

# ¿Es sustentable la aplicación de las guías de práctica clínica en la práctica clínica del mundo real?

Is the application of clinical practice guidelines sustainable in real-world clinical practice?

Karin Kopitowski<sup>a,b,c</sup> 

## Resumen

Las guías de práctica clínica han contribuido a resolver un problema al sintetizar la evidencia y ponerla al alcance del profesional sanitario, pero su desarrollo e implementación creciente en los últimos años ha dado lugar a nuevos inconvenientes que aún no han sido resueltos. En este artículo editorial, la autora repasa cuestiones no tenidas en cuenta por las guías de práctica clínica, incluso aquellas consideradas de buena calidad de acuerdo a los estándares actuales, y reflexiona en especial sobre el uso del tiempo de los médicos en la consulta, aspecto desatendido que atenta contra la sustentabilidad del modelo actual de cuidado propuesto por estas recomendaciones.

## Abstract

Clinical practice guidelines have contributed to solving a problem by synthesizing the evidence and making it available to healthcare professionals, but their development and increasing implementation in recent years has given rise to new problems that have not yet been resolved. In this editorial article, the author reviews issues not taken into account by clinical practice guidelines, even those considered to be of good quality according to current standards, and reflects in particular on the use of physicians' time in the consultation, a neglected aspect that undermines the sustainability of the current care model proposed by these recommendations.

Palabras clave: Guías de Práctica Clínica como Asunto, Calidad Acceso y Evaluación de la Atención de Salud. Keywords: Practice Guidelines as Topic, Health Care Quality Access and Evaluation.

Kopitowski K. ¿Es sustentable la aplicación de las guías de práctica clínica en la práctica clínica del mundo real?. *Evid Actual Pract Ambul.* 2023;26(3):e007078. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I3.7078>.

## Problemas emergentes de la implementación de las guías de práctica clínica en el mundo real

Las guías de práctica clínica (GPC) han sido definidas como «un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a pacientes y profesionales a tomar decisiones seleccionando las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica»<sup>1</sup>. Su utilización permite aumentar la calidad de la atención, facilitando la toma de decisiones clínicas más efectivas, eficientes y seguras<sup>2</sup>, mejorar los resultados en salud de los pacientes<sup>3-6</sup> la calidad de los cuidados<sup>7</sup> e incluso los costos derivados de ciertos procesos<sup>8</sup>. Sin embargo, a pesar del optimismo derivado del uso de estas herramientas, con su desarrollo e implementación nos hemos enfrentado a nuevos problemas.

La Comunidad científica ha resuelto cual es el estándar de calidad para el desarrollo de una guía de práctica clínica. No obstante, hay aspectos que no tienen una solución adecuada. A pesar de que cada vez más las guías dicen que las recomendaciones deben ser aplicadas de manera acorde con los valores y las preferencias de los pacientes, muy pocas incluyen herramientas para la ayuda de toma de decisiones compartidas o un apartado acerca de cómo evaluar esos valores y preferencias. A diario los médicos nos encontramos ante la disyuntiva de ser 'adherentes' con las recomendaciones de las guías o bien de flexibilizar su cumplimiento en pos de brindar una atención centrada en las personas. Y esto incluye no sólo los valores, las preferencias y los deseos, sino tener en cuenta la capacidad del paciente para llevar a cabo todo el trabajo que le damos al prescribirle estudios complementarios, consultas y medicamentos.

Esta disyuntiva se torna más perversa cuando la calidad de la atención (en especial, en el primer nivel) es evaluada con indicadores lineales y promovida mediante incentivos financieros supeditados a su cumplimiento. Me refiero, por ejemplo, al indicador 'Tasa de pacientes con diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada debajo de 7%'. Con este tipo de mediciones de calidad, el estímulo está puesto en cumplir con la guía aunque esto implique no cumplir con el paciente.

Me focalizaré en las dificultades a las que nos enfrentan las GPC limitando el universo a aquellas desarrolladas con una metodología adecuada, con una revisión sistemática de la evidencia y con paneles de expertos multidisciplinarios. Es decir, voy a centrarme en las guías con alto puntaje de calidad de acuerdo al instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II)<sup>9</sup>, dejando de lado aquellos documentos que no califican como tales (consensos de expertos, protocolos o normas). Los problemas que se enuncian a continuación no están ordenados de manera jerárquica, y no todos reflejan el mismo nivel de dificultad a la hora de aplicar las recomendaciones de las GPC.

