

Variabilidad en las indicaciones de artroplastias.

Enrique Guerado Parra, Francisco Aguiar García. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

La práctica clínica está constituida por las acciones que se realizan con fines diagnósticos y terapéuticos y se basa en la aptitud profesional, es decir en el conocimiento, actitudes, hábitos, juicios clínicos y habilidades diversas para solucionar problemas. Por tanto ante un mismo problema se debe responder con una solución similar. En este sentido variabilidad comprende las respuestas de diferente naturaleza que se dan a una misma situación o fenómeno. En el ámbito clínico variabilidad va unida a calidad, entendida como el seguimiento de estándares contemporáneos para alcanzar un objetivo. Las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que se apartan de estos estándares deben entenderse propiciatorias de la variabilidad¹.

La variabilidad es un hecho muy frecuente en el diagnóstico y tratamiento de los problemas del aparato locomotor, no sólo en el ámbito de un mismo departamento sino también, y sobre todo, cuanto mayor sea el número y ámbito geográfico de los médicos implicados. En un estudio sobre indicaciones quirúrgicas y de alta hospitalaria en artroplastias de rodilla llevado a cabo en nuestro departamento, se crearon estándares cuyos resultados, tras un periodo de seguimiento de un año, se compararon con ocho hospitales de la comunidad autónoma andaluza que desconocían el estudio y, por tanto, no participaban del mismo protocolo, observándose, mediante un método de ajuste de tasas, que las indicaciones quirúrgicas se triplicaban de unos hospitales a otros, al igual que sucedía con las estancias hospitalarias. El riesgo relativo de recibir una artroplastia en pacientes menores de sesenta años llegó a quintuplicarse en algunos centros. Las conclusiones alertaron, no sólo de la mayor exposición al riesgo sino también a los costes².

En la misma línea, otro estudio sobre el seguimiento y control de las artroplastias en general, así como sobre las pruebas que se realizan para las mismas, mostró parcelas de elevada ineficiencia al llevar a cabo pruebas diagnósticas de escaso valor predictivo para el objetivo perseguido. La realización de radiografías innecesarias, pruebas de laboratorio, análisis histopatológico de muestras de tejidos, administración de profilaxis antibiótica excesiva, transfusión sanguínea, cómputo de estancias hospitalarias e incluso visitas postoperatorias favorecen la ineficiencia y la variabilidad³.

Siendo importante el seguimiento de actuaciones clínicas estandarizadas se puede llegar a pensar que las consecuencias de las desviaciones de un protocolo, en términos de costes, son superiores cuando el problema es más clínico que organizativo. Sin embargo, en un estudio sobre alta hospitalaria en artroplastias de cadera realizado en nuestro departamento se observó que el protocolo propuesto no fue seguido por causa relacionada con los cirujanos en el 20% de los casos, frente a un escaso 10% por razones fueron la presentación de una enfermedad concurrente o la imposibilidad de alta hospitalaria por razones sociales. Estas dos circunstancias, en conjunto, supusieron el 50% de las razones que llevaron al aumento del veintisiete por ciento de las estancias (el efecto de las causas relacionadas con el cirujano fue ocho veces menor). La conclusión del estudio estuvo encaminada a transmitir que si bien la desviación de los protocolos

por parte de los cirujanos lleva a ineficiencia, ésta es mucho más importante si no se prevén situaciones clínicas no presentes y, sobre todo, infraestructuras y circuitos sociales⁴.

También es importante para afrontar la variabilidad de la práctica médica y promover la aplicación de protocolos, la realización de auditorías externas. La auditoría externa garantiza un seguimiento desinteresado de las actuaciones médicas, así como un análisis experto exhaustivo. Por ejemplo, la protocolización de la profilaxis antibiótica en artroplastias de cadera está universalmente aceptada en cuanto a tipo de antibiótico y momento de su administración. La utilización de una cefalosporina de primera generación en un plazo de 2 horas antes del comienzo de la intervención quirúrgica constituye un estándar en la prevención de las infecciones cuando se realiza una intervención con prótesis articulares. Sin embargo el seguimiento riguroso de este protocolo cuando se generaliza entre un grupo de cirujanos y con una frecuencia elevada es más dificultoso. En nuestro departamento se observó, en un estudio prospectivo a doble ciego, que si bien el antibiótico fue el adecuado en el 95% de los casos, solo en el 47% el cirujano lo prescribió en el momento correcto, llegándose a un seguimiento adecuado del protocolo gracias al establecimiento de un circuito previo donde participaba la enfermera circulante y el anestesiólogo. Los facultativos de nuestro departamento, aunque conocían el protocolo perfectamente, en el 53% de los casos omitieron la orden médica o la realizaron durante o tras la intervención, pero no dentro de las dos horas preoperatorias. Cuando se les comunicó, una vez concluido el estudio, los resultados del mismo, la mayoría mostró su sorpresa, cuando no la incredulidad sobre la validez del estudio. La Comisión que estudió la profilaxis antibiótica estuvo constituida por personas independientes, si bien un médico de nuestro departamento comprobó que el estudio se había realizado con pulcritud. La bibliografía consultada para el diseño y discusión del trabajo mostró resultados similares⁵.

