

3.7. Aldakortasuna praktika klinikoan

Ibai Tamayo Rodríguez¹, Julian Libroero López¹,
Enrique Bernal-Delgado², Salvador Peiró³

¹Navarrabiomed, Iruñea

²Osasun-zientzien Aragoiko Institutua

³CSISP, Valentzia

ibai.tamayo.rodriguez@navarra.es

a) Sarrera

Gaur egungo praktika klinikoaren aldakortasunaren historia 1930eko hamarkadan hasi zen (*Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. Proc Royal Society Med. 1938; 31:1219-36.*). 1938. urte horretan, Glover doktoreak ikerketa bat hasi zuen, eta bertan, galdera hauen erantzuna bilatzen zuen:

Zein da Ingalaterrako konderrietako amigdalektomien tasa? Eta, tasa horiek denboran mantentzen al dira?

Hasierako lan horretan ikusi zuenak ahozabalik utzi zuen. Ebakuntza horien tasa 10 aldiz handiagoa izan zatekeen konderri batean hurbileko beste konderri batean baino. Eta, gainera, tasa horiek urteetan zehar mantentzen ziren. Aldiz, mediku berri bat ospitale batera heltzean, ebakuntza-tasa hoiek zeharo aldatzen ziren: “Garrow doktoreak, 1929. urtean, eskola-mediku bezala egin zuen lehenengo urtean, ebakuntza-kopurua 186tik (eskolaratutako ume guztien % 2,9) 13ra (guztirakoaren % 0,2) jaitsi zuen, eta tasa hori ondorengo 8 urteetan mantendu zen.”

Aldakortasun horiek azaltzeko (*surgical signature phenomenon*), Glover doktoreak oinarritzko hipotesi hauek adierazi zituen:

“Leku batetik besterako aldakortasuna hain da handia, oso zaila egiten zitzaidan sinestea horren atzean toki desberdinen gaixotasun-kargak egon litezkeenik. Logikoagoa iruditzen zitzaidan pentsatzea desberdintasun horiek leku bakoitzeko medikuaren preskripzio ohiturek eurek justifikatzen dituztela.”

Horrez gain, kontuan hartu behar da ebakuntza horien arrazoien atzean umeez izan zitzaketen konplikazioak ekiditea zegoela. Eta horregatik egiaztatu nahi izan zuen ebakuntza-tasa desberdinak konplikazio-tasa desberdinekin bat bazetozen. Eta aurkitu, aurkitu zuen, ez zela horrela! Ebakuntza gutxiago zuten konderriek ez zuten konplikazioa-tasa handiagorik!

Ondorioztaturiko aldakortasunaren arrazoia esaldi honekin adierazi zuen: “tratatzan ez diren kasuen berezko historiaren ezagutza faltak eta ebakuntzaren geroko onuraren desadostasunak azaltzen du aldakortasuna”.

70eko hamarkadan (40 urte geroago), Jack Wennberg-ek Gloverren lanarekin jarraitu zuen eta ondorio beretara heldu zen. Amigdalektomien tasak Ingalaterra Berrian (AEB) % 8tik % 70era bitartekoak

dira. Horrez gain, beste prozedura batzuen aldakortasuna aztertu zuen eta honako emaitzak ikusi zituen: 1) Histerektomien tasa % 15 eta % 60 artean aldatzen da lekutik lekura. 2) Prostataktomien tasa % 5 eta % 15 artean aldatzen da leku batetik bestera.

Horrela, bada, Wennbergekin lehenengo aldiz ziurgabetasunaren hipotesia planteatu zuen:

- 1) Biztanleriaren gaixotasunen nahiz beste aldagaien tasen desberdintasunak ez du Praktika klinikoko aldakortasuna azaltzen antzekoak diren inguruen artean.
- 2) Aldakortasuna zeharo gutxitzen da akordio klinikoak daudenean prozeduraren eraginkortasunaren inguruan. 3) Aukera kliniko onenaren aurrean ziurgabetasuna dagoenean bakarrik (edo ezjakintasunaren ondorioz) garatzen dituzte medikuek praktika mota desberdinak, aldakortasunaren, tratamendu desegokien eta behar ez den osasun-gastuaren arrazoia direnak. 4) Praktika mota horiek, nahiz eta beste faktoreek eragiten dieten, erabat baldintzatuta daude eskaintzaren bolumenagatik (baliabideen bitartekoengatik).