- **El éxito se ha convertido en fracaso.** Las GPC sintetizan la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones frente a la inabarcable cantidad de estudios científicos publicados sobre cada tema, con su variedad de diseños y riesgo de sesgos. Sin embargo, cada año observamos la publicación de una cantidad abrumadora de guías nuevas. Aun siendo instrumentos de síntesis de la evidencia, se torna imposible navegar por una multiplicidad de guías que abordan la misma problemática, con recomendaciones en ocasiones contradictorias y con sistemas de graduación de la fuerza de la recomendación variados y complejos

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital italiano de Buenos Aires.

<sup>b</sup> Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad Nacional de La Matanza. [karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar](mailto:karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar)

que tornan todo más confuso<sup>10</sup>.

- **La multimorbilidad, bien gracias.** En 2012 descubrimos que la multimorbilidad no es considerada de manera consistente en las directrices del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE, por sus iniciales en inglés) del Reino Unido<sup>11</sup>. Esto no resulta sorprendente, ya que las personas más frágiles y ancianas están subrepresentadas en los ensayos clínicos, a pesar de ser las más propensas a experimentar problemas derivados de la polifarmacia<sup>12</sup> que prescribimos de manera rutinaria. Navegamos en un mar de incertidumbre, ya que en buena parte de las personas a quienes van dirigidas las GPC, las recomendaciones pueden no ser aplicables o implicar un balance de riesgos y beneficios opuesto a lo que se cree, porque estas personas no habían sido contempladas durante el proceso de producción de tal evidencia.
- **La perspectiva de los pacientes brilla por su ausencia.** Tanto el Marco de la Evidencia a la Decisión del enfoque Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) como el instrumento AGREE II —en su dominio ‘participación de los implicados’—, resaltan la importancia de obtener información relacionada con los valores y las preferencias de los pacientes que son destinatarios de una guía de práctica clínica específica. Sin embargo, hasta ahora, su incorporación ha sido limitada. Por esta razón, han surgido propuestas para incorporar de forma sistemática la perspectiva de los pacientes en la formulación de recomendaciones y para implementar la toma de decisiones compartida (*shared decision making*)<sup>13</sup> como un enfoque técnico-comunicativo que permita incluir esa perspectiva al evaluar las diferentes opciones de tratamiento<sup>14</sup>.
- **¿Qué hay del trabajo que le damos al paciente y su familia?** La implementación de regímenes de tratamiento médico requiere mucho tiempo y esfuerzo, lo que puede suponer una carga importante para los pacientes con condiciones crónicas. Sin embargo, las recomendaciones de las guías se hacen tradicionalmente desde una perspectiva que valora en mayor medida el logro de ciertos resultados clínicos (como p. ej., reducir el número de hospitalizaciones o aumentar la sobrevida). Las guías más recientes pueden tener en cuenta los valores de los pacientes, la aceptabilidad y la viabilidad de las acciones recomendadas, pero la carga del tratamiento no es expresada de manera explícita. Esto dificulta que los pacientes tomen decisiones informadas sobre los tratamientos de acuerdo con sus valores y su capacidad<sup>15</sup>. Es decir, las guías no explicitan todo el trabajo que tienen que hacer el paciente y su familia para ser ‘adherentes’ con esa recomendación que se propone. Y, en muchas ocasiones, dar cumplimiento a todas las recomendaciones es incompatible con la vida de las personas<sup>16</sup>.

Dicho de otro modo, aún las GPC desarrolladas con altos estándares de calidad, han resuelto un problema (el de sintetizar la evidencia y ponerla al alcance del profesional sanitario), pero han generado otros. En general, no dan cuenta de la multimorbilidad, por lo que aplicar de manera simultánea en pacientes añosos las guías para cada patología que padecen puede resultar contraproducente y, sin embargo, desde la perspectiva de los indicadores de calidad lineales, el paciente sería catalogado como ‘bien tratado’. Tampoco dan cuenta de los valores y preferencias ni incluyen herramientas que faciliten la toma de decisiones compartidas, aunque suelen incorporar alguna frase relacionada con evaluar la recomendación en el contexto y de acuerdo con la singularidad del paciente, sin explicar como realizar dicha tarea. Las GPC

no consideran la carga que implica para el paciente y su familia ‘cumplir’ con las recomendaciones. Y, en ocasiones, al reflexionar sobre las tareas que el paciente debe realizar para cumplir con las recomendaciones de una guía, nos damos cuenta de que hacerlo es inviable. Además, los pacientes suelen tener más de un problema por lo que deberían adherir a varias guías en forma simultánea<sup>17</sup>. Si las guías se emplean para generar indicadores de calidad y con esto se evalúa el desempeño profesional, estamos en problemas<sup>18</sup>.

