

Estándares, guías de práctica clínica y experiencia médica

Juan Ramón Fabregat*

RESUMEN

En el presente artículo se comentan y analizan las diferencias entre los estándares (que son normas, escritas o no, a las que nos apeamos los médicos), las guías de práctica clínica que son recomendaciones sobre algunas prácticas médicas emitidas por comités de expertos en el tema, y la experiencia de los médicos tratantes que deciden finalmente la acción médica a efectuarse. Se comenta la participación que conforme a nuestra opinión debe tener cada una de ellas en nuestra práctica clínica diaria, en un medio como es el Centro Médico ABC.

Palabras clave: Estándares, guías de práctica clínica, experiencia médica, conocimiento médico, calidad médica.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio médico actual sufre una cantidad de influencias que lo han vuelto cada vez más cambiante y dinámico que nunca. Presiones administrativas originadas por terceros pagadores han generado escenarios de actuación muy singulares para el médico, y la dinámica de incorporación de conocimientos nuevos implica un reto adicional en nuestra actuación profesional.

Una de las modalidades que ha venido avanzando en todo el mundo es la presencia de guías de práctica médica, o *guidelines* como se conocen en inglés, que establecen criterios de actuación para lo que podría llamarse la mejor práctica médica, según un grupo de expertos en cada uno de los campos

ABSTRACT

In this paper we analyze the main differences between standards, considered as written and non-written rules that the practitioners obey. Clinical practice guidelines that publisher recommended are made by expert committees and personal medical experience are of influence to physicians that decide the therapeutic course to be taken. We present our opinion about the role that we think each one should have in daily clinical practice as a system for the ABC Medical Center.

Key words: Standards, guidelines, medical experience, medical knowledge, medical quality.

tratados por esas guías. Sin embargo, muchas preguntas surgen al enfrentar la realidad de nuestra práctica diaria contra lo publicado en aquéllas. ¿Es factible aplicar esos criterios en nuestro país? Y específicamente: ¿son aplicables a todos los sectores médicos, tanto institucionales como privados?

Siempre hemos dejado al médico la responsabilidad de la elección de las terapias, y éste ha respondido a tal obligación fiduciaria prácticamente sin evaluación de los resultados. Básicamente, por la complejidad para poder evaluar de manera justa los casos, que en ciertas circunstancias son únicos, complejos e irrepetibles.

En la práctica médica, como en otras muchas ciencias, la ley de Pareto se da; la mayor parte de los casos corresponde al menor número de patologías, y éstas por lo general se adaptan a normas generales de conducta. Las grandes variaciones y complicaciones se presentan por lo general en un menor número de casos, es decir, el problema es, al menos, en parte estadístico.

Para entender más sobre el concepto de deber fiduciario del médico sugerimos leer el artículo de

* Cardiología Clínica, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 11/12/06. Aceptado: 27/12/06.

Correspondencia: Dr. Juan Ramón Fabregat

Sur 136 núm. 116-209, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

Tels. 5276.1207 y 52737067. E-mail: jrfabregat@abchospital.com

Sámano en un número previo de esta revista,¹ aunque disentimos ligeramente en algunos conceptos de este autor como en el hecho de que exista obligatoriedad en el apeamiento a las guías clínicas subordinadas a cuestiones administrativas. Las guías clínicas son sólo eso: guías, no normas, como veremos adelante. Y nadie puede ser obligado a infligir un daño a un tercero o a realizar defectuosamente su profesión.

Una vez que un médico es admitido al cuerpo médico de algún hospital formal como el ABC, rara vez es reevaluado y/o acotado en sus privilegios, o juzgado con base en su actuación, a menos que las complicaciones presentadas se acompañen de gran escándalo.

Todos los médicos actuamos en principio de buena fe, y con base en lo que consideramos la mejor terapéutica, situación influenciada por muchos factores.

Nuestros pacientes, e incluso otros médicos que no ejercen nuestra especialidad, difícilmente tienen los elementos necesarios para juzgar si nuestra actuación está basada en un juicio adecuado y en un proceder basado en la mejor evidencia científica.

Por otro lado, una vez establecida una terapéutica, en raras ocasiones ésta es reversible y podemos deshacer lo andado de manera eficiente como para poder actuar en otro sentido. Es decir, aceptamos las indicaciones médicas basados la mayoría de las veces en la confianza que depositamos en el tratante.

