

La millora de l'adequació clínica al Consorci Sanitari Integral

Pedro Armario, Luis Miguel Sarmiento, Jordi Català, Susanna Pérez, en nom de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral*

Consorci Sanitari Integral. Universitat de Barcelona.

Introducció

La pràctica clínica té una variabilitat important que s'associa a pitjors resultats de salut i a un augment del cost de les cures. Tot i diferents iniciatives i esforços, la variabilitat de la pràctica clínica ha estat substancial i, tradicionalment, difícil de resoldre. Això es deu a diferents factors com ara heterogeneïtat en el grau de coneixement dels clínics, preocupacions sobre el risc de mala praxi, incentius econòmics o no cap a determinades conductes, el valor de l'autonomia o les preferències dels metges, la manca de suport en algunes decisions, així com un desequilibri entre la demanda clínica i els recursos disponibles^{1,2}. Altres factors que poden exercir la seva influència sobre l'estandardització de la pràctica clínica són els propis de l'entorn del pacient: factors socials i ambientals.

Els recursos disponibles són limitats i, tant a la recerca com a la pràctica clínica, els hem d'optimitzar; tots en som d'alguna forma responsables. D'altra banda, hem d'avançar en una medicina centrada en el pacient; hem d'oferir-li un rang d'opcions i compartir amb ell els resultats, riscos i beneficis de cadascuna de les opcions, perquè els pacients puguin combinar aquesta informació amb les seves preferències i valors i l'ajudin a prendre la decisió que consideri millor per a ell. No obstant això, una de les barreres és el propi professional sanitari, ja que com s'inclou en el títol d'un excel·lent editorial sobre el tema, en moltes ocasions fer menys és millor, però amb freqüència els metges tenen por de no intervenir³.

La variabilitat en la pràctica clínica s'ha constatat tant en la sol·licitud de proves diagnòstiques (de laboratori o d'imatge) com en els tractaments que es decideixen. Diferents iniciatives de nombroses societats científiques han identificat sol·licituds de proves de

laboratori repetitives en pacients estables clínicament, que aporten poc valor⁴. El nombre de proves sol·licitades és encara més gran en hospitals amb especialistes en formació, de manera que una bona formació dels metges residents sobre la sol·licitud i la interpretació de les proves de laboratori és essencial⁵. També ha estat ben descrita l'elevada sol·licitud de proves d'imatge que aporten poc valor en situacions tan prevalents com la cefalea o la lumbàlgia⁶.

Un aspecte molt important a ressaltar no és només els costos innecessaris sinó els potencials riscos que això comporta, un dels més debatuts és el sobrediagnòstic, entès com el fenomen que ocorre quan les persones són diagnosticades de malalties que mai els causarien símptomes ni els escurçarien la vida però, en canvi, l'alarma generada per la troballa els pot ocasionar conseqüències no desitjables⁷.

Història de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica (CMPC) del Consorci Sanitari Integral (CSI) va ser creada l'any 2013 a proposta de la Direcció, que va designar el seu president. Segons va manifestar la Direcció, la idoneïtat de la persona que havia d'ocupar aquest càrrec es basava en dos punts: la seva experiència prèvia com a president de la Comissió de Guies de Pràctica Clínica i la seva tasca com a cap d'un nou model organitzatiu de la nostra institució.

La Direcció del Consorci Sanitari Integral va proposar, l'any 2012, el desenvolupament d'un nou sistema organitzatiu, denominat Àrees d'Atenció Integrada (AAI), que es basa en 4 pilars: qualitat tècnica, continuïtat assistencial, organització centrada en el pacient i sostenibilitat. Aquest nou sistema organitzatiu té com a missió garantir l'atenció sanitària en aquells pacients en què és imprescindible la coordinació entre diferents equips de professionals i nivells assistencials per aconseguir els millors resultats del procés assistencial. Les AAI es proposen com a sistema adequat per resoldre el dilema dels pacients amb pluripatologia, major complexitat i, per tant, amb una major necessitat del continu assistencial, en els quals se sobrepassa l'atenció de la malaltia, per orientar-se a les necessitats del pacient⁸.

