

La valoración del uso apropiado de la revascularización miocárdica en España: un proyecto para el futuro

Gaietà Permanyer Miralda y Jordi Soler Soler

Servicio de Cardiología. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

cirugía cardiovascular/ evidencia científica/ protocolos diagnósticos/ revascularización miocárdica

Dentro de la actual expansión de las técnicas de evaluación de las actividades clínicas ocupa un lugar propio la valoración de la adecuación o uso apropiado de las tecnologías médicas. Esta actividad, al igual que otros procedimientos de evaluación, obedece al creciente impulso autocrítico que se observa en la actual investigación sobre ciencias de la salud. Este impulso no es ajeno en absoluto a las medidas de control del gasto sanitario y a los intentos de gestión directa de la atención sanitaria, pero ciertamente se debe también al cada vez mayor interés en conocer cómo es en realidad la práctica clínica de cada país o medio sanitario para contribuir así a mejorar su calidad, considerando la búsqueda de este conocimiento como una forma específica de actividad científica. La valoración del uso apropiado de tecnologías médicas es, por tanto, un destacado exponente de lo que actualmente se denomina investigación en servicios sanitarios. Pretende responder a las preguntas que Lázaro et al se formulan al inicio del trabajo¹ que motiva el presente comentario: ¿está justificado indicar revascularización en todos los enfermos sometidos a ella?, ¿en cuántos no es así? Y, por otra parte, ¿en cuántos de los pacientes que la requieren no se lleva a cabo? La importancia de poder responder a estas preguntas queda bien manifiesta en aquellos estudios que pretenden evaluar de forma amplia la efectividad de procedimientos terapéuticos en nuestro medio².

A pesar de que la evaluación del uso apropiado de tecnologías médicas puede tener aún un largo camino que recorrer y de que su utilidad real es objeto de polémica, es un proceso que lleva ya años de experiencia y ha alcanzado importantes logros³. Uno de ellos ha sido difundir la noción de la importancia de detectar la sobreutilización e infrautilización de las tecnologías médicas, noción que adquiere especial importancia frente al reconocimiento de las altas tasas de variabilidad de la práctica clínica en distintos medios.

El trabajo objeto de este «Comentario» es la primera aproximación que se hace en España al establecimiento de lo que se denominan estándares de uso apropiado de la angioplastia transluminal percutánea y de la cirugía de derivación aortocoronaria. En él se describe minuciosamente cómo se ha seguido un método complejo para establecer, en nuestro país, una catalogación de más de 1.800 situaciones clínicas teóricas en función de que, en cada una de ellas, se juzguen como «apropiada», «inapropiada» o «dudosa» la indicación general de revascularización miocárdica y la indicación específica de angioplastia o cirugía. La decisión se ha basado en las puntuaciones de un panel de expertos (cuatro cardiólogos no intervencionistas, cuatro cardiólogos intervencionistas y cuatro cirujanos cardíacos), emitidas según su criterio personal tras haberseles facilitado una revisión de la evidencia existente realizada por el equipo investigador. El método es el ya seguido en otros países para elaborar sus estándares propios, y se inscribe en una iniciativa internacional (el denominado método RAND-UCLA)^{1,3,4}, alguno de cuyos líderes figuraron como moderadores en las sesiones de establecimiento de las puntuaciones. Es de destacar, por tanto, que este trabajo no es fruto de una iniciativa independiente o aislada de unos investigadores de este país, sino que se vincula a un amplio movimiento que ha producido ya abundante bibliografía. El establecimiento de unos estándares como los elaborados en el trabajo puede tener diversas aplicaciones, tales como: a) analizar la adecuación de la práctica en una institución o ámbito concretos, con la finalidad de realizar controles internos de calidad; b) llevar a cabo comparaciones entre centros, zonas, regiones, etc., a efectos de gestión sanitaria, y c) contribuir, a modo de guía de práctica clínica, a las decisiones médicas individuales.

¿Qué significado tiene para el cardiólogo español la introducción de estos estándares de uso apropiado? Antes de intentar dar una respuesta, no desprovista de incertidumbre, a esta pregunta parecen oportunas unas consideraciones, algunas de las cuales se fundamentan en hallazgos del propio trabajo de Lázaro et al.