Sacket y colaboradores² mencionan que la medicina basada en evidencias tiene sus orígenes en una fecha no precisa de mediados del siglo XIX, en París, y a pesar de su antigüedad sigue siendo un punto de gran discusión al momento de su aplicación en la clínica diaria.

Se ha difundido por todo el mundo y con gran entusiasmo, principalmente en países sajones, su implantación, favoreciendo centros de desarrollo de guías-clínicas, talleres, programas de formación, etcétera. Pero este entusiasmo se ha mezclado con algunas reacciones negativas y críticas muy importantes, básicamente en el sentido de que limitan la libertad personal del médico en sus decisiones terapéuticas, además de que, se dice, están orientadas peligrosamente para control de costos como único objetivo central.^{1,3,4,5,6}

La buena práctica médica utiliza tanto la experiencia directa del médico, como la experiencia publicada en la literatura mundial, y ninguna de las dos, por sí sola, es suficiente para una buena actuación clínica. Hay procedimientos que han demostrado irrefutablemente su eficiencia; hay otros que están en duda, o que han cambiado, y existe también espacio para la libertad personal en la elección o el consejo al paciente.

Sin un buen conocimiento de la investigación clínica, la práctica personal rápidamente se hace obsoleta, con riesgo para los pacientes. Es entonces cuando cabría distinguir entre tres conceptos esenciales:

1. Estándares o normas en medicina.
2. Guías clínicas.
3. Experiencia médica personal.

ESTÁNDARES O NORMAS EN MEDICINA

¿Qué es un estándar?

Según la Oficina de Estándares Británica,⁷ un estándar o una norma es un documento publicado que contiene las especificaciones técnicas precisas u otros criterios específicos diseñados para ser utilizados como una regla, guía o definición. En México tenemos las Normas Oficiales Mexicanas que son emitidas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud, pero abarcan sólo unos cuantos aspectos de la práctica diaria, y ciertamente están más orientados a la administración de los servicios que al tratamiento específico de enfermedades.

Como ejemplo de un estándar, ponemos un fragmento de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la Práctica de Anestesiología,⁸ que dice textualmente: "14.3.2 Deberá contarse con una vía intravenosa durante el procedimiento." Ante esta indicación, no hay postura contraria que valga. Nadie duda que es una norma básica a la que todo personal de salud debe atenerse, y nadie podrá sustraerse a ella sin poner en grave riesgo a un paciente durante un procedimiento en el que se use anestesia.

Fuera de unas cuantas normas escritas, y publicadas por las autoridades como la anterior, existe también una serie de normas, no escritas en forma de regla como menciona la definición, que nos hemos autoimpuesto los profesionales de la salud, basados en la experiencia publicada y aceptada por todos, cuando la evidencia encontrada es contundente e irrefutable. De esta forma, hoy en día nadie duda en que el tratamiento "estándar" de una apendicitis es quirúrgico.

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que en medicina tenemos estándares o normas a las que todos los médicos nos sometemos, estén o no escritas en un documento oficial, en forma de norma o de ley. Generalmente, este sometimiento es voluntario, y en muchos casos bajo juramento, para los que hicieron al momento de su graduación el Juramento Hipocrático. No conozco ningún cirujano que tenga que jurar que operará a un paciente cuando se diagnostica, con toda propiedad, un cuadro de abdomen agudo por probable apendicitis.

Otra cosa completamente diferente es la forma en la que cumplimos con esos estándares, aunque sus límites en muchas ocasiones, caen más en el terreno de las guías clínicas. Como ejemplo: ¿Cuál es la mejor terapéutica o el estándar de oro en el caso de las apendicitis complicadas en niños? ¿La laparotomía exploradora o la cirugía laparoscópica? Y a pesar de que hay artículos que pudieran apoyar una u otra técnica,⁹ las guías clínicas están para apoyar a los médicos en la toma de decisiones. Siempre respetando la libertad profesional.

¿QUÉ ES UNA GUÍA CLÍNICA?

Las guías clínicas son sugerencias en el manejo de los pacientes. Están hechas por expertos en los diferentes temas, convocados específicamente por sociedades o gobiernos para publicar los documentos con base en una extensa revisión bibliográfica, y en general anuncian sus sugerencias conforme a tres grupos o clases de recomendación.

