

Actuaciones de los médicos y guías de práctica clínica

J. Lamela López^a y J. Castillo Gómez^b

^aServicio de Neumología. Complejo Hospitalario. Orense. España.

^bServicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

“Toda obediencia ciega supone una ignorancia extrema” (Jean Paul Marat)

Una serie de hechos está relacionada con nuestras actuaciones: *a*) La enorme variabilidad que existe entre los médicos cuando analizamos los datos de los pacientes y extraemos conclusiones; *b*) la incertidumbre casi continua con la que tenemos que tomar decisiones, muchas veces sin poder demorarlas, que pueden causar perjuicios graves para los pacientes si no son las adecuadas; *c*) cuestionar poco la información que recibimos, ya sea de artículos de revistas médicas, informes de ensayos clínicos financiados por las compañías farmacéuticas o recomendaciones de directrices; *d*) ir con la mayoría es más fácil y cómodo, también en la práctica médica; *e*) intervenir mucho: pedir muchas pruebas y prescribir muchos fármacos está bien visto, y *f*) aceptar mal los propios errores.

Por la incertidumbre y variabilidad de las decisiones médicas, y por otros motivos, como la calidad del cuidado a los pacientes y el aumento del gasto sanitario, aparecen cada pocos años iniciativas para mejorar la calidad de la asistencia médica. En la última década surgieron las guías de práctica clínica (GPC).

Las GPC son informes o recomendaciones elaborados de forma sistemática para asistir a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud más apropiados para circunstancias clínicas específicas¹.

Elaboración de las guías de práctica clínica

Para lograr que tengan interés y sean válidas para la práctica de los médicos, la realización de las GPC debe seguir un proceso complejo y esencial. Unas buenas GPC tienen que haber revisado toda la investigación existente e integrado la experiencia de la práctica clínica y la opinión de los expertos sobre el tema.

La revisión de la investigación existente en la actualidad se basa fundamentalmente en el examen de los en-

sayos clínicos aleatorizados. Las buenas revisiones sistemáticas y los metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados son considerados, en el momento actual, los principales soportes de las GPC y de la medicina basada en la evidencia (MBE)².

La información que aportan los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), aun reconociendo su importancia, es cada vez más criticada por diversas razones. En la selección de pacientes son frecuentemente excluidos los que padecen enfermedades asociadas, los que están por encima o por debajo de los límites de edad establecidos, o por otras razones que, sin embargo, se encuentran en situaciones reales. Además, muchos pacientes válidos para ser incluidos no aceptan dar el consentimiento para participar en el ensayo. Por otra parte, la mayoría de los ECA omiten datos importantes, como el tipo y la gravedad de los síntomas, la rapidez de progresión de la enfermedad y el grado de la morbilidad producida por enfermedades concomitantes. Los pacientes incluidos en los ECA son aquellos que se espera respondan favorablemente al tratamiento³. Las conclusiones suelen ser uniformes, como si los pacientes incluidos fuesen todos iguales. Y puede haber sesgos en la publicación de los resultados al informar únicamente de los positivos y omitir los negativos. Esto es cada vez más frecuente ya que, hoy día, la mayor parte de los ECA son financiados y dirigidos por las compañías farmacéuticas. Éstas controlan el diseño del estudio, el análisis y la publicación de los resultados y su interés es esencialmente comercial. Muchos ECA pueden ser valorados de forma diferente por los encargados de evaluarlos para las revisiones sistemáticas o metaanálisis. Y los responsables de la revisión pueden no ser clínicos conocedores de la enfermedad en cuestión. Por estas limitaciones, podemos tener problemas para aplicar los resultados a subgrupos de pacientes excluidos de estas pruebas.

