

Evolución de la gestión clínica en cuidados intensivos. Reflexiones desde la perspectiva del especialista

José Luis Pérez Arancón

Arbor CLXX, 670 (Octubre 2001), 405-411 pp.

Para un especialista la preparación clínica, diagnóstica y terapéutica eran el núcleo central de su formación. Además se hace preciso el aprendizaje de otras habilidades. Según el autor éstas se centran en dos aspectos: fundamentar científicamente las decisiones tomadas y adecuar sus costes en función de los objetivos a cubrir. Ambas se sitúan en la base de lo que será la gestión clínica.

Introducción

De manera clásica, la práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y permanece mientras se mantiene la relación médico-enfermo.

El profesional es *quien decide el proceso productivo* en el hospital, al tomar o no decisiones, repercutiendo sobre la organización y los recursos utilizados.

Por tanto no parece atrevido manifestar que *siempre* se ha hecho *gestión clínica* y ejercitarla es «*integrar*» la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles.

La práctica clínica implica gestión, que puede ignorarse o reconocerse (1).

Análisis inicial

En los años setenta en Cuidados Intensivos hemos conocido bastante adecuadamente la gestión de asistencia individual (elección de un determinado tratamiento o indicación quirúrgica), mucho menos la gestión de procesos asistenciales (utilización inapropiada tecnológica, estudio de cargas de trabajo), y rudimentariamente la gestión de utilización de recursos (asignación de personal médico o de enfermería). Se carecía de explicitación en las guías de actuación de la eficacia y en general se ignoraban las guías de la efectividad y de la eficiencia.

La Medicina Intensiva de aquellos años con una doctrina asistencial bien definida (2) ha ido asumiendo progresivamente más patologías, de igual modo su marco funcional se ha extendido desde los Servicios de Medicina Intensiva a la atención sanitaria «in situ», su contenido hospitalario se ha ampliado con competencias en algunos Servicios de Urgencias y en cuanto a formación hemos asistido a etapas como las de comienzo con profesionales provenientes de otras especialidades (Anestesiología y Medicina Interna principalmente) (3) hasta contemplar programas de docencia específicos de la especialidad de tres y cinco años como el actual (4) (5).

La revolución tecnológica tanto diagnóstica como puede ser la determinación continua del gasto cardíaco (6), como terapéutica en el campo de la sustitución de la función renal (7), en la estrategia infecciosa o en los métodos no invasivos, es otro hecho a evaluar durante el desarrollo de estos años.

Y no sería completa la visión si no tuviéramos en consideración circunstancias como la dificultad de aplicación de la equidad en los Servicios de Medicina Intensiva por carecer de una homogeneidad de criterios de ingreso (9), los problemas éticos que plantean la notoriedad de los enfermos (10), así como las intromisiones ocasionales de los altos directivos del hospital.

En esta panorámica inicial se «*carecía*» de una estructura definida de gestión y se incidía en proporcionar *una buena asistencia sanitaria individual*.

Bases de la gestión clínica en cuidados intensivos

Entendiendo que la gestión clínica es la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención al paciente, las bases conceptuales entroncan los fundamentos éticos de la medicina de alcanzar la mayor *excelencia* profesional de los médicos y sanitarios y de lograr los mejores cuidados sanitarios de los enfermos.

Lo que más ayuda en la toma de decisiones y que disminuye el nivel de *incertidumbre* es la *información*, delimitar cual es *útil en la clínica* es una difícil tarea pero la cualidad para ser un experto, eficaz y eficiente facultativo es la capacidad de obtener, interpretar y aplicar la información de una manera adecuada.

La información necesaria para la gestión clínica es:

1. *Información de la Historia Clínica. Informe de alta*

- a) Conjunto mínimo básico de datos. Datos individuales del enfermo. Variables administrativas. Variables clínicas (11)
- b) Historia clínica *rentabilizada y la exploración*: cada dato es como una prueba diagnóstica (12).
- c) Pruebas complementarias: ¿ me ayudan a tomar decisiones? Se debe buscar en los procedimientos de laboratorio, radiología y en las interconsultas instrumentalizadas un equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad (13) (14).

2 *Información científica*

¿Como obtener la información relevante desde el punto de vista práctico?

Utilizando sistemas que sintetizan la información de mayor impacto en la práctica médica, como bases de datos Medline y Embase (15),the Cochrane Library, y valorando las revistas y publicaciones periódicas con fundamento en la Medicina Basada en la Evidencia Científica(16).

Se considera que el instrumento metodológico más riguroso es el *ensayo clínico controlado* que aporta un mayor grado de evidencia científica (17), sin embargo las limitaciones inherentes como la gravedad de los enfermos y las múltiples técnicas diagnósticas y terapéuticas a las que estan sometidos, pueden dificultar la valoración de los resultados de un ensayo clínico en un gran número de ocasiones.