Clase I. Son recomendaciones en las que la totalidad de los expertos está de acuerdo, es decir, son condiciones para la que hay evidencia y/o acuerdo general de que un procedimiento o tera-

péutica dada es benéfica, útil y efectiva. Por ejemplo, la presencia de bloqueo auriculoventricular (AV) completo que se espera irreversible, con síntomas asociados a la bradicardia producida por ese bloqueo, se asocia a indicación de implante de marcapaso definitivo.¹⁰

Clase II. Son condiciones en las que hay evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad o beneficio del procedimiento. Este punto usualmente se divide en dos secciones:

- a) El peso de la evidencia está a favor de la utilidad o eficacia.
- b) La utilidad y la eficacia no están bien establecidas o la opinión de los expertos es divergente, sin estar contraindicada.

Utilizando el mismo ejemplo del bloqueo AV completo y las mismas guías, si este bloqueo es asintomático, con frecuencia cardiaca mayor a 40 latidos por minuto del paciente despierto, y especialmente si éste tiene disfunción ventricular izquierda, la indicación pasa a ser IIa, es decir, casi todos coinciden en que hay indicación del marcapaso.

Si el bloqueo (no importando el grado) estuviera asociado a enfermedades neuromusculares como la distrofia muscular, con o sin síntomas, entonces la condición es IIb, debido a que puede haber una progresión impredecible del daño en el tejido de conducción. Es decir, la opinión de los expertos se encuentra dividida, y no se puede criticar si se emplea o no la terapéutica.

Clase III. Es cuando hay acuerdo general de que la evidencia sugiere que un procedimiento o tratamiento no es útil, efectivo e incluso en algunos casos puede ser deletéreo. Por ejemplo, usando el mismo caso, si el bloqueo se espera resolver por otros medios, y es probable que no recurra como en el caso de toxicidad de medicamentos, enfermedad de Lyme, o durante hipoxia por apnea durante el sueño, todos los expertos están de acuerdo en que no hay indicación de implante.

Sin embargo, aunque existen guías clínicas para la mayor parte de las enfermedades, no siempre los casos se adaptan estrictamente a lo descrito anteriormente. Afortunadamente, en la mayor parte de las

situaciones sí hay una aglutinación de las patologías a las formas descritas en las guías, pero cuando no es así, o el paciente presenta situaciones personales, que lo hacen alejarse del común es cuando adquiere mayor importancia la experiencia del médico.

EXPERIENCIA MÉDICA

El juicio médico es, a fin de cuentas, el que orienta a los pacientes, y finalmente el punto más sensible en la toma de decisiones concretas de cada individuo. La experiencia del médico tratante es la que hace la diferencia.

El problema de la experiencia y de las opiniones médicas, es el uso selectivo de información (muchas veces de manera involuntaria), que deforma el juicio acerca de los beneficios o peligros de alguna terapia específica. El entrenamiento previo, las experiencias positivas o negativas de casos específicos tienden a impactar el juicio del médico y modificar las decisiones.

La historia médica está repleta de ejemplos de terapias bien intencionadas, pero cuyos resultados fueron adversos. Por ejemplo, los cardiólogos durante mucho tiempo creyeron (y algunos todavía lo creen) que la terapia con antiarrítmicos era útil e incluso salvadora de vidas en pacientes con infartos y arritmias, por la evidencia de que las arritmias en esos pacientes incrementaban la mortalidad. Esta inferencia ha permanecido a pesar de que se demostró, desde principios de los años 90, que la mortalidad no sólo no se reducía con los antiarrítmicos, sino que aumentaba.^{11,12}

Sin embargo, la ciencia pura y fría no tiene la última palabra ni debe ser la única en determinar lo que es bueno para los pacientes. Aunque los datos duros son de importancia básica, las buenas decisiones clínicas dependen de muchas otras consideraciones, como la opinión de expertos, las experiencias previas, las expectativas de los pacientes, el equipo y las terapias disponibles, el personal disponible, los soportes sociales, la ética, los terceros pagadores y las situaciones médico-legales.

Dadas las situaciones anteriores, el médico, basado en su experiencia, funciona como director de orquesta que debe coordinar todos los factores coincidentes.