Las intervenciones terapéuticas sobre los pacientes deben ser individualizadas y no deben estar guiadas únicamente por los informes publicados de los resultados de ECA en el paciente promedio. Los resultados de los ECA no pueden generalizarse a los pacientes individuales, y raramente proporcionan toda la evidencia necesaria para contestar las cuestiones clínicas. Los metaanálisis revisan estadísticamente los ECA sobre un tema e informan del resultado de este análisis. Al agregar datos a los metaanálisis se vulneran constantemente los principios de precisión y homogeneidad. Los estadísti-

Correspondencia: Sr. J. Lamela.
Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario.
Ramón Puga, 52-54. 32005 Orense. España.
Correo electrónico: jlamela@separ.es

Recibido el 23-7-2002; aceptado para su publicación el 17-9-2002.

cos prestan poca o ninguna atención a los conceptos biológicos de homogeneidad. Los resultados de los metaanálisis pueden ser beneficiosos para las compañías farmacéuticas y para los que realizan GPC, pero no siempre para los clínicos o los pacientes. A los clínicos les interesa conocer lo que sucede con pacientes como el que tiene que tratar en ese momento, que no es necesariamente como el paciente promedio^{2,4-8}.

Feinstein y Horwitz³ manifiestan que, antes, la evidencia científica de la medicina se basaba en estudios observacionales y, según estos estudios, se descubrieron la insulina y la penicilina. Los ECA no son el “estándar oro” y, aunque en la actualidad se les concede mucho valor, mañana puede ser diferente por la aparición de mejores pruebas. Estos autores concluyen diciendo: “una nueva forma de autoritarismo dogmático puede ser restablecida en la medicina moderna, pero las opiniones vendrán de la Cochrane de Oxford en vez de la Roma galénica”. Tonelli⁹ afirma que la evidencia de la investigación clínica difiere de la evidencia de la experiencia clínica y el fundamento fisiológico en la clase, no en el grado o la jerarquía. Y Grahame-Smith¹⁰ declara que la MBE debe ser servidora, no directora.

Además, una gran cantidad del conocimiento médico es de una evidencia media o baja, lo que se ha denominado “zonas grises” de la práctica clínica, y aquí es donde adquiere importancia la experiencia de la práctica médica¹¹. Según este autor, la medicina clínica consiste en unas pocas cosas que conocemos, unas pocas que creemos que conocemos (pero probablemente no conocemos) y otras muchas cosas de las que no conocemos nada. En relación con los límites del conocimiento científico, Karl Popper¹² indica que nunca podremos saber si una observación hecha puede considerarse cierta porque una observación posterior puede contradecir la anterior, haciéndola no tan cierta (lo cual significa falso) y necesitada de corrección.

La experiencia de la práctica clínica no es igual en todos los médicos, incluso en condiciones idénticas y durante el mismo tiempo. El sentido común y la motivación, unidos al conocimiento y aprendizaje de los errores, hace que unos médicos sean pronto verdaderos expertos y otros no lo sean nunca. Y la experiencia no siempre está relacionada con la cantidad de conocimientos teóricos, como ya decía Elliot Gilbert en 1977, en *The World of Mystery Fiction*: “no hay una conexión precisa entre la capacidad para descubrir o adquirir el conocimiento y la capacidad para aplicarlo”.

En la opinión o consenso de los expertos se basan fundamentalmente algunas GPC. En las “zonas grises” es donde la opinión de los expertos cobra más relevancia. Lograr un consenso en una opinión clínica se interpreta a veces, erróneamente, como evidencia de que la recomendación es correcta. Aunque la selección de los expertos debería basarse en la experiencia y el conocimiento de los mismos sobre el tema concreto, suelen intervenir también otros factores en la elección. Los expertos escogidos tienen muchas veces compromisos personales, profesionales y económicos, y tienden a recomendar lo que conocen mejor. ¿Qué significa un consenso de un grupo cuyas opiniones sobre el problema

pueden variar del 0 al 100%? Un consenso puede no ser más que la identificación del punto en el que todos los errores, simplificaciones y sesgos convergen, y no identifica necesariamente lo que es mejor¹³. Además, ¿quién puede asegurar que las GPC que desarrollan unos expertos son correctas? ¿Acaso no cambian continuamente recomendaciones de GPC que se consideraban perfectas, hasta que se demostró que no lo eran?