La primera de ellas es recordar, aunque parezca una obviedad, la enorme dificultad que representa reducir

Correspondencia: Dr. G. Permanyer Miralda.
Servicio de Cardiología. Hospital General Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

(Rev Esp Cardiol 1998; 51: 716-719)

la complejidad de las decisiones clínicas de la vida real a un esquema teórico, por elaborado que éste sea. De hecho, si esta dificultad estuviera solventada, actividades como la valoración del uso apropiado no plantearían problema alguno y, ciertamente, los plantean. Frente a esta dificultad cabe hacer inicialmente dos comentarios: en primer lugar, y asumiendo lo que de imperfecto aún tengan este tipo de valoraciones, parece innegable que hasta el momento actual han permitido ya elaborar una visión crítica global válida del estado de la práctica clínica en diversos países³; en segundo lugar, las reservas que este tipo de conceptualizaciones suscitan frente a casos individuales suelen seguirse, cuando están correctamente elaboradas, de la sorpresa de su aceptable validez para describir poblaciones amplias. La medida de la salud percibida es un ejemplo de este fenómeno. El problema, por tanto, más que decidir como una cuestión de todo o nada si la valoración del uso apropiado de la revascularización miocárdica es una técnica correcta o no, estriba en analizar en qué aspectos podría mejorarse y, fundamentalmente, en qué sentido deben interpretarse sus resultados.

Un objetivo más o menos lejano de todas las modernas técnicas que, de una forma u otra, intentan racionalizar la actividad clínica es reducir el grado de incertidumbre inherente a la toma de decisiones. Un hallazgo destacado del trabajo de Lázaro et al es que el panel de expertos consideró la indicación de revascularización como «dudosa» en un 25% de situaciones teóricas, siendo el porcentaje de 30% en lo que respecta a la indicación de angioplastia y de 18% a la de cirugía. Los porcentajes observados en la práctica real en diferentes países oscilan, en distintos trabajos, entre un 7% y un 38%¹. En otras palabras, la incertidumbre sobre cómo valorar el grado de adecuación de las indicaciones y técnicas de revascularización, aun dentro de los estándares de la metodología empleada, puede persistir en hasta una cuarta o una tercera parte de situaciones. Posiblemente las otras situaciones, en las que la adecuación o inadecuación resultan claras con el método usado en el trabajo, serían también en buena parte juzgadas como inequívocas por la mayoría de profesionales cualificados sin necesitar un método especial para su valoración. Este hecho ilustraría precisamente que el método RAND-UCLA no puede pretender resolver por completo ni la incertidumbre de la práctica clínica ni la dificultad de establecer la conducta apropiada en buen número de situaciones. Se ha afirmado⁵ que los métodos basados en el consenso de expertos no crean datos científicos nuevos, sino que simplemente codifican creencias previas. Los autores del trabajo son bien conscientes de este hecho al recordar que, aun pudiendo sus resultados ser útiles como un elemento más para la toma individual de decisiones, no deben usarse a modo de receta de cocina que exima de plantear reflexivamente cada caso indivi-

dual. Ciertamente, no es ésta la finalidad principal de un trabajo como el realizado por Lázaro et al.

El lector ajeno a la metodología de este tipo de trabajos no puede por menos de preguntarse sobre el grado de validez de distintos aspectos de la misma. ¿Qué tipo de validación tienen decisiones como, por ejemplo, estratificar las puntuaciones en la escala de adecuación en tres grupos según los intervalos convencionales adoptados, o bien la forma como se tratan las puntuaciones discrepantes? ¿Son suficientes cuatro expertos por cada subespecialidad para asegurar una valoración estable? ¿Se ha hecho algún intento para asegurar la reproducibilidad de las puntuaciones observadas? La bibliografía ofrece algunas respuestas a estas cuestiones, aunque se ha destacado⁴ lo poco que se han evaluado las propiedades del método RAND-UCLA en cuanto instrumento diagnóstico. Recientemente se ha valorado su reproducibilidad⁴ y ha sido considerada subóptima, aunque mejor para la revascularización miocárdica que para otros procedimientos. Otros autores⁵ han destacado que, en el caso de que las indicaciones inadecuadas sean relativamente raras, la mayoría de puntuaciones indicativas de inadecuación serían falsos hallazgos positivos y han considerado la posibilidad de modificar los puntos de corte de la escala. Frente a estas críticas, parece lógico que subsistan algunas dudas para el médico clínico, especialmente considerando que la ausencia de un auténtico patrón de referencia de lo que es atención sanitaria apropiada en cada caso haga muy dificultosa la validación sólida de estas técnicas⁶. En ausencia de dicho patrón de referencia objetivo, la validez teórica de la medida del uso apropiado siguiendo el método RAND-UCLA podría en parte establecerse comparando sus resultados con los de otra metodología que midiera el mismo concepto, como se ha hecho recientemente⁷. La validación podría también provenir indirectamente del uso del método en la práctica clínica y la correlación de los resultados con otras variables clínicas asociadas a mejor o peor calidad asistencial, o de la evolución de las medidas a lo largo del tiempo tras introducir modificaciones en la práctica.

