

Guías de práctica clínica: ¿cuáles son sus alcances?

*Decisions from doctors' councils
can be codified into guidelines*

Platón

Las guías de práctica clínica (GPC) son definidas por Field como “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas” (1). Su finalidad primordial es ofrecer al médico directrices basadas en evidencia científica para resolver los problemas a los que diariamente se enfrenta al tratar a sus pacientes. Son un marco que le provee la mejor evidencia disponible para realizar una mejor práctica clínica, para la toma de decisiones clínicas y para ofrecerle a su paciente un tratamiento adecuado.

Las GPC son documentos en los que se plantean preguntas específicas, se organizan las mejores evidencias científicas y se dan recomendaciones flexibles; sus objetivos son mejorar la práctica clínica, educar a los médicos y sus pacientes, reducir la variabilidad profesional y mejorar la atención, con lo cual se mejora la salud de la población (2). Por otra parte, la manera sistemática como se elaboran las GPC facilita su revisión crítica, evita errores, resuelve controversias y provee información útil.

Existen diversos tipos de GPC: basadas en consenso, de opinión de expertos y de evidencia. Esta última es la que ha tomado mayor relevancia en el marco de la medicina basada en la evidencia, muy en boga actualmente. En este tipo de GPC, la metodología empleada es sistemática, explícita y reproducible, y sigue una serie de pasos que van desde el planteamiento de preguntas, la búsqueda, evaluación y síntesis de literatura (evidencia) hasta plantear recomendaciones útiles para la práctica clínica.

Por otra parte se han delimitado algunas situaciones en las cuales es recomendable desarrollar y tener una GPC (3,4,5):

- Cuando exista una gran variabilidad y/o incertidumbre en el abordaje de alguna entidad.
- Cuando no exista consenso para manejar una entidad.
- Cuando haya problemas o situaciones clínicas de alto impacto social o económico.
- Cuando una adecuada práctica pueda reducir significativamente la morbilidad y mortalidad producidas por una enfermedad.
- Cuando las pruebas diagnósticas o tratamientos produzcan efectos adversos o costos innecesarios.

Por otra parte, las GPC presentan algunas dificultades:

- Son costosas de elaborar, puesto que seguir los lineamientos de la medicina basada en la evidencia no sólo exige un gran esfuerzo, sino que implica contar con grupos especializados.
- En ocasiones no proveen la respuesta a las preguntas que se plantean, no tienen las mejores evidencias o pueden requerir alguna adaptación local.
- Requieren una continua actualización.

Ahora, realizando un símil, las GPC proveen coordenadas de vuelo que se sugieren a un médico y dentro de las cuales tiene amplia maniobrabilidad, según las características del paciente, el tipo de problema que presenta, la disponibilidad de tratamientos, la experiencia, etc. Todo esto lleva a caracterizar la relación médico-paciente.

Las GPC no son ni han sido concebidas como protocolos de manejo estrictos y específicos (cabe recordar que los protocolos son criterios rígidos que describen el manejo para una simple condición clínica); tampoco son estrategias para obtener costos de los tratamientos (sería difícil obtenerlos dadas las múltiples rutas de vuelo que se pueden desarrollar dentro de las GPC), y mucho menos son estrategias para penalizar (multar) a los médicos o definir si una conducta médica es ética o no.

Sobre estas dos últimas características (multas y razones éticas), resultan inadmisibles las pretensiones del Decreto 131 del 21 de enero del 2010 (Emergencia Social), el cual sugiere un total desconocimiento por parte de los entes gubernamentales y sus asesores acerca de los alcances y propósitos de las GPC.

Podemos ver esto reflejado en la redacción de los decretos reglamentarios; por ejemplo, en el uso de las palabras guías, protocolos, estándares, normas técnicas y doctrina médica (definida como “conjunto de conceptos conclusivos y recomendaciones basados en el análisis de la evidencia

científica”), se observa falta de claridad de términos y mezcla de conceptos, objetivos y alcances que sólo delatan un terrible desconocimiento en esta materia.

Ahora, pretender que una GPC sirva como medio para multar o no a un colega, resulta ridículo, y realmente demuestra no sólo el desconocimiento del tema, sino también la desviación de los propósitos de las GPC. A la vez, llevar al terreno de lo ético aquello que es competencia de los comités de calidad resulta en una confusión de papeles y de la razón de ser de las GPC.

Finalmente, sólo nos queda esperar que para el momento en que se lea este editorial, la Corte Constitucional haya declarado inexecutable el decreto de Emergencia Social y que este mal paso, con gran costo para los colombianos, haya servido, paradójicamente, para unirnos en torno a los intereses gremiales y de nuestros pacientes.