Orduan, zer da aldakortasuna praktika klinikoan?

Aldakortasun sistematikoa da (ez dena zori hutsez gertatzen) osasun- edo ebakuntza-prozedura batean edo horren ondorioetan, biztanleria edo gaixoen arteko desberdintasunak behin alde batera utzita. Adibidez, bat-batean *hallux valgus*entzako ebakuntzen kopurua igotzeak, itxaron-zerrendak murrizteko asmoz sortu diren politiken ondorio bezala, espero baino tasa handiagoak emango lituzke. Nolanahi ere, puntuala den egoera baten ondorio denez, ezin da praktika klinikoaren aldakortasunaz hitz egin kasu horretan. Era berean, gaixotasun infekzioso baten agerraldia dela eta hildakoen tasa igoko balitz ez litzateke izango aldaketa sistematiko bat.

Nahiz eta urteak pasa diren, gaur egunera arte hainbat alditan nabarmendu izan da prozedura batzuentzat aldakortasun handia ikus daitekeela, bai herrialde desberdinen artean, bai herrialde beraren barruan, eta beste batzuentzat, berriz, ez dela hori gertatzen. Gainera, atera dezakegun oinarritzko ondorioa da, badirudiela aldakortasun hau, denbora pasa arren, osasun-zerbitzu oso desberdinak dituzten herrialdeen artean ere ematen dela, hau da: "jasotzen dugun osasun-zerbitzuak lotura handiagoa dauka geografiarekin, gaixotasunen epidemiologiarekin baino; garrantzitsuagoa da posta-kodea gene-kodea baino".

Ondorioz, horrek esan nahi du persona batzuek behar baino arreta gutxiago hartzen dutela, beste batzuek beharrezkoa baino askoz gehiago, eta beste batzuek egokia ez den arreta jasotzen dutela.

Ez da erraza aitortzea, gaur egungo osasun-zerbitzuez ari garela, hori horrela denik. Izan ere, konbentzio bezala onartzen dugu osasun-zerbitzuak beharrezko oinarrian preskribitzen direla. Horregatik, bada, osasungintzan urte askotan uste izan dugu osasun-zerbitzu gehiago eskaintzeak herriaren osasuna hobetzea zekarrela, eta hori hainbat arlotan ukaezina da. Hala ere, aldakortasun horiek egoteak, hain zabaldua eta ezin justifikatuzko eran, geure buruari galdera egitera behartzen gaitu, gauzak benetan ongi egiten ari garen jakiteko hausnarketa egitera: planteatzea zein gaixori egin behar zaion zein prozedura eta nola, noiz eta zein trebetasunekin egin behar zaien.

Zer arrazoi dago orain onartzen den aldakortasun klinikoaren atzean?

Ezjakintasuna: Beta blokeatzaileen preskripzioa infartu baten ondoren % 5etik % 92ra bitartekoa da, baina % 100 inguruan egon beharko litzateke.

Ziurgabetasuna:

1. Eskaeran oinarrituriko arreta: **Garbi ez dagonean zein den prozedurarik onena**, zer eskatzen du gaixoak? Tratamendua garestiegia da? Zer kultura-maila du gaixoak?

Hitzaldiak: bigarren mahai-ingurua

2. Eskaintzan oinarrituriko arreta: **Garbi ez dagonean zein den prozedurarik onena**, zein da ospitalearen baliabideen bolumena, profesionalen hezkuntza... Zer sustapen-sistema dute profesionalek?

b) Zer egin aldakortasun klinikoaren aurrean?

Aldakortasun klinikoa aldatzeko estrategiak bi dira, eta gaur egungo politika eta kudeaketa klinikoaren ardatzak dira:

- a) Ziurgabetasunaren aurkako ekintzak: Tratamendu edo prozedura baten eraginkortasuna ezagutzeak eta bigarrenengo iritzia eskarazteak praktika homogeneizatzen du, gastua eta aldakortasuna murriztuz.