La cuestión de las discrepancias entre expertos, suscitada en el párrafo precedente, va más allá del problema de cómo se manejan aquéllas en el análisis de los resultados del trabajo. De hecho, plantea una duda más profunda: ¿tiene el desacuerdo sobre una indicación de revascularización dada (desacuerdo que en el método RAND-UCLA se define como la catalogación de una misma indicación como apropiada e inapropiada por distintos expertos) el mismo significado que la puntuación unánime de esa misma indicación como dudosa? Ambos resultados se homologan en la escala del método como igualmente correspondientes a «indicación dudosa». Sin embargo, la cuestión es más compleja: las indicaciones consideradas dudosas con el método RAND-UCLA pueden obedecer al menos a tres situa-

ciones distintas: ausencia de evidencia suficiente, desconocimiento o falta de uso de la misma por alguno de los evaluadores, o elasticidad de su interpretación. En una presentación reciente⁸ de los resultados del trabajo que nos ocupa, los autores destacan que, aunque la tasa global de desacuerdo fue baja (13%), hubo diferencias apreciables en las puntuaciones de uso apropiado entre los tres grupos de expertos: los cardiólogos no intervencionistas tendían significativamente a puntuar más bajo en las escala de adecuación (es decir, tendían a considerar como menos adecuados los procedimientos de revascularización) que los cardiólogos intervencionistas, hallándose los cirujanos en una zona intermedia. Estas discrepancias se resolvieron en la catalogación final aparecida en el trabajo (indicación «apropiada», «inapropiada» o «dudosa») mediante unas reglas arbitrarias de manejo de los resultados. ¿Se corresponde necesariamente esta especie de promedio cualitativo entre las puntuaciones discrepantes con el grado real de incertidumbre existente sobre las indicaciones correspondientes? Dicho en otros términos, ¿hasta qué punto excluye la metodología seguida las puntuaciones claramente sesgadas según la orientación profesional y discrepantes de la evidencia existente? En este sentido, merece la pena destacar la verificación en la bibliografía de que los juicios sobre adecuación de procedimientos invasivos pueden estar fuertemente determinados por el hecho de que quien los emite sea o no cardiólogo intervencionista⁷.

A pesar de la difusión y el prestigio que ha alcanzado en muchos ámbitos, el valor del método RAND-UCLA, promocionado como virtualmente el único disponible para evaluar el uso apropiado de tecnologías médicas, ha sido cuestionado^{5,6,9} no sólo debido a las reservas mencionadas sobre su validez y precisión, según las cuales sería sólo un instrumento de cribado grosero⁶, sino por considerar que, a pesar de la apariencia de objetividad de los estándares de uso apropiado, su elaboración es altamente subjetiva⁹. Es difícil identificar hasta qué punto influye en el juicio de los panelistas, en principio referido a una situación teórica, la consideración de los resultados observados en su medio asistencial concreto que, por otra parte, deben tenerse en cuenta a la hora de aplicar en la práctica un juicio específico de adecuación. Se ha criticado también que en su concepción no se contemplan elementos importantes en la práctica clínica tales como el contexto asistencial o las preferencias del paciente⁸. ¿Qué podemos pensar, pues, como nos preguntábamos en un párrafo previo, de su introducción en España?