3. *Información de agrupamiento de pacientes y medida de resultados*

Los enfermos los agrupamos mediante criterios clínicos y homogeneidad en el consumo de recursos, utilizando los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs), lo cual nos permite establecer los denominados perfiles de la práctica clínica y comparar los resultados asistenciales. Nos sirve de *autorreflexión* en diferentes períodos y nos permite posicionarnos con respecto a otros Centros.

En cuanto a resultados se valoran los sucesos adversos, las complicaciones, reingresos y la mortalidad.

El uso del APACHE II como sistema de clasificación de la gravedad de la enfermedad (18), permite a grandes rasgos utilizarlos en casos teóricos para comparar grupos «*homogéneos*» de pacientes de diferentes Servicios de Medicina Intensiva o facilitar el estudio de nuevas terapéuticas mediante la estandarización de poblaciones, analizar *objetivamente la mortalidad* permitiendo realizar trabajos sobre la efectividad y la eficiencia (19).

4. *Información económica*

No sólo es preciso hacer una asistencia efectiva y de calidad sino que hay que lograr que el *precio* de dicha atención sea razonable, es decir hay que buscar una relación óptima entre los costes y el resultado.

Se debe disponer por tanto de una información *básica* de gastos de estructura, intermedios y de personal, farmacia, y suministros que nos permitan relacionar la producción de los Servicios con sus costes (20).

Análisis actual

Después de realizar un examen de situación, con la valoración de los puntos fuertes, débiles, las oportunidades y las amenazas, la evaluación de la obtención de ventajas competitivas tanto por estrategia de costes como de diferenciación (21), la gestión clínica contempla en la actualidad:

A) *Perfil de la práctica clínica que comprende:*

- Una amplia cartera de servicios teniendo en cuenta que es un hospital de referencia con nivel docente. Esta cartera describe y codifica los tipos de patología, los procedimientos y

las técnicas.

Existen criterios de ingreso «flexibles».

- Cuantificación de la actividad que se utiliza a base de datos históricos (años anteriores) para pactar los objetivos *cuantitativos* con la Dirección.
- Se elaboran y revisan guías de diagnóstico y de tratamiento (antibioterapia, estandarización de asistencia al paciente neuroquirúrgico, politraumatizado post-operado de cirugía cardíaca, etc).
- Descripción de indicadores que quedan reflejados en la memoria anual del Servicio (ingresos, consultas, reocupación, reingresos, estancias, mortalidad, estancia media, moda, mediana, ocupación, mortalidad, tº enfermería, etc)
- Estudio de las características de la producción, GDRs, relación con el estándar, índice case-mix, peso, peso ponderado, etc.
- Listado de Utilización de recursos: test diagnósticos, uso de imagen, utilización de fármacos de elevado precio.

B) *Perfil organizativo*

- Estudio de los procesos asistenciales más frecuentes (post-operados de cirugía cardíaca, traumatismo craneoencefálico, etc) con evaluación de actividades que constituyen el 70-80 % de la actividad del Servicio.
- Descripción del curso habitual de las patologías atendidas con objeto de prevenir las complicaciones y los reingresos.
- Plan de actividades docentes e investigadoras. Calendario. Cronograma.
- Evaluar las cargas asistenciales y optimizar los recursos humanos y técnicos.
- Conocer las expectativas y necesidades del personal. (marketing interno) (22).

C) *Mejora de aspectos humanos y éticos*

- «*Información a familiares*» en una de las visitas preferentemente después de la sesión clínica diaria, cuando aparezcan grandes complicaciones y a la demanda.
- Promover contacto *directo* entre familiar y enfermo.
- Valorar la limitación del esfuerzo terapéutico (23)

- Averiguar la opinión de los ciudadanos sobre el Hospital y en concreto sobre el Servicio con objeto de subsanar deficiencias. (24)
- Asistencia social.
- Atención religiosa.

Se carece de un sistema estructurado y con soporte informático de *control de gestión* del Servicio para su valoración y seguimiento (presupuesto, costes, análisis de variaciones periódicas etc).

De manera informal se conoce el coste y por tanto las desviaciones groseras del mismo. La información de dicho coste se deduce de *datos estructurales* (servicios generales y amortización), de *datos intermedios* (servicios auxiliares y servicios centrales), y de *datos finales* (personal, farmacia y suministros) que son solicitados por el propio Servicio, su suma evidencia el coste de producción, pudiendo deducir el coste por estancia, por unidad ponderal y el coste medio por proceso.

Como *reflexión final* decir que históricamente la formación médica ponía su acento en la preparación clínica, diagnóstica y terapéutica junto con el aprendizaje de las habilidades que para la práctica de la medicina se requerían. Se exigía de los profesionales sanitarios además una dedicación vocacional. La sociedad moderna esta variando este enfoque. Junto al núcleo central citado, exige una rigurosa formación científica y objetividad en las decisiones, demandando a todos los médicos eficacia, efectividad y eficiencia, es decir que las decisiones y medidas que se adopten deben estar científicamente fundamentadas, que sean las más adecuadas y que su coste sea proporcional a los objetivos que hay que cubrir (25).