Con base en lo anterior, ¿cómo medir el desempeño médico?

La atención de la salud no es, como en la industria, evaluable por un sistema de "cero defectos". No se trata de tuercas que se pueden devolver a la fundición y rehacer hasta que salgan perfectas. La mortalidad o las complicaciones no son un parámetro de calidad, ya que hay pacientes que mueren bien tratados, porque la muerte es inherente a todo ser vivo, o pacientes que salen vivos y sin complicaciones con tratamientos claramente deplorables. En muchos casos, esta situación no es percibida por el paciente.

¿El número de pacientes satisfechos es un criterio de evaluación? Podría ser, pero, como se mencionó antes, estamos en un campo en el que el paciente no cuenta con las herramientas para juzgar adecuadamente. Los criterios de evaluación basados en percepciones siempre dejarán muchos huecos en la valoración.

Como se mencionó al inicio, aparentemente el criterio es estadístico, y la variación con respecto al ideal establecido por expertos debería ser la calidad a medirse.

¿Y dónde están esos criterios expresados? En las guías de práctica clínica.

No se trata de convertir el ejercicio de la medicina en una práctica de recetario de cocina, sino en una actividad profesional en la que, como se menciona en el Juramento Hipocrático:

Seguiré el método de tratamiento que, según mi capacidad y juicio, me parezca mejor para beneficio de mi paciente, y me abstendré de toda acción dañosa o malintencionada.

Y sería ciego no reconocer que las guías de práctica clínica, elaboradas por prestigiados especialistas internacionales en su materia, habitualmente sobrepasan la propia capacidad de conocimiento del tema que estamos tratando.

Si realmente actuamos según nuestra mejor intención, y nuestra capacitación es la adecuada, la mayor parte de nuestras acciones coincidirán con terapias que se encuentren idealmente en clase I, o IIa. Ocasionalmente IIb y deseablemente nunca en clase III.

De vez en cuando podremos tener casos tratados en cualquiera de las clases, pero entre mejor actuemos, estadísticamente estaremos más cerca de las terapias clase I, que de las clase III. Si no es así, tendremos que revisar si nuestra capacitación o nuestro juicio clínico es el adecuado. Y la única forma de saber qué tan buena es la práctica médica es midiendo la dispersión contra el modelo.

Esto a fin de cuentas favorece los intereses de nuestros pacientes, que confían en que se les está ofreciendo la mejor de las terapias. Nuestra responsabilidad fiduciaria es en principio con los pacientes, y eso lo deben entender así, tanto los médicos, como los terceros pagadores. Si se interponen los intereses comerciales y administrativos secundarios a ese objetivo central, estaremos faltando a la confianza depositada.

No debemos temer a las guías de práctica clínica, cuidadas y con rectitud de intención. Son una herramienta de ayuda para mejorar la atención de los pacientes; nunca un límite a nuestro ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sámano GAJ. El deber fiduciario del médico. *An Med (Mex)* 2006; 51 (2): 90-96.
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: 71-72.
3. Grahame-Smith D. Evidence based medicine: Socratic dissent. *BMJ* 1995; 310: 1126-27.
4. Grahame-Smith D. Evidence based medicine; in its place [editorial]. *Lancet* 1995; 346: 785.
5. Grahame-Smith D. Correspondence. Evidence based medicine. *Lancet* 1995; 346: 1171-1172.
6. Weatherall DJ. The inhumanity of medicine. *BMJ* 1994; 309: 1671-1672.
7. http://www.bsi-global.com/British_Standards/Standardization/what.xalter consultada el 11 de Octubre 2006.
8. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/170ssa18.html> consultada el 11 de octubre 2006.
9. Elmore JR, Dibbins AW, Curci MR. The treatment of complicated appendicitis in children. What is the gold standard? *Arch Surg* 1987; 122 (4): 424-427.
10. http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/guidelines/pacemaker/Pcmkr_pkt.pdf consultada el 11 de octubre 2006
11. Cardiac Arrhythmia Suppression Trial Investigators. Preliminary report: Effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. (CAST I). *N Engl J Med* 1989; 321: 406-412.
12. Cardiac Arrhythmia Suppression Trial II Investigators. Effect of the antiarrhythmic agent moricizine on survival after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 327: 227-235.