteligentes" que ayuden a la decisión y al seguimiento clínico de los pacientes<sup>11</sup>.

Todo lo anterior conlleva un cambio filosófico en la forma de entender la profesión y de llegar a los pacientes. Este cambio de concepto del médico como individuo que se relaciona con el paciente ha cambiado hasta ser una interacción, no ya sólo con el paciente, sino con sus familiares y allegados.

La capacidad de decisión del paciente que consulta pero no cede su capacidad de decisión pone en un plano de igualdad a ambos agentes del proceso médico<sup>12</sup>.

El deber del médico es diagnosticar y tratar, algunos dirían... "y curar cuando es posible y cuando esto no es posible

consolar". Todos tendrían razón, pero tan importante como este proceso sería la interacción humana, aunque ésta no debe nunca encubrir una práctica médica mediocre o tan alejada de la habitual que pueda suponer un riesgo para la seguridad de nuestros pacientes o incluso del propio sistema sanitario.

Después de estas breves líneas, ¿nos podemos preguntar si la variabilidad preocupa al médico clínico?

## Bibliografía

1. Attia JR, Nair BR, Sibbritt DW, Ewald BD, Paget NS, Wellard RF, et al. Generating pre-test probabilities: a neglected area in clinical decision making. *Med J Aust.* 2004;180:449-54.
2. Cahan A, Gilon D, Manor O, Paltiel O. Probabilistic reasoning and clinical decision-making: do doctors overestimate diagnostic probabilities? *Q J Med.* 2003;96:763-9.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [consultado 11/2/2006]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
4. Aibar-Remón C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20:183-4.
5. Peipert JF, Hoagn JW, Gifford D, Chase E, Randall R. Strength of indication for caesarean delivery: comparison of private physician versus resident service labor management. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:435-9.
6. Ozier Y, Pessione F, Samain E, Cortois F, and FSGBTLT. Institutional variability in transfusion practice for liver transplantation. *Anesth Analg.* 2003;97:671-9.
7. Van der Buró MEL, Van Lent M, Kobierska A, Pitelli MR, Favalli G, Lacave AJ, et al. Interval debulking surgery significantly increases the survival and progression-free survival in advanced epithelial ovarian cancer patients: an EORTC Gynaecological Cancer Co-operative Group study. En: *Ovarian Cancer.* Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 299-303.
8. Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, González-Arévalo A, Santa-Úrsula JA, Hidalgo I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20:228-34.
9. Valle L, Seara S, García JA. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía, registro informatizado 2002-2003. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20:193-8.
10. Ghosh AK. On the challenges of using evidence-based information: The role of clinical uncertainty. *J Lab Clin Med.* 2004; 144:60-4.
11. Castilla V, Ojeda F, Checa A, González R, Puras A. La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:241-8.
12. Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision supports tools. *Qual Health Care.* 2001;10:34-8.