

## Importancia de las vías clínicas en la práctica clínica diaria

MIQUEL SÁNCHEZ

Responsable de la Secretaría de Vías y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

---

“La atención médica que prestan los médicos está basada en la tradición, en su aprendizaje y en su propia experiencia. Así pues, como resultado, los pacientes en las mismas condiciones son tratados de manera diferente, por médicos diferentes y obteniendo diferentes resultados<sup>1</sup>”. Con estas palabras, Audimoolan et al justificaban la variabilidad que acompaña a las decisiones médicas, a la vez que enumeraba de forma implícita e intuitiva la raíz de la misma. En efecto, existe una amplia literatura sobre variaciones de la práctica médica y el origen de la misma<sup>2-5</sup>. En concreto, el grado de incertidumbre (ausencia de evidencia científica para resolver un problema clínico concreto), la ignorancia (existe evidencia científica pero se desconoce o no está actualizada), la presión externa (el profesional conoce la evidencia científica pero emplea otras pautas), la escasez de recursos (no disponer de la exploración complementaria o del tratamiento indicado), y las propias preferencias del paciente (rechazando o aceptando la evidencia) se han identificado como fuente de diferencias en la toma de decisiones clínicas sobre pacientes individuales. Para mitigar estas circunstancias, los diferentes servicios de salud, las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se imponen generar recomendaciones basadas en la evidencia<sup>6</sup>. La necesidad de disponer de soluciones que se ajusten a los problemas clínicos reales de una forma sencilla, adecuada, válida, precisa, concreta, fácil de comprender y accesible en el punto de atención del paciente estimula el nacimiento de las guías de práctica clínica (GPC)<sup>7</sup>. Así, según la propuesta del *Institute of Medicine*, en 1990 define las GCP co-

mo el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas<sup>8</sup>. Fácilmente se intuye que son caras y largas en su elaboración y que, en ausencia de suficiente evidencia científica de calidad, pueden no dar una respuesta adecuada en la práctica clínica diaria. Es por ello que, en los últimos años, las vías clínicas (VC) han ganado popularidad. La VC puede considerarse la versión operacional de la GPC, ya que mientras éstas definen la atención que debe recibir un paciente, las VC definen cuándo, cómo y en qué secuencia se debe proporcionar dicha atención<sup>9-13</sup>. Así pues, son planes asistenciales que se aplican a pacientes con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, pacientes y otros profesionales, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia<sup>9</sup>. Para que la inversión de tiempo, recursos y esfuerzos necesaria en su elaboración se considere rentable, la VC debe responder a una patología concreta, bien definida, con una frecuencia notable o, en su defecto, con un elevado impacto social y económico o con una alta morbimortalidad, y en la que exista, en su abordaje, una variabilidad amplia no explicada. Una vez bien definida la patología concreta que, de acuerdo con las características anteriores, será motivo de una VC, debe establecerse las etapas que se precisarán para su

---

**CORRESPONDENCIA:** Dr. Miquel Sánchez. Secció d'Urgències Medicina. Àrea d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona. C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona. E-mail: msanchez@clinic.ub.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 3-3-2008. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 5-3-2008.

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Ninguno.

elaboración definitiva. Para ello, es de general uso el modelo FOCUS-PDCA<sup>14</sup> que se basa en las siguientes fases: elección del procedimiento, patología o actividad sanitaria; revisión bibliográfica del tema; creación de un equipo multidisciplinar responsable del desarrollo de la VC; diseño de la VC, realización de la matriz de la misma; realizar un ensayo piloto y un análisis preliminar de los resultados; ajuste y revisión de la VC; e implantación definitiva.

En el presente número de Emergencias, García-Castrillo et al<sup>15</sup> ejemplifican y concretan en la VC de la infección por el virus de varicela-zóster (VVZ) lo hasta aquí expuesto. Atrás queda cómo se detectó y en base a que la necesidad de elaborar esta VC, así como toda la génesis y diseño de la misma. Se ha dado un paso más allá con un ensayo piloto previo al ajuste y revisión que debe preceder a su implantación definitiva. Y el número de conclusiones del mismo, cabe remarcarlo, ha sido notable. En primer lugar, los autores reconocen una incidencia de infección por VVZ en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) menor a la esperada. Aunque, ciertamente, las deficiencias de registro pueden explicar parcialmente esta discrepancia, existe otra posibilidad que tiene su esencia en las propias características de la patología seleccionada. En efecto, la incidencia real de la infección por VVZ en los SUH puede ser menor a la que se infirió en las etapas iniciales de la realización de la VC, lo cual hablaría negativamente de esta decisión, por tratarse de un problema clínico con escaso impacto numérico. Probablemente una extensión de la población diana a ámbitos distintos a los SUH, como centros de asistencia primaria, de atención continuada, pediatras y servicios de emergencias médicas, contribuirían a revertir esta diferencia<sup>16</sup>. A pesar de esta observación, como segunda conclusión importante, los autores encuentran que la gravedad y el porcentaje de ingresos de estos pacientes afectados de infección por VVZ son mayores a lo esperado. Por lo tanto, gracias al estudio piloto, se observa que la infección por VVZ presenta una reconocida morbilidad, con el consiguiente impacto social y económico que, por sí mismos, justifican la VC. Pero es que además, para cimentar robustamente su necesidad, se demuestra que todavía existe una notable variabilidad en el manejo diagnóstico y terapéutico de esta patología. En conclusión, aunque no era objetivo del trabajo, se detectan signos u observaciones directas e indirectas que dan sentido clínico a la existencia de la VC.