Las GPC no son las “tablas de la Ley”. La calidad de las GPC puede ser diferente, y según el tema tratado habrá más o menos evidencia científica. Por eso, se basarán también, en mayor o menor grado, en la experiencia clínica y la opinión de los expertos. Debido a los avances, tan rápidos, en el conocimiento médico y la tecnología, enseguida pueden aparecer otras que indiquen lo contrario sobre algunas definiciones o recomendaciones. Y no es preciso ser muy suspicaz para sospechar que las compañías farmacéuticas, que soportan económicamente la realización de una gran parte de las GPC, influirán de una u otra forma en las recomendaciones finales.

Para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones

La calidad de la asistencia médica depende esencialmente de las decisiones que tomamos los médicos con los pacientes. Muchas de nuestras actuaciones son correctas, pero muchas otras no lo son. Existen variaciones considerables entre los médicos en el proceso diagnóstico, desde realizar una historia clínica o exploración física hasta valorar una prueba de laboratorio o un estudio radiológico, y en el tratamiento recomendado. Un alto porcentaje de observadores médicos de un mismo proceso pueden no estar de acuerdo en el diagnóstico. Para tratar adecuadamente a los pacientes, es esencial diagnosticarlos antes de manera correcta. Para alcanzar un buen diagnóstico, son muy importantes la experiencia del médico y la realización de un buen reconocimiento del enfermo.

Las definiciones de muchas enfermedades están cambiando continuamente debido a que falta evidencia científica en relación con muchos aspectos de las mismas. Si la enfermedad está claramente definida por una serie de síntomas, signos y resultados de otros estudios, los médicos podemos valorarlos de forma diferente y extraer conclusiones distintas. La variabilidad de la práctica médica comienza con la historia clínica. Los datos obtenidos por distintos médicos después de entrevistar a un mismo paciente pueden ser diferentes. La selección de las pruebas complementarias para confirmar la sospecha diagnóstica puede ser distinta si la realizan varios médicos. Los resultados de estas pruebas pueden ser interpretados e informados de forma diferente por distintos médicos. La experiencia, razonamiento, conocimiento, sentido común y motivación de cada médico, junto a la falta de evidencia científica en relación con muchas enfermedades, influyen decisivamente en estas diferencias. Y como nuestras capacidades son difíciles de modificar y menos aún de igualar, parece más fácil lograr que podamos seguir, de la misma forma, una “buena” GPC¹³.

No existe evidencia científica para una gran proporción de prácticas médicas. La falta de evidencia científica genera incertidumbre, los médicos tenemos que recurrir a nuestra propia experiencia y esto ocasiona que los pacientes sean tratados de forma diferente. La variabilidad en la práctica también ocurre porque tenemos que tomar decisiones sobre problemas complejos, a veces en circunstancias difíciles, y en muchas ocasiones, por tratarse de situaciones urgentes, debemos actuar sin demora aunque no conozcamos los resultados de las diferentes acciones que podemos tomar¹⁴.

Las GPC pueden servir de ayuda para disminuir la variabilidad de la práctica médica, guiar y mejorar la calidad de las decisiones clínicas y la atención al paciente. El proceso de analizar datos agregados es el principal problema de las GPC, y la pérdida de la variabilidad individual lo más inquietante¹⁵. Las recomendaciones de las GPC deben adaptarse a los problemas y preferencias de cada paciente, ya que de otra forma podría reducirse la práctica médica a “medicina de libro de cocina”. La aplicación de las GPC al cuidado del enfermo requerirá siempre un buen juicio y razonamiento, incluso cuando las normas estén basadas en evidencias científicas, porque lo que es mejor para el paciente “promedio” puede ser inapropiado para el paciente individual.

En ocasiones, el análisis y razonamiento para la creación de las GPC no están arraigados en el proceso mental de los clínicos, sino en las mentes de los realizadores de las mismas, que pueden haber sido seleccionados de una forma arbitraria y estar alejados de la práctica clínica¹⁶. Los que desarrollan las GPC pueden equivocarse por falta de evidencia científica o porque las recomendaciones están influidas por las opiniones, la experiencia clínica y la composición del grupo¹⁷. Tanenbaum¹⁸ afirma que la experiencia y el conocimiento personal de los médicos deben ir por delante de la adhesión no cuestionada a las GPC. Según Kassirer¹⁹, las GPC deben ser usadas para informar, no para obligar a los médicos a tomar decisiones. Asimismo, se pregunta si las GPC podrían ser lo suficientemente detalladas como para cubrir la miríada de variaciones clínicas entre los pacientes, si se volvieran normas obligatorias.