La existencia de variabilidad en las indicaciones y seguimiento de las artroplastias puede deberse a causas muy diversas. En una revisión llevada a cabo hace unos años por nosotros¹ se agrupó el origen de la variabilidad en dos tipos fundamentales: Origen endógeno, propio del individuo, y origen exógeno o propio del entorno. Evidentemente siendo ésta una clasificación artificiosa con un objetivo didáctico ya que las causas endógenas están propiciadas por el entorno y éste, a su vez, es cambiante por el individuo, permite una sistemática a la hora de abordar el estudio de las diferentes variables que intervienen y su posible control.

Dentro del primer grupo se sitúan la motivación personal o predisposición de relación. Para tratar de minimizar la influencia del estado de ánimo o la motivación en la orientación clínica, los cuestionarios estructurados parecen proporcionar mayor y mejor información en relación con factores de riesgos, aunque el hecho de computarizarlos no ofrezca ventajas. También la aptitud parece fundamental; si la aptitud influye sobre la práctica clínica y ésta en la variabilidad, parece que la variabilidad sería linealmente menor conforme aumenta el entrenamiento y los

conocimientos profesionales. Este principio, sin embargo, no puede aplicarse en términos absolutos ya que se ha encontrado una variabilidad similar entre médicos residentes en formación y especialistas¹. La empatía con el paciente, a otros compañeros, a vendedores o al medio también influyen en la toma de decisiones. Del mismo modo que lo hace la facilidad de acceso a la tecnología. La incentivar profesional, personal y económica con atracción hacia nuevas técnicas completan el origen de la motivación endógena que puede llevar a un cirujano o a un grupo de ellos a realizar su práctica clínica con una alta variabilidad. La variabilidad exógena incluye a la presión asistencial, social, legal y política. La carga de trabajo se ha observado que guarda una relación directa con las prescripciones así como las listas de espera como tema de debate, prórrogas de presupuestos o la medicina defensiva por presión legal. Los hábitos del entorno deben incluirse en las influencias exógenas no solo de los médicos sino de los propios pacientes que demandan una tecnología tan común como una artroplastia. También las propias sociedades científicas deberían velar por consensuar para disminuir la variabilidad. Por último los conflictos de interés y coste-efectividad y la presión y organización de la empresa son el origen de una variabilidad que podría llamarse exógena¹.

Una herramienta que parece muy importante actualmente en el control de la variabilidad dentro de un colectivo numeroso como el de un sistema sanitario público y universal es la metodología de procesos. Nuestro grupo ha coordinado dos procesos dentro del mapa que la Junta de Andalucía ha venido acometiendo desde 2001, donde la utilización de artroplastias juega un papel fundamental⁶⁻⁷. En ambos casos, tras la búsqueda de evidencias científicas, se observó el escaso soporte sobre el que se sustentan muchas de las actuaciones médicas que se realizan en el diagnóstico y tratamiento de fracturas de cadera y en la utilización de implantes articulares.

Probablemente la metodología de procesos permita analizar la secuencia completa de las actuaciones médicas, si bien será el tiempo el que demostrará los resultados prácticos de la introducción de esta sistemática de análisis dentro de un sistema sanitario público según el origen de los pacientes, con sus peculiares oportunidades y amenazas⁸⁻⁹, como es el de los estados miembros de la Unión Europea, a diferencia de otros sistemas menos solidarios, así como, cuestión capital, la estratificación de pacientes necesaria en las derivaciones de Atención Primaria a los hospitales¹⁰.

Conflicto de intereses: ninguno en relación con este manuscrito. **Correspondencia:** E Guerado Parra. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Costa del Sol. 29600 Marbella. Correo electrónico: eguerado@hcs.es

Referencias

1. Guerado E. Variabilidad en la práctica de la Atención Sanitaria. *Rev Esp Cal Asist* 1995; (Supl 10): 33-41.
2. Guerado E, de la Varga V, Aguiar F, Cara JA, Díaz J, González A. Diseño de un programa de artroplastias de rodilla con criterios de efectividad: su relevancia clínica y económica en un servicio de cirugía ortopédica. *Mapfre Med* 2000; 11: 198-211.
3. Guerado E, Aguiar F, Perea-Milla E. An assessment of Cost-effectiveness Studies in Joint Replacement. *Int Orthop (SICOT)* 2002; 26: 63-5.
4. Guerado E. Beca de Investigación del FIS (Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo). Validación de un protocolo para el alta hospitalaria en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera. 1996-1997.
5. Guerado E, Narváez A, Aguiar F, Alberola C, Carvajal C. Cumplimentación de profilaxis antibiótica en artroplastia de cadera. *Rev Ortop Traum* 2002; 2: 154-7.
6. Fractura de cadera en el anciano: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
7. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2004.
8. Guerado E, Pérez Rielo A, Garcés G. Algunas consideraciones para la gestión de un departamento hospitalario clínico (I) Origen de los clientes. *Gest Hosp* 2000; 11: 11-4.
9. Guerado E, Pérez Rielo A, Garcés G. Algunas consideraciones para la gestión de un departamento hospitalario clínico (II) Oportunidades y Competencias. *Gest Hosp* 2000; 11: 71-4.
10. Rodríguez Argáiz F, Jiménez Puente A, Guerado Parra E, Cara del Rosal JA, Aguiar García F, Narváez Jiménez A. Estudio de la variabilidad en las derivaciones de atención primaria a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Cal Asist* 1998; 13: 211-5.