

Punto de vista

Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias

E. Moreno Millán

SEVILLA

LA DECISIÓN MÉDICA

Una de las situaciones conflictivas más frecuentes del proceso de actuación sanitaria es, sin duda, el hecho de decidir. Este acto ha de combinar la información del profesional sobre probabilidades diagnósticas y necesidades terapéuticas. Su origen económico está en la teoría de la función de utilidad, y consiste en identificar bajo condiciones de incertidumbre situaciones más o menos sensibles y elegir entre ellas la mejor alternativa.

En contraste con otras especialidades, los médicos *urgenciólogos* emplean una buena parte del escaso tiempo de que disponen ante un enfermo –por mor de su gravedad y complejidad– en tomar la decisión más acertada y rápida sobre su diagnóstico y tratamiento¹, ya que su objetivo consiste en priorizar la severidad clínica de los pacientes a fin de poder optimizar el empleo de los recursos². En dependencia de su aversión al riesgo, de sus conocimientos, de su experiencia o de su propia responsabilidad, los *urgenciólogos* tomarán aquella que intente maximizar la utilidad conjunta de los principales elementos del sistema: el paciente, la sociedad y el propio profesional. Cada decisión así asumida podrá ir seguida de beneficios, efectos adversos y costes de intervención diferentes, muy especialmente aquéllas aplicadas a situaciones denominadas de “baja probabilidad pero alta morbilidad”¹. El profesional debe utilizar los datos que se le ofrecen (inicialmente síntomas y signos clínicos, más tarde resultados analíticos o de imagen) para, en función de modelos probabilísticos, aplicar un proceso de razonamiento inmediato.

La decisión que maximiza la utilidad del paciente puede no hacerlo con la utilidad del médico y, por supuesto, la que

incrementa la utilidad de la sociedad puede diferir de las que consiguen maximizar la de los dos agentes principales de la relación sanitaria. En todo caso, la intervención del profesional obedece a la necesidad de buscar, específicamente y en primer lugar, el beneficio neto del enfermo^{1,3}.

En base a la obtención de esa utilidad, y en dependencia de los recursos disponibles en su mecanismo de oferta y de las características de la demanda, la actividad de los especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) es extraordinariamente variada. La estructura y la organización del servicio, el nivel tecnológico alcanzado y el grado de incertidumbre del profesional se enfrentan –en una actuación de escasa duración– a una serie de variables (morbilidad, nivel socioeconómico y educativo, edad, género) que supone la solicitud de atención urgente.

LA VARIABILIDAD

Como consecuencia de esta diversificación de posibilidades resolutivas, la relación médico-paciente en este tipo de asistencia se hace más compleja que en otras intervenciones, y de esta manera se incrementa el grado de variabilidad. Esta distinta capacidad del profesional de aplicar los conocimientos y la experiencia acumulada confieren a la MUE unas características de enorme importancia, desde el punto de vista del empleo de recursos y del coste, pero también del efecto obtenido en la producción de salud (mejoría, curación, incluso empeoramiento, secuelas o la muerte). Por ello, la variabilidad de la práctica médica (VPM)^{3,5} en esta especialidad suele ser más acusada por el lado de la demanda que por el de la oferta.

Correspondencia: E. Moreno Millán
Urb. Aljamar II, 6
41940 Tomares (Sevilla)
E-mail: emorenomillan@terra.es

Fecha de recepción: 9-10-2006
Fecha de aceptación: 29-5-2007



En la MUE es habitual que se produzcan distintos grados de VPM, ya que sus profesionales conocen adecuadamente el valor de los procedimientos que deben aplicar y, habitualmente, disponen de recursos suficientes, pero en algunas ocasiones la incertidumbre puede provocar una sobreutilización o una subprovisión, en cualquier caso inadecuados a la necesidad real. Es en este sentido donde el empleo inapropiado de los servicios de salud alcanza su mayor importancia en la política y la gestión sanitarias, y constituyen un motivo corregible de incremento del gasto⁶. En la MUE aparecen más fehacientemente situaciones críticas –a veces no por el nivel de la gravedad sino por las heterogéneas posibilidades diagnósticas– que condicionan así la aplicación defensiva de tecnologías desproporcionadas^{7,8}, y que el gestor debe saber salvaguardar sin incidir más en el problema clínico que representa para el profesional.

Frente a la asumida opinión de que existe homogeneidad –en el escenario del sistema sanitario público español (SSPE)– para la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos ante problemas similares, la VPM evidencia la realización de muy distintas intervenciones –a pesar de la introducción de protocolos, guías y otras herramientas clínicas– ya que cada paciente es diferente y genera una demanda, asimismo, diferente. Se requiere una respuesta que debería ser específica a la necesidad demandada, pero generalmente ésta está sujeta a las mayores o menores posibilidades de la oferta disponible (estructura, organización y funcionalidad, capacidad resolutive y tecnológica del centro, gestión del profesional ligada a su edad, experiencia, formación, hora y día de la semana, etc.).

El desacuerdo que originan las distintas decisiones no varía sólo entre los profesionales de la misma especialidad sino, también, entre los responsables de otras disciplinas⁹⁻¹¹. El criterio convencional de VPM se refiere a las modificaciones surgidas en el desarrollo de un procedimiento clínico específico, tanto a niveles agregados de la población, como incluso individual. Es aquí donde la demanda adquiere variables trascendentes como los antecedentes e historia clínica del paciente, la distancia a su domicilio, o sus características socioeconómicas y culturales¹².