Carlos Gómez-Restrepo
Director-editor
cgomez_restrepo@yahoo.com

Referencias

1. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new agency. Institute of Medicine. Washington DC: National Academic Press; 1990.
2. 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(7162):858-61.
3. Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)* 2003;120:496-7.
4. Bonfill X. Algunos apuntes para impulsar una atención sanitaria basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2002;118(Supl 3):2-6.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157:408-16.

Clinical Practice Guidelines: What are their scopes?

*Decisions from doctors' councils
can be codified into guidelines*
Plato

The clinical practice guidelines (CPGs) are defined by Field as “the collection of systematically developed recommendations to assist practitioners and patient decisions about appropriate health care to resolve a clinical problem in specific circumstances” (1). Its fundamental purpose is to offer recommendations to the physician, based on scientific evidence, to resolve problems that he/she has to face every day when treating the patients. These recommendations are a framework that provides the physician with the best available evidence to perform a better clinical practice, to make clinical decisions and to offer the patient an appropriate treatment.

The CPGs are documents in which specific questions are made, the best scientific evidences are organized and flexible recommendations are given. Their objectives are to improve the clinical practice, to educate doctors and their patients, to reduce professional variability and to improve patient care and, accordingly, the population's health is improved (2). On the other hand, the systematic way in which the CPGs are made facilitates its critical revision, avoids errors, resolves controversies, and provides useful information.

There are different types of CPGs, based on consensus, on experts' opinion and on evidence-based medicine, very much in fashion just now. In this type of CPGs, the methodology used is systematic, explicit and reproducible, and follows a series of steps, from the asking of questions, the search, evaluation and synthesis of literature (evidence) to the drawing up of useful recommendations for clinical practice.

On the other hand, some situations have been outlined where it is recommendable to develop and have a CPG (3,4,5):

- When there is a big variability and/or uncertainty in the approach to some entity.

- When there is no consensus for the management of an entity.
- When there are clinical problems or situations of high social or economic impact.
- When an appropriate practice significantly reduce the morbidity and mortality produced by a disease.
- When the diagnostic tests or treatments produce adverse effects or unnecessary costs.

On the other hand, CPGs do present some difficulties:

- They are expensive to make, because following the evidence-based guidelines in medicine not only requires a great effort, but also the availability of specialized groups.
- Some times they do not provide the answer to the questions asked, they do not have the best evidences or may require some local adaptation.
- They require continuous up-dating.

Now, making a comparison, the CPGs provide the physician with flight coordinates, within which he/she has a wide maneuverability, depending on the patient's characteristics, the type of problem occurring, the availability of treatments, the experience, etc. All this leads to characterizing the physician-patient relationship.

The CPGs have not been, or are, conceived as strict and specific management protocols (it is to be remembered that protocols are rigid criteria outlining the management steps for a single clinical condition); neither are they strategies to obtain treatment costs (it would be difficult to do so, given the multiple flight routes that may be developed within the CPGs), and much less they are strategies to penalize (fine) the physicians or to define whether the medical conduct is ethical or not.

As to these two last features (fines and ethical reasons), the pretensions in Decree 131, January 21st. 2010 (Social Emergency) are inadmissible, suggesting a total ignorance by the government bodies regarding the scope and purpose of the CPGs.

This is reflected in the drafting of the regulatory decrees. For example, in the use of the *words guides, protocols, standards, technical norms and medical doctrine* (defined as a "set of conclusive concepts and recommendations based on the analysis of the scientific evidence") there is lack of word clarity and a mixture of concepts, objectives and scope that only betrays a terrible ignorance in this matter.

Now, pretending that a CPG should serve a mean to fine or not a colleague is ridiculous, and really shows not only the ignorance in the subject, but also the deviation from the CPG's purposes. Furthermore, to bring into the sphere of ethics a matter that is the competence of the quality committees leads to confusion of roles and of the CPGs' reasons for being.

Finally, we can only hope that by the time this editorial is read, the Constitutional Courts has declared the Social Emergency decree unconstitutional and that this misstep, to a great cost for the Colombian people, has served, paradoxically, to join us together around our professional and our patients' interests.

Carlos Gómez-Restrepo
Director-editor
cgomez_restrepo@yahoo.com

References

1. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new agency. Institute of Medicine. Washington DC: National Academic Press; 1990.
2. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317(7162):858-61.
3. Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)* 2003;120:496-7.
4. Bonfill X. Algunos apuntes para impulsar una atención sanitaria basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2002;118(Supl 3):2-6.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157:408-16.