Conclusiones

La incertidumbre y variabilidad siempre acompañarán las actuaciones de los médicos. Las GPC podrían disminuirlas y servir para que los clínicos tomen las decisiones más apropiadas para el paciente.

Las GPC, como los libros de texto o los artículos de las revistas médicas, son tan sólo una opción más de ayuda para mejorar la calidad de la práctica médica; no son la bola mágica que soluciona todos los problemas. Las actuaciones sobre los pacientes deben ser individualizadas, incluso aunque estén disponibles informes de resultados de ECA en el paciente “promedio”. Aplicar las GPC al paciente individual siempre requerirá un buen juicio por parte del médico, incluso cuando las recomendaciones de las mismas estén basadas en la evidencia científica.

Los clínicos que analizan y ejecutan las GPC deben examinar, revisar y aplazar el juicio de cualquier recomendación que no esté basada en un razonamiento convincente antes de aplicarla en la práctica diaria. Las GPC no pueden modificar las habilidades analíticas, las capacidades de razonamiento y conocimiento, y otros valores de los médicos. Los buenos médicos utilizan su experiencia clínica individual y la mejor evidencia disponible.

Los médicos debemos admitir y compartir la incertidumbre con los pacientes, porque las decisiones acordadas con ellos pueden ser más apropiadas. Asimismo, debemos aceptar y aprender de los errores de nuestras actuaciones.

David Grahame-Smith¹⁰ afirma que odia poner el piloto automático cuando practica la medicina. Nosotros compartimos su declaración.

“Todos los grandes progresos han sido el fruto de personas poco razonables que hicieron que el mundo se adaptase a ellas; las personas razonables se adaptan al mundo” (George Bernard Shaw).

BIBLIOGRAFÍA

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions of a new agency. Washington DC: Institute of Medicine, 1990.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
3. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the “Evidence” of “Evidence-based Medicine”. *Am J Med* 1997;103:529-35.
4. Barton S. Reply from editor of Clinical Evidence. *BMJ* 2001; 323:166.
5. Rothwell PM. Can overall results of clinical trials be applied to all patients? *Lancet* 1995;345:1616-9.
6. Feinstein AR. Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *J Clin Epidemiol* 1995;48:71-9.
7. Rodríguez de Castro F. Análisis comparativo de las normativas para el tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad. *Arch Bronconeumol* 1999;35:253-6.
8. Antón A, Sanchis J. Aplicación de las recomendaciones clínicas en el manejo del derrame pleural. *Arch Bronconeumol* 1997; 33:289-92.
9. Tonelli MR. The limits of evidence-based medicine. *Respir Care* 2001;46:1435-40.
10. Grahame-Smith D. Evidence-based medicine: challenging the orthodoxy. *J R Soc Med* 1998;91(Suppl 35):7-11.
11. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995;345:840-2.
12. Popper KR. La sociedad abierta y sus enemigos. Buenos Aires: Ed. Paidós Ibérica, 1992.
13. Eddy DM. Clinical policies and the quality of clinical practice. *N Engl J Med* 1982;307:343-7.
14. Eddy DM. The challenge. *JAMA* 1990;263:287-90.
15. Knight GP, Fabes RA, Higgins DA. Concerns about drawing causal inferences from meta-analyses: an example in the study of gender differences in aggression. *Psychology Bulletin* 1996;119:410-21.
16. Hurwitz B. Legal y political considerations of clinical practice guidelines. *BMJ* 1999;318:661-4.
17. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
18. Tanenbaum SJ. What physicians know. *N Engl J Med* 1993; 329:1268-71.
19. Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring it. *N Engl J Med* 1993;329:1263-5.