Adibidea: Domenighetti-ren esperientzia. Domenighettik ikusi zuen Ticino kantonamenduan histerektomia-tasa inguruko herriena baino handiagoa zela eta ez zekien zergatik. Orduan, 1982. urtean pazienteei bigarren iritzi bat eskatzeko esaten hasi zen, eta informazio horrekin bakarrik, histerektomia-tasa % 30 jaitea lortu zuen.

- b) Ziurgabetasuna onartzea eta praktikaren gainean jardutea: profesionalei eskatzea, zalantzak izatekotan, praktika ahalik eta arinenak gomendatzeko, zerbitzuen erabilera murriztea lortze aldera.

c) Nola egiten da aldakortasunaren analisisa?

Normalean bi motatako diseinuak erabiltzen dira. Alde batetik, geografian oinarrituriko ikerketak. Azken horiek ikertzen dute bi leku desberdinetako biztanleek zerbitzu desberdinak dituzten, edota emaitza desberdinak ote dituzten, biztanleriaren egitura kontuan hartuta.

Area txikiko analisiak edo metodo bayesiarrean oinarrituriko espazio analisiak. Garrantzi handiko ikerketak dira horiek, osasun-politika eta kudeaketa klinikoaren barruan, baina ez dute hainbesteko garrantzirik paziente bakoitzaren erabilera klinikorako. Esaterako, biriketako buxada kronikoaren arrazoiari dagokionez (tasen arteko zatiketa, behin sexuaren eta adinaren arabera estandarizatuta), bi herrialdeen artean desberdintasunik dagoen begiratzea.

Nolanahi ere, aldakortasuna medikuen artean ere ematen da, zerbitzuen artean edo ospitaleen artean. Kasu horietan, banakotasunean oinarrituriko analisiak egiten dira, aztertzeko paziente berek (eta ez herrialde edo tokiak) prozedura desberdinak jasaten ote dituzten, hornitzaile desberdinek euren ardura hartzean. Halaber, horrek gastu desberdinak dakartzan edo ondorio kliniko desberdinak dituzten neurtzen da. Horrelakoek kohorte motako diseinua izaten dute. Horren atzetik dagoena da gaixoen izaera kliniko bereizgarriak kontrolatu beharra, jakiteko aldakortasunaren zein zati dagokion ospitaleari bakarrik; esate baterako, zenbat aldiz berriz ospitalizatzen dira alta lortu duten biriketako buxada kronikoa dutenek, behinadina, beste gaixotasun kronikoak, egoera funtzionala eta abar emanda.

d) Adibideak

Mastektomia kontserbatzailea

Mastektomia kontserbatzailea aukera segurua da bularreko minbizirako.

Bere abantailak argiak dira; alde batetik, norberaren itxuraren arazoa txikitzen duelako, baina bereziki horren alde esan dezakeguna hau da: ez dituela linfadenektomiaren ondorioak. Hala ere, kasu horretan beharrezkoa da erradioterapiaren bitarteko tratamendu intentsiboa.

Zer espero da?

Bularreko minbiziarentzako prozedura ebakuntza da. Espainia mailan, mastektomieaz kontserbatzailearen aldakortasuna minbizia duten emakumeen artean txikia da, eta gaixotasunaren intzidentzia desberdinaren ondorioa. Gauza bera gertatu beharko litzateke mastektomia kontserbatzailean kirurgialariak trebakuntza maila bat lortutakoan.

Zer gertatzen da?

Tasa mailak 6 aldiz handiagoak dira herrialdearen zonalde desberdinen artean. Mapan garbi ikus daiteke ipar-ekialdearen (kirurgia kontserbatzailea batez bestekoa baino ohikoagoa den eremuan) eta herrialdeko gainerako zatiaren arteko aldea, non tasak batez bestekoa baino txikiagoak diren (itxaron genezakeena baino % 50 beherago).

Zergatik gertatzen da?

Seguraski, teknika trebatzearen erritmo desberdinak azal dezake ikusitako aldakortasuna. Are gehiago, kontuan hartuta gaixotasunaren intzidentzia bera dela, oro har.

Baheketa-prozeduretarako tradizioa ere ez da bera leku batetik bestera, hortaz, herri batzuetan erradioterapiako tresneria beste batzuetan baino eskuragarriago dago.