### Ahora... ¿ponemos la lupa en el tiempo que lleva aplicar las recomendaciones?

Recientemente ha llamado la atención un problema adicional sobre el que vale la pena reflexionar: el tiempo requerido para que un profesional de la salud implemente las recomendaciones de las guías de práctica implica costos de oportunidad significativos en la consulta clínica<sup>19</sup>.

En la actualidad, el tiempo de los profesionales de la salud no es tenido en cuenta de manera explícita al elaborar las recomendaciones por las entidades más reconocidas por su rigurosidad (USPSTF y NICE)<sup>20,21</sup>, ni es contemplado por el marco provisto por GRADE para desarrollarlas.

Tras analizar los resultados de estudios realizados en los EE.UU. y Noruega, que han demostrado que cumplir con todas las recomendaciones de las GPC sería imposible<sup>20-22</sup> y tras analizar las estimaciones no publicadas que sugieren que la implementación de todas las intervenciones relacionadas con el estilo de vida recomendadas por el NICE podría requerir más médicos y enfermeros que los actualmente disponibles en todo el Reino Unido,—sin perder de vista que, además de implementar recomendaciones los médicos necesitan dedicar tiempo a escuchar, observar y cocrear planes de atención sensatos para los pacientes—, Johansson et al. (2023) han propuesto una estrategia para abordar esta problemática: que los paneles desarrolladores de GPC estimen el tiempo necesario para implementar una intervención al determinar la dirección y la fuerza de las recomendaciones<sup>19</sup>.

### Incorporando el tiempo necesario para el tratamiento

Según Johansson et al. (2023), «el tiempo necesario para el tratamiento (TNT) hace explícito el tiempo estimado que el profesional de la salud necesita para mejorar el resultado de una persona en la población objetivo (TNT<sub>NNT</sub>), el tiempo necesario del médico para implementar la recomendación para todas las personas elegibles en una práctica (TNT absoluto), y la proporción del tiempo total del médico disponible para la atención al paciente que sería necesario para implementar la recomendación para todos los pacientes elegibles (TNT relativo)»<sup>19</sup>.

Estos autores consideran que estimar el TNT y tenerlo en cuenta de manera explícita durante la elaboración de las pautas por parte de un panel podría modificar la fuerza y la dirección de algunas recomendaciones, en especial de aquellas que afectarían a gran parte de la población y especialmente cuando los beneficios potenciales de las intervenciones son pequeños en términos absolutos. Como ejemplo, toman la guía NICE de actividad física: si el panel asesor que recomendó ofrecer una intervención sin evidencia de mejorar la morbilidad y mortalidad a largo plazo hubiese sido alertado de que los médicos necesitan dedicar el 15% de su tiempo con los pacientes para implementar esta recomendación (TNT relativo), podría haber reducido la fuerza de la recomendación de ‘fuerte a favor’ a ‘débil a favor’, o incluso a ‘débil en contra’<sup>19</sup>.

Adicionalmente, sostienen que la estimación del TNT podría fortalecer el enfoque de las recomendaciones, simplificando aquellas con menor rédito para reducir su impacto en el tiempo de los médicos o restringiéndolas a los grupos de mayor riesgo. Y

que la reducción del número de pautas y/o su fuerza de recomendación podría conducir, de manera indirecta, a una mayor credibilidad en las recomendaciones fuertes, una mayor probabilidad de que logren implementarse aquellas más valiosas y también una mayor capacidad de los médicos para brindar un cuidado centrado en las personas<sup>19</sup>.

### Reflexiones finales

Históricamente, se ha documentado la falta de cumplimiento de las GPC por parte del personal sanitario. Históricamente, se han buscado las causas de dicho incumplimiento. Históricamente, se han diseñado intervenciones para dar mayor cumplimiento a las recomendaciones.