Correspondència: Pedro Armario
President de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica
Consorci Sanitari Integral. Universitat de Barcelona
Hospital Moisès Broggi
C/ Jacint Verdaguer, 90
08970 Sant Joan Despí
Tel. 935 531 200 ext. 8602
Adreça electrònica: parmario@csi.cat

Els membres inicials de la CMPC (15) es van decidir conjuntament entre la Direcció i el seu president, buscant un equilibri entre comandaments i professionals sanitaris de la base amb lideratge reconegut en el seu àmbit. Per la tasca a fer i per les característiques de la nostra institució es va formar una comissió multidisciplinària amb la participació de representants de l'Hospital, del complex socio-sanitari, d'atenció primària i d'infermeria (d'hospital i d'assistència primària).

Durant el primer any les reunions van anar dirigides a definir la nostra missió, cohesionar el grup i millorar la formació dels seus membres en aspectes metodològics i en el concepte de no fer el que no aportari valor a la salut o al pacient, sense deixar de fer res del que és realment necessari. Actualment la CMPC està formada per 22 membres.

Les funcions de la CMPC del CSI són similars a les que es van definir en altres comissions (poques) que començaven la seva etapa en la mateixa època i ha tingut com a model la Comissió de Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau, liderada per X. Bonfill (Taula 1).

TAULA 1. Funcions de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral

- Identificar pràctiques clíniques de poc valor i promoure recomanacions per tal d'evitar-ne la realització
- Informar els professionals del Consorci Sanitari Integral sobre procediments que, segons l'evidència científica i el consens d'experts, no aporten beneficis per a la salut
- Fomentar la participació dels professionals sanitaris en la identificació de pràctiques de poc valor
- Avaluar l'impacte de les recomanacions en el sistema sanitari, tant des del punt de vista de procés com de resultats finals

Entre els punts forts de la nostra CMPC hem de destacar: el recolzament continu de la Direcció, la participació activa de tots els membres i el bon clima en les reunions del ple de la CMPC, així com en els subgrups de treball per a l'elaboració de les diferents recomanacions en què participen membres de la CMPC i experts dels nostres centres. Un altre punt a destacar és la bona coordinació amb altres comissions i la participació activa dins de les tres jornades celebrades a Catalunya: el nostre hospital va organitzar les II Jornades.

Entre els punts que necessitem millorar cal mencionar sobretot la millora en la implementació i avaluació de les recomanacions aprovades per la CMPC (Taula 2) i la necessitat de donar un pas endavant i començar a treballar en xarxa amb les altres comissions, a banda de la trobada anual d'intercanvi d'experiències durant les Jornades.

TAULA 2. Recomanacions de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral

1. Sol·licitud de les troponines I.
2. Sol·licitud de la radiologia simple d'abdomen.
3. Maneig del delírium.
4. Tractament de l'HTA lleugera o HTA grau 1.
5. Estratègia per al seguiment dels quists d'ovari.
6. Maneig de la bacteriúria asimptomàtica.
7. Tractament de la dislipèmia segons el risc cardiovascular.
8. Sondatge urinari inadequat.
9. Maneig de l'anticoagulació en el pacient mèdic hospitalitzat.
10. Indicacions de l'electrocardiograma de seguiment en el pacient de baix, mitjà o alt risc cardiovascular.
11. Maneig perioperatori del pacient anticoagulat.
12. Maneig perioperatori del pacient amb tractament antiagregant.
13. Canvi de la medicació parenteral a via oral.
14. Educació terapèutica del pacient crònic.
15. Maneig del traumatisme craneoencefàlic lleu.
16. Maneig de les crisis hipertensives sense risc vital.