En tercer lugar, se analiza el grado de seguimiento de la VC. A este respecto, se aprecia una alta ad-

herencia a las recomendaciones de tratamiento y de información, pero no a las referentes a las exploraciones complementarias indicadas y al lugar de ubicación ideal del paciente. Este hallazgo cabe considerarlo lleno de lógica en las condiciones actuales de los SUH. Seguir un determinado tratamiento y dar una información específica depende, más allá de posibles influencias comerciales externas, sólo de la voluntad de hacerlo y del médico de urgencias quien, ávido de información clínica clara y precisa, no duda en seguirla si ésta está a su alcance. De ahí, también, el alto grado de aceptación de la VC de la infección por el VVZ entre los profesionales. Por el contrario, la ubicación ideal del paciente es otra historia. A la peculiaridad de cada SUH, a su tamaño y localización, a la existencia o no en los mismos de áreas de observación, sillones, unidades de corto ingreso, etc., cabe añadir la situación de saturación casi permanente en la que se encuentran, lo cual dificulta y complica el seguimiento de estas recomendaciones<sup>17-21</sup>. En el caso de la baja adherencia objetivada en las pruebas complementarias, los autores atinan al sugerir que la evidencia del día a día debería conducir a una modificación futura de las recomendaciones en la VC. Y precisamente de eso se trataba. Gracias al estudio piloto, necesario por otra parte en la elaboración e implementación de toda VC, los autores recogen información suficiente y útil para subir un nuevo escalón, para iniciar una nueva etapa, el ajuste y la revisión de la VC. Tras ella, vendrá la implantación definitiva.

Como responsable de la Secretaría de Guías y Vías Clínicas de nuestra Sociedad, querría, más allá de las limitaciones del estudio de García-Castrillo et al, reconocer el arduo esfuerzo que se esconde detrás de la elaboración e implantación de una VC y que, en la presente editorial, se ha pretendido sintetizar. En un mundo con exceso de información y complejidad clínica creciente, las VC debieran ser fuente de conocimientos y experiencias útiles para tomar decisiones seguras en momentos de incertidumbre. Es sin duda voluntad decidida de dicha secretaría reconocer, potenciar, colaborar y apoyar estas iniciativas que, al final, redundan en una atención médica más equitativa, efectiva, eficiente y, en definitiva, de mayor calidad para todos nuestros pacientes.

## Bibliografía

- 1 Audimoolam S, Nair M, Gaikwad R, Qing C. The Role of Clinical Pathways in Improving Patient Outcomes. Disponible en [www.cs.dal.ca/~sraza/StudentWork/clinicalpathways-paper.pdf](http://www.cs.dal.ca/~sraza/StudentWork/clinicalpathways-paper.pdf). Acceso 4 de marzo de 2008.

- 2 Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L, et al. Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *JAMA* 1991;266:73-9.
- 3 Goldzweig CL, Mittman BS, Carter GM, Donyo T, Brook RH, Lee P, et al. Variations in cataract extraction rates in Medicare prepaid and fee for service settings. *JAMA* 1997;277:1765-8.
- 4 Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:177-83.
- 5 McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991;302:1501-5.
- 6 Wennbarg J, Cooper M (eds). *The Dartmouth atlas of health care*. Chicago: American Hospital Association Press, 1999. Disponible en <http://www.dartmouthatlas.org/download>. Acceso 4 de marzo de 2008.
- 7 García Gutiérrez J, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica en internet. *Aten Primaria* 2001;28:74-9.
- 8 Field MJ, Lohr KN, eds. *Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academic Press; 1990. p. 58.
- 9 Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
- 10 Berenguer J. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:213-5.
- 11 Every NR, Hochman J, Becker R, Kopecky S, Cannon CP, for the Comite on Acute Cardiac Care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Critical Pathways: A review. *Circulation* 2000;101:461-5.
- 12 Armstrong PW. Do guidelines influence practice? *Heart* 2003;89:349-52.
- 13 Marzo M, Alonso P, Boufill X. Guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2002;118(supl 3):30-5.
- 14 Plsek PE. Tutorial: Quality improvement project models. In: *Quality in health care*. Graham N.O. 1995 p. 92-113.
- 15 García-Castrillo L, Mariné M, Martínez M, Piñera P. Seguimiento de las vías clínicas en la infección por el virus de varicela zóster. *Emergencias* 2008;20:87-92.
- 16 Laguna P, Grupo para el Estudio del Herpes Zóster en España. Herpes Zóster; forma de presentación y manejo en urgencias hospitalarias en atención primaria. *Emergencias* 1998;10:362-8.
- 17 Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008;20:48-53.
- 18 Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas o recursos insuficientes? *Med Clin (Barc)* 2004;123:619-20.
- 19 Sánchez M, Smally AJ. Comportamiento de un servicio de urgencias según el día de la semana y el número de visitas. *Emergencias* 2007;19:319-22.
- 20 Moreno E. Servicios de urgencias y listas de espera. *Emergencias* 2007;19:57-8.
- 21 Jairod M, Carretero J, Closa R, Allué X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006;18:215-8.

Si desea recibir periódica y puntualmente el sumario con el contenido de **EMERGENCIAS**, suscríbase gratuitamente a través de nuestra página web **[www.semes.org](http://www.semes.org)**

Así mismo le anunciamos que, desde principios de año, en dicha página web encontrará un buscador que le facilitará la identificación de los artículos que necesite consultar en base a un título, un autor, una palabra clave o una palabra que aparezca en el resumen. En estos momentos, nuestra base de datos contiene los textos completos de **EMERGENCIAS** desde 1997 hasta la actualidad