LAS CONSECUENCIAS

Constatar estas diferencias supone, cuanto menos, plantear grandes interrogantes sobre la efectividad, la eficiencia y la calidad de las actuaciones profesionales. ¿Se emplean recursos innecesarios, o no se facilitan los apropiados, según el servicio, el hospital o el área geográfica de residencia?

¿Incentivan los gestores más el número que la adecuada indicación de las actividades? ¿Estimula la industria farmacéutica la prescripción de medicamentos? ¿Cuáles son las consecuencias de la aplicación generosa de tecnologías costosas, y no siempre bien evaluadas, sobre los posibles efectos adversos y el gasto?

En la reciente, pero ya amplia, literatura sobre la VPM se ha comprobado que hasta un 30% del coste total sanitario de Estados Unidos podría evitarse, sin afectar negativamente a los resultados en salud¹³. Aún existiendo marcadas limitaciones para la comparación entre el Medicare norteamericano y el SSPE, lo cierto es que la eliminación de un buen número de intervenciones poco o nada eficientes –y que pueden comportar más riesgos que beneficios– ayudaría sin duda a conseguir un importante ahorro económico y a minimizar parcialmente el déficit¹⁴⁻¹⁶.

Una correcta planificación estratégica, en el sector de la salud, debe ir siempre acompañada de un buen sistema de información que permita a los profesionales la toma acertada de decisiones entre una serie de opciones concretas y en el momento óptimo. La adopción de medidas y herramientas de gestión clínicas y coste-efectivas tiene que favorecer políticas que disminuyan la sobreutilización de recursos innecesarios y que aumenten el empleo de los realmente resolutivos. La calidad de la información y la VPM están inversamente relacionadas, de forma que una variación mayor de los datos implica una disminución en su calidad.

Pero cuando se trata de sistemas financiados públicamente, como el caso de España, los mecanismos decisorios deberían conllevar actuaciones todavía más ajustadas, y que supusieran un menor riesgo clínico para los pacientes y un menor gasto económico para el resto de los ciudadanos. La innovación tecnológica no puede justificar la existencia de VPM con amplios y peligrosos márgenes. La evidencia científica de la eficacia debe ir seguida de su aplicación en situaciones específicas, y evitar el riesgo de improductividad y el coste añadido de intervenciones sanitarias discrecionales o sensibles a la oferta o la demanda.

Individualmente, los enfermos tendrían, también, que implicarse más en el importante hecho de decidir sobre sus propios procesos, y elegir la mejor opción en un ambiente exento de incertidumbre, suficiente información y formación en salud. Colectivamente, la población debería asumir su participación activa en la selección de aquellas prestaciones más coste-efectivas que pudiesen conseguir la mayor utilidad para el conjunto –o un significativo segmento– de la sociedad, sin llegar a producir rendimientos marginales decrecientes ni pérdida de la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Schriger DL, Brown TB. Decisions, decisions: emergency physician evaluation of low probability-high morbidity conditions. *Ann Emerg Med* 2005;46:534-5.
- 2- Marks MK, Steinfert D, Barnett PL. Inappropriate use of hospital emergency departments. *Med J Austr* 2003;178:187-8.
- 3- Marión J, Peiró S, Márquez S, Menéu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998;110:382-90.
- 4- Delgado R. La variabilidad en la práctica clínica. *Rev Cal Asistencial* 1996;11:177-83.
- 5- Verdaguer A, Peiró S, Libro J. Variaciones en el uso de recursos hospitalarios tratando pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39:442-8.
- 6- Peiró S, Menéu R, Lorenzo S, Restuccia JD. Assessing the necessity of hospital stay means of the appropriateness evaluation protocol: a different perspective. *Int J Qual Health Care* 2001;13:341-3.
- 7- DeKay M, Asch D. Is the defensive use of diagnostic tests good for patients, or bad? *Med Decis Making* 1998;18:19-28.
- 8- Anderson R. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med* 1999;159:2399-402.
- 9- Nakagawa J, Ouk S, Schwartz B, Schriger DL. Interobserver agreement in emergency department triage. *Ann Emerg Med* 2003;41:191-5.
- 10- Gill JM, Reese CL, Diamond JJ. Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1996;28:474-9.
- 11- O'Brien GM, Shapiro MJ, Fagan MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. Do internists and emergency physicians agree on the appropriateness of emergency department visits? *J Gen Intern Med* 1997;12:188-91.
- 12- Solsona JF, Miró G, Ferrer A, Cabré L, Torres A. Los criterios de ingreso en UCI en pacientes con EPOC. Documento de reflexión SEMICYUC-SEPAR. *Med Intensiva* 2001;25:107-12.
- 13- Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992; 267:1624-30.
- 14- Fiscella K, Franks P, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M, Williams GC. Risk aversion and costs: a comparison of family physicians and general internists. *J Fam Pract* 2000;49:12-7.
- 15- Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variation in health care delivery. *Science* 1973;182:1102-8.
- 16- Latour J, Colomina F. Toma de decisiones de índole diagnóstica en el campo de la medicina de urgencias. En Argimón JM, Brotóns C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jimenez V et al, eds. *Tratado de epidemiología clínica*. Madrid: Dupont-Pharma, 1995, pp 507-519.