Conclusions

Les iniciatives sobre recomanacions del que no cal fer, elaborades per moltes societats científiques, tant als EUA com al nostre país, no han tingut encara l'impacte que seria desitjable. Una de les raons pot ser el baix coneixement d'aquestes iniciatives i recomanacions, fins i tot dins dels propis centres que disposen d'una CMPC. No obstant això, la reducció de pràctiques inapropiades requereix temps, esforç, organització i avaluació al llarg del temps. Com assenyala García-Alegría en un recent editorial: "ha arribat el moment d'aprendre, ensenyar i practicar també el que no cal fer". Finalment, no cal oblidar la necessitat de compartir les decisions amb els pacients i que les dues parts aprenguin a gestionar i acceptar la incertesa en la pràctica clínica.

NOTA

*Els membres de la CMPC del Consorci Sanitari Integral són: Pedro Armario, cap de l'Àrea Atenció Integrada Risc Vascular. President de la CMPC; Maria Rotllan, directora de Desenvolupament Estratègic: Docència i Recerca; Kenneth Planas, responsable de Planificació i Seguretat del Pacient; Susanna Pérez, metgessa adjunta ABS Gaudí. Barcelona. Secretària de la CMPC; Eva Bassas, metgessa adjunta del Servei d'Anestèsia; Alberto Cabestrero, metge Adjunt del Servei de Cardiologia; Daniel Coronado, metge adjunt del Servei de Cirurgia General; Jordi Català, cap del Servei de Diagnòstic per la Imatge; Gemma Celma, facultativa del Laboratori; Joan Girós, Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia; Montse Gómez, metgessa adjunta del Servei d'Urgències; César Granada, metge adjunt d'Assistència Primària; Raúl Lafuente, Servei

d'Hematologia; Ricard Martí, metge adjunt d'ORL, Centre Atenció Integrada Dos de Maig (CAIDM); Josep Masdeu, cap del Servei d'Anestèsia; Maribel Muñoz, DUI d'Assistència Primària; David Ortiz, metge adjunt d'Assistència Primària; Catalina Padilla, coordinaria assistencial d'Infermeria; Ana M^a Pedro, metgessa adjunta d'Assistència Primària; Lluís Reig, cap del Servei de Geriatria; Mònica Rey, DUI CAIDM i Luis Miguel Sarmiento, metge adjunt del Servei de Medicina Interna.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care cost-lessons from regional variation. *N Engl J Med.* 2009;360:849-52.
2. Soni SM, Giboney P, Yee HJ. Development and implementation of expected practices to reduce inappropriate variations in clinical practice. *JAMA.* 2016;315:2163-4.
3. Esserman L. When less is better, but physicians are afraid not to intervene. *JAMA Intern Med.* 2016;176:888-9.
4. Eaton KP, Levy K, Soong C, Pathwa AK, Petrilli C, Ziemba JB et al. Evidence-based guidelines for eliminate repetitive laboratory testing. *JAMA Intern Med.* 2017;177:1833-9.
5. Valencia V, Aora VM, Ranji SR, Meza C, Moriates C. A comparison of laboratory testing in teaching vs nonteaching hospitals for 2 common medical conditions. *JAMA Intern Med.* 2018;178:39-47.
6. Hong AS, Ross-Degnan DR, Zhang F, Wharan JF. Clinician-level predictor for ordering low-value imaging. *JAMA Intern Med.* 2017;177:1577-85.
7. Varela J. Sobrediagnóstico, realidades y perspectivas. *Med Clin (Barc).* 2017;148:118-20.
8. Armario P, Jericó C, Vila L, Freixa R, Martín-Castillejos C, Rotllan M, en nombre de los miembros del Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular. Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular: un nuevo modelo organizativo para el control global de los factores de riesgo. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2017;34:72-7.
9. García-Alegria J. El reto de no hacer. *Rev Clin Esp.* 2017;217:208-9.