

Aplicación de una guía para el diagnóstico de la enfermedad cerebral vascular isquémica

(A guideline for the diagnosis of ischaemic brain disease)

Justina Sosa-Maldonado,* Mario E Rendón-Macías,** Julio C Ballesteros-del Olmo*

RESUMEN

Objetivo. Probar la bondad del empleo de guías para el diagnóstico de la enfermedad cerebral vascular isquémica (ECVI).

Material y métodos. Estudio de intervención, 19 fueron pediatras e intensivistas sometidos a estudio antes y después de conocer una guía de diagnóstico para ECVI. Se valoró su conducta clínica frente a casos hipotéticos de niños con esta enfermedad. Las respuestas fueron analizadas según los años de experiencia de los médicos, antes y después de conocer las guías, el número y tipo de exámenes de diagnósticos solicitados por ellos en la prueba.

Resultados. Contestaron 76 viñetas antes y después de conocer la guía de diagnóstico, obteniendo una puntuación correcta de 35 y 71%, respectivamente ($p < 0.01$); la frecuencia de estudios de diagnóstico que solicitarían antes y después de conocer la guía fueron, respectivamente, 52 y 63%.

Conclusiones. Con la guía de diagnóstico aumentan significativamente los diagnósticos correctos y la orientación a los clínicos en la selección de estudios de diagnóstico, independientemente de los años de experiencia clínica.

Palabras clave: Guías de diagnóstico, calidad de atención médica.

SUMMARY

Objective. To probe if use of guidelines for diagnosis of vascular ischemic brain disease (VIBD) improve with the use of guidelines. About the changing resources utilization and the increasing percentage diagnoses issued by the diagnostic guide application.

Methodology. The before and after study (with 6-8 weeks interval) was done in 19 medical doctors, using four guideline of the diagnosis of in children. The doctors responses the questions about diagnosis of VIBD using an interactive computer program which four hypothetical cases with this disease. Information collected was related to the medical doctor experience (years), guide use (yes/no), lab exams that they could be use: number/type, and the diagnosis that they issued.

Results. With and without assistance of guidelines, the correct diagnosis was found in 35% and 71% (chi square $p < 0.01$) of the doctors. The studies that they ask, according the guideline were 52% an without 63%.

Conclusions. An increased in the rate of diagnosis was achieved with the guideline.

Key words: Guidelines, quality medical improvement.

A dos décadas de haber sido propuestas las «guías clínicas» son aún motivo de controversia acerca de su utilidad. Hay quienes equiparan estas guías con «recetas de cocina», mientras para otros son herramientas de gran utilidad en las actividades hospitalarias cotidianas, por desarrollar de manera clara, resumida y actualizada el estudio de un problema clínico sustentado en evidencias científicas.¹⁻³ Parte de las divergencias de opinión se debe

a que hay una amplia variedad de guías y pocas cumplen con criterios metodológicos que den validez y confiabilidad.^{4,5}

Las guías se elaboran con varios propósitos: para mejorar la calidad de la atención de los enfermos, reducir costos y facilitar la educación médica, y representan una alternativa para evitar el empleo innecesario de recursos y elevar la calidad de la atención.^{9,10} Todas, antes de su difusión, precisan ser sometidas a una estricta validación de sus atributos^{11,12} en función de las metas planteadas en su desarrollo, la reducción de los costos de la atención médica y su efecto en distintos elementos del ambiente en que se dan los cuidados a la salud.¹⁰ Las estrategias

* UMAE Hospital CMN La Raza «Dr. Gaudencio González Garza».

** Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica CMN Hospital de Pediatría SXXI.

para valorar el logro de las metas y objetivos previstos al elaborar guía son de distinta naturaleza y con frecuencia parciales.^{13,14}

Motivados por esta forma de desarrollar el trabajo hospitalario, un grupo multidisciplinario de la institución en la que laboran los autores de este trabajo, se dio a la tarea de elaborar una guía para el estudio de pacientes con déficit neurológico súbito cuando los hallazgos clínicos y tomográficos sugieren infarto cerebral o una trombosis. El propósito de estas guías fue contribuir al mejor desempeño en la calidad de los cuidados que reciben estos enfermos y valorar la repercusión de la práctica médica aislada de otros posibles factores que influyen en el cuidado de los pacientes. Para el desarrollo de estas guías se siguieron las pautas recomendadas por varios autores⁶⁻⁸ y su proceso de validación será motivo de otra publicación.