Nola konpon dezakegu?

Kontuan izanik teknika segurua dela, kendu egin beharko lituzkete teknika horiek eskuratzeko trabak aseguru publikoen barne, herrialde osoan.

Kudeatzailearen ikuspuntutik, arrazoia edozein dela ere, prestakuntzako oztupoak edo antolakuntza-koak izan, berrikusi egin beharko lirateke.

Arrazoia erradioterapiako zentroa bera bada, izan liteke aldakortasunaren atzean gaixoen euren lehenetsunak egotea, hau da, lekualdaketaren ondorioa itxurarena baino garrantzitsuagoa izatea gaixoarentzat. Kasu horretan, pazienteari azaldu beharko litzaioke zer desberdintasun dagoen bi tekniken artean.

d) Diabetesaren desorekak

Diabetesa duten gaixoen desoreka metabolikoa kontrolatzeko hainbat zerbitzu behar dira: anbulategiko kontrola, kontrol horien jarraipena zerbitzu desberdinen artean, osasun-zerbitzuen eta gaixoaren ingurunearen arteko interakzioa, eta abar.

Zerbitzu horiek ez bateratzeak edo jarraipenean gertatzen diren akatsek ondorio desegokien arriskua handitzen dute.

Zer espero da?

Diabetesaren tratamenduaren ezagutza, profesionalen espezializazio maila, eta sorospen maila desberdinen arteko elkarrizketa homogenea lortzea. Beraz, behin adinaren eta sexuaren eragina kontuan hartuta, oso desberdintasun txikiak espero dira.

Hitzaldiak: bigarren mahai-ingurua

Zer gertatzen da?

Osasun-eremu baten ospitalizazio-tasa beste eremu baten tasa baino lau aldiz handiagoa da. Espainia mailan, adibidez, ikus dezakegu estatuko erkidegoen % 25ean arriskua 1,32 aldiz baino handiagoa dela.

Zergatik desberdintasun horiek?

Badirudi gaixoen zainketa bera eta zainketa horien jarraipena desberdin egiten dela leku batetik bestera.

Agian, gaixoaren eta gaixoaren inguruko pertsonen ematen zaien heziketa ez delako ona, edo lehen mailako arretak leku batzuetan ez duelako jarraipenik.

Nola konpondu?

Osasun-sistemak emaitza txar hauek murriztu behar ditu. Finantzatzaileak, zerbitzuen erosle bezala, gaur egungo sustapenak ebaluatu beharko lituzke, eta hemoglobina glikosiladaren balio onak lortzen dituzten profesionalen pizgarriak eman.

Kudeaketaren aldetik, komunikazio arazoak onartu eta ikertu egin beharko lirateke, eta aldaketak proposatu.

Gainera, ikusitako tasa maila desberdinak osasun-profesionalen arteko prestakuntza beharrak plazaratzen ditu, gehienbat, manei farmakologikoan.

Tonsilektomiak

Arestian ikusi dugun bezala (ia 100 urte geroagoko datuekin), adenoidektomiaren ebakuntza teknikarekin, faringoamigdalitisaren ondorioak ekidin nahi dira. Ikusi dugunez, aspaldikoak dira bere egokitasunari buruzko zalantzak.

Zer itxaron dezakegu?

Aintzat harturik ziurgabetasuneko teknika dela, aldakortasun handia espero dezakegu.

Zer gertatzen da?

Espero bezala, erkidego batetik bestera alde handia dago. Tasa batzuk besteak baino 6 aldiz handiagoak dira, lekuen arabera.

Zergatik desberdintasun hauek?

Azaldutakoak nahikoak dira ikus dezakeguna ulertzeko. Pazientean oinarrituriko arrazoi klinikoek ezin dute azaldu tasen arteko hainbesteko alderik, hurbil dauden bi eremuren artean.

Zer egin dezakegu?

Gehienetan efektibitatea txiekia denez, ondorio kaltegarriak izan ditzaketenez epe motzean eta alternatiba farmakologikoak badaudenez, mota horretako ebakuntzak finantzatzeak beste osasun-zerbitzuetatik baliabideak kentzea dakar.