Y ahora nos hemos puesto a pensar que así como la falta de adherencia de los pacientes puede tener su origen en una abrumadora carga que el sistema sanitario les infringe con medicamentos, visitas y pruebas; ¿es posible que los médicos no podamos seguir las GPC por el tiempo que insumen y el costo de oportunidad que tienen algunas recomendaciones?

Mientras discutimos cómo resolver el problema, debemos asignarles a las GPC el rol que tienen. Y es el de acercarnos la mejor evidencia disponible para saber qué cursos de acción podemos ofrecer a nuestros pacientes siempre respetando sus preferencias, siempre siendo sensibles al contexto, siempre recordando que las GPC nos dicen ‘qué hacer con pacientes similares a este’

pero jamás nos dicen ‘qué hacer con este paciente’. Las GPC no son un mandato. No deben usarse para medir el desempeño profesional si realmente queremos una atención centrada en las personas y sus necesidades y no una atención sanitaria McDonalidada.

Existe una gran preocupación por proveer cuidados de salud que sean sustentables. Para una atención médica sustentable es necesario reducir las intervenciones innecesarias y considerar el uso de recursos en términos de la fuerza laboral. Destinar el tiempo de los profesionales de la salud a intervenciones con beneficios netos limitados agota estos recursos que podrían ser utilizados en intervenciones con un beneficio neto mayor (costo de oportunidad), y las GPC por lo general consideran una intervención a la vez, sin tener en cuenta cada intervención en el contexto de las demás y lo que su implementación podría dejar de lado. Esto conduce a la mala priorización y el mal uso de los recursos, de manera tal que el proceso actual de desarrollo de GPC basadas en la evidencia puede ser un impulsor del mal uso de los recursos, en especial del tiempo profesional, que es limitado. Tenemos que discutir con urgencia este tema. Un cuidado de la salud sustentable lo está exigiendo.

Recibido el 03/05/2023 Aceptado el 20/06/2023  
y Publicado el 08/08/2023.

### Referencias

1. Institute Of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Institute Of Medicine. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
3. Bahtsevani C, Udén G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: A systematic review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(4):427–433.
4. So JPP, Wright J. The use of three strategies to improve quality of care at a national level. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(4):1006–1016.
5. Dueñas M, Salazar A, Sánchez M, et al. Relationship between using clinical practice guidelines for pain treatment and physicians' training and attitudes toward patients and the effects on patient care. *Pain Pract*. 2018;18(1):38–47.
6. Alkhiari R, Alzayer H, Aljazeera J, et al. Adherence to guidelines for inpatient pharmacologic management of type 2 diabetes in adults and glycemic outcomes. *Can J Diabetes*. 2018;42(2):158–162.
7. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: A systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):385–392.
8. Knaus SJ, Saum L, Cochard E, et al. Impact of evidence-based guidelines on outcomes of hospitalized patients with clostridium difficile infection. *South Med J*. 2016;109(3):144–150.
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(12):1308–11.
10. and MM. Margaret McCartney: Have we given guidelines too much power? *BMJ*. 2014;349:g6027.
11. Hughes LD, Mcmurdo M, Guthrie B. Guidelines for people not diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42(1):62–71.
12. Diener L, Hugonot-Diener L, Alvino S, et al. Guidance synthesis. Medical research for and with older people in Europe: proposed ethical guidance for good clinical practice: ethical considerations. *J Nutr Health*. 2013;17(7):625–632.
13. Chong C, Chen IJ, Naglie G, et al. How well do guidelines incorporate evidence on patient preferences? *J Gen Intern Med*. 2009;24(8):977–982.
14. Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: Incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*. 2013;310(23):2503–4. Available from: 0.1001/jama.2013.281422.
15. Dobler CC, Harb N, Maguire CA, et al. Treatment burden should be included in clinical practice guidelines. *BMJ*. 2018;363:k4065.
16. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803.
17. Franco JVA, Arancibia M, Meza N, et al. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. *Medwave*. 2020;20(3):e7887.
18. Kunneman M, Montori VM, Shah ND. Measurement with a wink. *BMJ Quality & Safety*. 2017;26:849–851.
19. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e72953.
20. Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2022;38(1):147–155.
21. Privett N, Guerrier S. Estimation of the time needed to deliver the 2020 USPSTF preventive care recommendations in primary care. *Am J Public Health*. 2021;111(9):145–149.
22. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, et al. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract*. 2009;10:70.