De acuerdo con las recomendaciones de los investigadores citados, en el desarrollo de las guías se siguió la siguiente secuencia: 1) Elaborar un informe estructurado del paciente estandarizado (estándar de oro) con la participación de actores entrenados para fingir una enfermedad; con este propósito, al listado de pacientes para consulta de un médico que iba a ser evaluado, se agregó el nombre de la persona que actuaría como enfermo, 2) Después se calificó la información transcrita al expediente clínico, relativa a consulta otorgada por el médico a la persona que fingió la enfermedad y 3) Se analizaron las respuestas de los médicos a las «viñetas clínicas» relativas al caso representado por el actor y se compararon éstas con las «viñetas» previstas en el estándar de oro; de esta manera se identificaron las que mostraron mayor efectividad.¹⁵

Aquí se presenta una modalidad con la cual se intenta evaluar la guía propuesta evitando en lo posible, dos situaciones: 1) La variabilidad de la enfermedad que los pacientes suelen mostrar durante su hospitalización (que modificaría la aplicación de la guía en etapas diferentes de la evolución) aun por el mismo médico tratante y 2) La carencia de recursos hospitalarios que afectaría la obtención de resultados.

Por otra parte, la elección del tema se hizo pensando en un problema de diagnóstico ante una enfermedad que tiene una frecuencia baja en la población, pero con alto impacto por la posibilidad de secuelas ante un diagnóstico y tratamiento incorrecto y la probabilidad de que el problema se repita; sin embargo, las guías son también útiles en casos de padecimientos en los que hay controversias, no sólo acerca de su diagnóstico, sino para su tratamiento. En esta comunicación se informa de los resultados obtenidos mediante un programa interactivo, en él se aplicaron *viñetas* tomadas de cuatro casos con

diagnóstico de enfermedad cerebral vascular isquémica (ECVI) para conocer el cambio en la decisión de un grupo de médicos en cuanto al uso de los recursos hospitalarios y el incremento en el porcentaje de diagnósticos emitidos antes y después de la aplicación de una guía de diagnóstico de ECVI.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño corresponde al de un estudio prospectivo de intervención, antes-después, con un intervalo de dos meses entre ambas evaluaciones. Se eligieron como *viñetas* cuatro casos clínicos históricos atendidos en el hospital por ECVI. Para la obtención de la información seleccionada para estructurar las *viñetas* que se usarían como guías, se siguió cada una de las tres fases ya mencionadas. Las *viñetas* así obtenidas: con los respectivos resultados de los estudios de diagnóstico, se incluyeron en un programa de cómputo en Microsoft Access.

Los 19 médicos (pediatras e intensivistas) que participaron en el estudio laboraban en el Servicio de Urgencias y Terapia Intensiva del hospital: población blanco a la que potencialmente se dirigió este estudio. A cada uno se le adiestró de manera personalizada en cómo dar respuesta a las guías en la computadora. En la primera etapa resolvieron las *viñetas* del caso clínico que se presentó y solicitaron los estudios que consideraban pertinentes para llegar al diagnóstico etiológico del problema. El programa permite solicitar un estudio por vez y su resultado, y modificar el diagnóstico las veces que requiera el médico, hasta considerar que ha finalizado con la solución de cada *viñeta*. El tamaño de la muestra de *viñetas* aplicadas fue de 76, sin y con la guía, para considerar al menos 30% de diferencia en los porcentajes de diagnóstico.

Se introdujeron en el programa los exámenes completos que sugiere la guía y el programa capturó el orden, número de estudios solicitados y los diagnósticos emitidos durante el proceso.

Intervinieron como sujetos de estudio 19 pediatras: diez de ellos con menos de dos lustros en el Servicio de Urgencias y Terapia Intensiva y nueve con más de diez años de experiencia en el servicio. A cada uno se le adiestró en forma personalizada en el uso de la computadora y del programa de cómputo y todos resolvieron los cuatro casos con diferente grado de complejidad, lo que permitió recorrer los tres diferentes caminos que cada guía sugiere.