Bibliografía

- ¹ ORTÚN, V. *Clínica y Gestión*. Medicina Clínica (Barc) 1995; 104: 298-300.
- ² VÁZQUEZ, G., ESTEBAN, A., TOMASA, A. *La Medicina Intensiva en España. Una perspectiva histórica*. Medicina Intensiva 1987; 11: 429-432.
- ³ GÓMEZ, J.A. *Origen de la Medicina Intensiva en España: historia de una revolución*. Medicina Intensiva 1998; 22: 421-429.
- ⁴ ESTEBAN, A., LÁZARO, A., Y ARAGÓN, C. *Formación en Medicina Intensiva*. Medicina Intensiva 1987; 11: 432-436.
- ⁵ Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. *Programa de Formación para Médicos Especialistas en Medicina Intensiva*. Medicina Intensiva 1993; 17: 293-300.
- ⁶ PÉREZ, J.L., RENES, E., MONTEJO, J.C., PERALES, N. *Gasto cardíaco continuo por termodilución en el paciente crítico*. Medicina Intensiva 1997; 21: 324-331.
- ⁷ DAGA, D., HERRERA, M., DE LA TORRE, M.V. y otros. *Terapia continua de sustitución renal en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Medicina Intensiva 1999; 23: 13-22.

- ⁸ GÓMEZ, J., GÓMEZ, J., PERE, F. *Terapéutica antimicrobiana en Cuidados Intensivos: elección razonada del tratamiento antibiótico*. Medicina Intensiva 1997; 21: 277-281.
- ⁹ SOLSONA, J.F., ABIZANDA, R. *Hacia la elaboración de criterios de ingreso en los Servicios de Medicina Intensiva*. Medicina Intensiva 1998; 22: 72-73.
- ¹⁰ HERRANZ, G. *Los enfermos importantes y el hospital. Problemas éticos que plantea la notoriedad de los pacientes*. Medicina Clínica (Barc) 1988; 91: 499-501.
- ¹¹ CASAS, M. *GDR. Una guía práctica para médicos*. Cuadernos de Gestión Clínica. 1995: 5-54.
- ¹² SAMPLINER, J.E., VINOCUR, B., SHELDON, J. *Cuidado general del paciente críticamente enfermo*. En: Manual de Cuidados Intensivos. Eds: James L. Berk, James E. Sampliner, J. Sheldon Artz, Barry Vinocur. Elicien. Barcelona, 1980. Pág 23-36.
- ¹³ POZO, F. *La eficacia de las pruebas diagnósticas (I)*. Medicina Clínica (Barc) 1988; 90: 779-785.
- ¹⁴ POZO, F. *La eficacia de las pruebas diagnósticas (y II)*. Medicina Clínica (Barc) 1988; 91: 177-183.
- ¹⁵ OLIVES, J. *Documentación biomédica: Estructura y funcionamiento de las bases de datos bibliográficos*. Medicina Clínica (Barc) 1991; 97: 265-271.
- ¹⁶ GOL, J. M. *Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia*. JAMA (Ed. esp) 1997: 5-14.
- ¹⁷ DE LA TORRE, F. *Introducción*. En: El ensayo clínico en Medicina Intensiva. Ed: F.de Latorre (Coordinador). Ediciones Ergon. Madrid, 1997.
- ¹⁸ KNAUS, W., DRAPEZ, E. A., WAGNER, D.P., ZIMMERMAN, J.I. *APACHE II : a severity of disease classification system*. Crit. Care Med. 1985; 13: 818-829.
- ¹⁹ RODRÍGUEZ, M. I., BONET, A. , SIRVENT, J.M., GAVALDÁ, L. *Correlación del Apache II con el SAPS II. Aplicación clínica*. Medicina Intensiva 1988; 22: 304-307.
- ²⁰ RODRÍGUEZ, J. M., DEL NOGAL, F., LÓPEZ, J. y otros. *Producción, calidad y costes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Una experiencia de tecnificación de la gestión*. Medicina Intensiva 1993; 17: 258-269.
- ²¹ RUIZ, J. *Hacia la obtención de la ventaja competitiva en Medicina Intensiva*. En :Instrumentos de gestión en Medicina Intensiva. Eds: R.Abizanda (Coordinador). Ediciones Ergon. Madrid, 1998. Pág. 53-83.
- ²² CORELLA, J. M. *Introducción a la gestión de marketing en los Servicios de Salud*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 1998. Monografía nº 1: 121-134.
- ²³ ABIZANDA, R., ALMANDRO, L., BALERDI, B. y otros. *Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la Medicina Intensiva*. Medicina Intensiva 1994; 18: 100-105.
- ²⁴ SOBEJANO, I., ARRAZOLA, A., GAMINDE, I., VIÑES, J. J. *La opinión pública y el Sistema de Salud*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2000. Monografía nº 3: 49-57.
- ²⁵ VÁZQUEZ, G., REINA, A., FELICES, F. *Eficacia, efectividad y eficiencia. Su auge en Medicina Intensiva*. Medicina Intensiva 1993; 17: 1-3.