En primer lugar, creemos que las críticas emitidas no invalidan el método, que sigue representando un instrumento valioso con el que pueden obtenerse resultados ciertamente polémicos pero que representan un primer abordaje de una cuestión de auténtica importancia en la evaluación de las actividades clínicas. Por otra parte, aunque se ha planteado la posibilidad

de métodos alternativos de valoración del uso adecuado¹⁰, con ninguno se dispone aún de experiencia suficiente para establecer una comparación formal entre ellos. Y realmente las posibilidades del método RAND-UCLA, incluso con las reservas mencionadas, parecen muy amplias. Las críticas que hemos formulado en párrafos previos sugieren que su utilidad para analizar casos individuales (o grupos pequeños de pacientes) es cuestionable en ausencia de un análisis minucioso, aunque ciertamente los estándares elaborados pueden ser útiles al médico clínico para ayudar a la toma de decisiones si se usan con criterio. Puede ser también imprudente extraer conclusiones rígidas de su aplicación a centros aislados en ausencia de tamaños de muestra apropiados y de unas condiciones suficientes de rigor de aplicación y análisis, aunque es realmente posible que, en esta situación, sea útil para objetivar desviaciones importantes. Hasta ahora, su aplicación más elocuente ha sido la búsqueda y descripción de los patrones de actuación clínica en poblaciones grandes y la comparación entre distintas zonas o países³. Los resultados de estos estudios, apropiadamente interpretados, pueden justificar actuaciones sanitarias de amplia influencia. No obstante, la comparación entre zonas o países puede verse limitada por las dificultades inherentes a toda comparación entre poblaciones distintas si las diferencias sanitarias y socio-culturales son amplias o los estándares son diferentes. La realización, con metodología homogénea, de mediciones repetidas a lo largo del tiempo en una misma área puede identificar tendencias al cambio de los patrones de práctica clínica en dicha zona, sean espontáneos o asociados a cambios de política sanitaria. En todas estas evaluaciones, las conclusiones menos sometidas a reservas serán las que se refieran a las indicaciones juzgadas como claramente adecuadas o inadecuadas, frente a las consideradas dudosas.

En resumen, pues, los cardiólogos españoles debemos familiarizarnos ya con la noción de que la evaluación de nuestras actividades clínicas forma parte, teóricamente para buen fin, del tipo de cultura sanitaria hacia el que nos movemos. Los estudios de uso apropiado de diversas técnicas pueden, a pesar de todas las reservas formuladas, llegar a ser un elemento importante de dicha evaluación. El trabajo de Lázaro et al aporta a nuestro medio un primer instrumento, teóricamente perfectible, que debe ser bienvenido para avanzar en esta vía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia transluminal percutánea y cirugía aorto-coronaria. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 689-715.
2. Permanyer Miralda G, Brotons Cuixart C, Ribera Solé A, Cascant Castelló P, Pons JMV, Alonso J et al. Desigual perfil clínico, ca-

- lidad de vida y mortalidad hospitalaria en pacientes operados de injerto aortocoronario en centros públicos y privados de Cataluña. *Rev Esp Cardiol* 1998. En prensa.
3. McGlynn EA, Naylor CD, Anderson GM, Leape LL, Park RE, Hilborne LH et al. Comparison of the appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass surgery between Canada and New York State. *JAMA* 1994; 272: 934-940.
 4. Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Kamberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Eng J Med* 1998; 338: 1.888-1.895.
 5. Phelps CE. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N Engl J Med* 1993; 329: 1.241-1.245.
 6. Naylor CD. What is appropriate care? *N Engl J Med* 1998; 338: 1.918-1.920.
 7. Ayanian JZ, Landrum MB, Normand SLT, Guadagnoli E, McNeil BJ. Rating the appropriateness of coronary angiography - do practicing physicians agree with an expert panel and with each other? *N Engl J Med* 1998; 338: 1.896-1.904.
 8. Lázaro P, Fitch K, Martín Y, Bernstein S. Physician recommendations for coronary revascularization: variations by clinical specialty [resumen]. Ottawa: Comunicación al 14th Annual Meeting de la International Society of Technology Assessment in Health Care, 1998.
 9. Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *Br Med J* 1994; 309: 730-733.
 10. Hux JE, Naylor CD, and the Steering Committee of the Provincial Adult Cardiac Care Network of Ontario. *Lancet* 1996; 348: 1.202-1.207.