En la primera etapa resolvieron el caso clínico (*viñetas*) que se les presentó y solicitaron los estudios que consideraron pertinentes para el diagnóstico etiológico; cabe mencionar que el programa permite solicitar un es-

tudio de laboratorio o gabinete por vez y el resultado de éste; también permite modificar el diagnóstico las veces que requiera el médico, hasta considerar que se ha finalizado la solución de cada viñeta.

Ocho semanas después, para evitar el sesgo de memoria, se les mostró la guía diagnóstica, se les explicó cómo utilizarla y contestaron los mismos casos clínicos aplicando la guía.

En el análisis estadístico se comparó el número y tipo de exámenes solicitados (básicos, complejos, sofisticados) por medio de la prueba de signos de rangos de Wilcoxon para cada caso, U de Mann-Whitney, con una $p > 0.05$, el porcentaje de diagnóstico correcto e incorrecto sin y con la aplicación de la guía clínica, clasificando los resultados en menos y más de 10 años de experiencia laboral.

RESULTADOS

La frecuencia porcentual de diagnósticos entre los 19 sujetos de estudio fue de 35% cuando las viñetas fueron contestadas sin la guía y este porcentaje aumentó a 71% cuando respondieron con el uso de la guía χ^2 $p < 0.0001$.

Al considerar la experiencia en ellos, por los años que tenían en la especialidad, ambos grupos incrementaron el número de respuestas correctas con el uso de la guía: prueba de Wilcoxon de rangos asignados $p < 0.007$ (Figura 1). En cuanto al número de estudios básicos solicitados para el diagnóstico, disminuyeron en ambos grupos pero después (con el uso de la guía clínica) ambos incrementaron la solicitud de estudios complejos (Figura 2).

COMENTARIOS

El presente estudio, diseñado como una entrevista interactiva por medio de un programa de computadora realizado en Microsoft Access, permite que los usuarios interactúen con la máquina y utilicen el tiempo que consideren necesario.

Si bien este tipo de entrevistas interactivas, usando una computadora, se desarrolla en un ambiente artificial, tiene la ventaja de que las respuestas, independientemente del tiempo que tome el sujeto para responder, se aproximan más al pensamiento hipotético deductivo del razonamiento clínico frente al paciente.¹⁶ El diseño permitió valorar el posible efecto que la experiencia como pediatras pudiera tener en las respuestas, dado que fueron los mismos médicos los que resolvieron los mismos casos.

El riesgo metodológico más frecuente en este tipo de estudios es el sesgo de la memoria y aprendizaje en la resolución de los casos,¹⁶ lo que tal vez influyó en que el

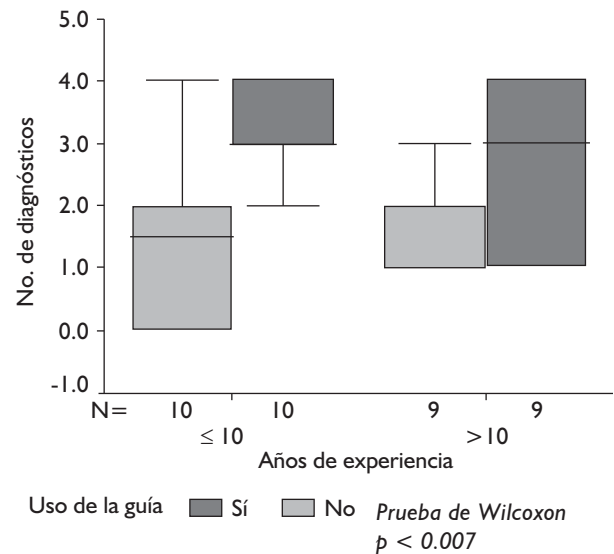


Figura 1. Diagnósticos correctos y uso de la guía y años de experiencia.

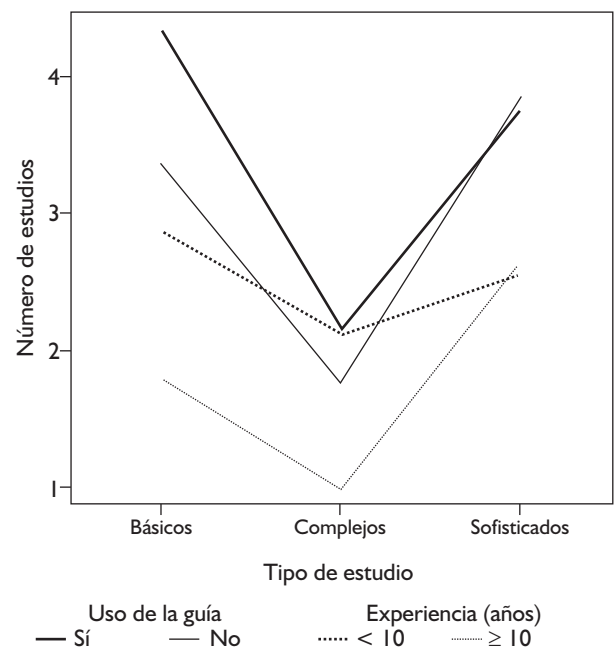


Figura 2. Número de estudios solicitados por los médicos según tipo del mismo y de acuerdo al uso de la guía y de su experiencia laboral.

desempeño de los médicos fue mejor con el uso de la guía y en que, como grupo, más médicos llegaron al diagnóstico correcto.

A un lado de esta información, es conveniente mencionar que en uno de los tres casos usados como viñeta (el caso 3) parece que el factor experiencia tuvo mayor in-

fluencia en la resolución del caso: por tratarse de una etiología relativamente frecuente (trombosis por deshidratación), los médicos sin y con el apoyo de la guía llegaron al diagnóstico. Como contraste, en el caso 4 (de mayor complejidad) fue notable el efecto favorable del apoyo prestado por la guía.

Cabe, pues, concluir que el programa de cómputo permite evaluar la guía evitando la variabilidad que la enfermedad puede producir, incluso cuando ésta sea utilizada por el mismo médico en diferentes momentos de la enfermedad. Es razonable aceptar que se requiere evaluar la bondad de esta estrategia en condiciones reales e investigar la aceptación de guías de diagnóstico y manejo de pacientes por los potenciales usuarios. Lo que es necesario enfatizar, es que la guía cumple con su función principal: orientar al clínico en su razonamiento para llegar al diagnóstico de su enfermo, evitando la confusión y solicitando los estudios que le permitan confirmar el diagnóstico en, por lo menos, el 70% de las enfermedades más frecuentes.

Referencias

1. Jackson R, Feder G. Guidelines for clinical guidelines: A simple, pragmatic strategy for guideline development. *BMJ* 1998; 317: 427-8.
2. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by speciality societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-6.
3. Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315: 418-21.
4. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: Observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.
5. Jeffrey H. Development, use, and evaluation of clinical practice guideline. *J Occup Environ Med* 1997; 39: 23-34.
6. Woolf S. Practice guidelines, a new reality in medicine. *Arch Inter Med* 1992; 152: 946-52.
7. Thompson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 1995; 311: 237-41.
8. Shekelle PG, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-6.
9. Elson BR. Adis international a Walters Kluwer company Oukland, Chester, Hong Kong, Milan, Osaka, Paris, Philadelphia. *Limited clinical practice guidelines the role of technology in perspective*. 1998: 19-36.
10. Woolf S. Practice guidelines: A new reality in medicine. III Impact on patient care. *Arch Inter Med* 1993; 153: 2646-55.
11. Mc Donald C, Overhage M. Guidelines you can follow and can trust. An ideal and example. *JAMA* 1994; 27: 72-3.
12. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: Current activities and futures directions. *Ann Inter Med* 1990; 113: 709-14.
13. Grill R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by speciality societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-5.
14. Wilson M, Tunis S, Hayward R, Bass E, Guyatt G. User's guides to the medical literature. VIII How to use clinical practice guidelines. B. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? *JAMA* 1995; 274: 1630-2.
15. Peabody J, Luck J, Glassman P, Dresselhaus T, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-22.
16. Kassirer JP, Kopelman RI. *Learning clinical reasoning*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1991.

Correspondencia:

Dra. Justina Sosa Maldonado.
Jefatura de Neurología Pediátrica.
Hospital General CMN «La Raza»
Calzada Vallejo y Jacarandas s/n,
Col. La Raza Azcapotzalco D.F.
Teléfono 57 74 29 00 extensión 23464
Dirección electrónica: tinasosa@yahoo.com