

M. JARAMILLO

La importancia de las guías de práctica médica

The importance of medical practice guidelines

Ver artículo: página 40

Dra. Mónica Jaramillo Jaramillo:
Internista y Cardiólogo Fundación
Santa Fe de Bogotá. Profesor
Clínico Universidad de los Andes.
Bogotá, D.C. (Colombia)
E-mail: mjaramil@uniandes.edu.co

La insuficiencia cardiaca (IC) es la etapa final común de la mayoría de las enfermedades cardiovasculares. A pesar del tratamiento adecuado, es un trastorno progresivo y letal. Presenta una elevada incidencia y prevalencia resultando en más de un millón de hospitalizaciones por año en los Estados Unidos y Europa, siendo la causa más comúnmente diagnosticada en pacientes hospitalizados, especialmente en mayores de 65 años. La incidencia anual es de uno a cinco por 1000 habitantes, pero se duplica por cada década de la vida a partir de los 45 años. Además se espera un incremento de la enfermedad con el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con infarto agudo de miocardio con fracción de eyección disminuida (FEVID) (1, 2).

Los estudios longitudinales con seguimiento mayor de 10 años que se realizaron antes de la introducción de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina situaban la mortalidad anual para los pacientes con IC con clase funcional New York Heart Association (CFNYHA) II-III entre 20 - 30% y, para los pacientes con IC severa CFNYHA IV, en más de 50% (1).

Los objetivos en el tratamiento de pacientes con falla cardiaca establecida son alivio de los signos y síntomas, prevenir la admisión hospitalaria y mejorar la sobrevida. Durante muchos años los diferentes tratamientos para la insuficiencia cardiaca no mostraron resultados positivos para frenar la progresión de la enfermedad. La mortalidad no se modificó con diferentes estrategias como el uso de diuréticos y digitales, varios estudios con inotrópicos fueron suspendidos por aumento de la mortalidad. Solo hasta finales de la década de los 80 se demostró que el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) disminuía la mortalidad. Posterior a ésto, otros medicamentos que antagonizan los mecanismos neurohormonales compensatorios en la IC, como los betabloqueadores (BB) y los antagonistas de los mineralocorticoides (AMC), también demostraron modificar favo-

ramente los resultados en la IC en pacientes con FEVID.

Los IECA, los BB y los AMC son fundamentales para modificar el curso y pronóstico de la IC en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo disminuida y deben al menos ser considerados en todos ellos. Todas las guías de práctica clínica actuales elaboradas para el manejo de la IC con fracción de eyección disminuida coinciden en que los tratamientos de IECA y BB son complementarios, y deben ser iniciados tan pronto como sea posible después de la confirmación del diagnóstico (1-3). Ésto es en parte porque los IECA tienen un efecto modesto en la remodelación cardiaca mientras los BB frecuentemente conducen a una mejoría sustancial de la fracción de eyección ventricular izquierda. Además, los BB son anti-ischémicos, reducen el riesgo de muerte súbita y producen una disminución rápida e importante de la mortalidad.

El uso de los IECA en IC se fundamenta principalmente en dos estudios aleatorizados controlados, CONSENSUS Y SOLVD, comparando enalapril con placebo en aproximadamente 2800 pacientes con IC de leve a severa. Ambos estudios demostraron que el tratamiento con IECA redujo la mortalidad. La reducción de riesgo absoluto de mortalidad en pacientes con IC leve a moderada fue 4.5%, generando un NNT de 22 para posponer una muerte a los 41 meses de tratamiento (SOLVD). En los pacientes con falla cardiaca severa (CONSENSUS) la reducción de riesgo absoluto fue 14.6% y el NNT de siete pacientes con solo seis meses de tratamiento. Un metanálisis pequeño mostró disminución de la mortalidad con solo tres meses de tratamiento (Hay que tener en cuenta que 53% de los pacientes del CONSENSUS estaban recibiendo espironolactona) (1).

Los estudios con BB tienen aún más pacientes que los de los IECA. Los tres estudios claves son el CIBIS II (bisoprolol), COPERNICUS (carvedilol) y MERIT-HF (metoprolol succinato) con aproximadamente 9000 pacientes que cursaban IC leve a

severamente sintomática. Más de 90% de los pacientes estaban con un IECA. Cada uno de ellos demostró disminución de la mortalidad a un año y la disminución del riesgo absoluto de mortalidad a un año fue 4.3%, lo equivalente a evitar una muerte por cada 23 pacientes tratados en un año. En IC severa la reducción de riesgo absoluto fue 7.1% y el NNT 14 (1).

La evidencia científica expuesta anteriormente, fundamenta la recomendación unánime del uso de estos dos medicamentos en falla cardíaca. Se indican como una recomendación clase I y grado de evidencia A en las guías actuales de manejo de IC (americanas, europeas, Canadienses, etc.) (1-3).

Globalmente hay un interés creciente en la elaboración, implementación y uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica, con el objeto de promover la excelencia clínica. Las guías de práctica clínica se definen como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de salud y al paciente a tomar decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas” (4). Guardan una relación estrecha con el movimiento científico que hace énfasis en la medicina basada en la evidencia, ya que sus recomendaciones se basan en los últimos resultados disponibles de investigaciones realizadas con rigor metodológico (1-3).

El uso de las guías de práctica clínica tiene múltiples beneficios, así como desventajas potenciales. La implementación de las guías de práctica clínica busca impactar positivamente sobre la calidad de la atención y la difusión de conocimientos científicos, determinar políticas de salud y ayudar a elegir acciones en salud que sean favorables a la economía de la salud; y desde el punto de vista legal su uso protegería a los médicos de demandas por mala práctica.

En la calidad de la atención es importante saber que la utilización de las guías de práctica médica permite mejorar los resultados de salud, disminuir la variabilidad de la atención y promover el abandono de tratamientos dañinos u obsoletos que generan costos injustificados ofreciéndole al médico información científica actualizada que le permite seleccionar la mejor opción para el paciente, de una manera informada para el paciente y el médico (4).

Como todo, las guías de práctica clínica no solo tienen ventajas, también tienen desventajas. Entre las desventajas de las guías de práctica médica conocidas está obtener unos

resultados menores a los esperados debido a que los resultados de los ensayos clínicos no son siempre reproducibles en la práctica habitual (recursos más restringidos, menor adherencia, pacientes heterogéneos y medio ambiente no controlado) y los tratamientos efectivos no llegan rápidamente a toda la población, por lo que su verdadera efectividad se establece a través del tiempo y esto podría hacer que se abandonara su implementación antes de obtener los verdaderos beneficios (4).

Entre los peligros de la utilización de las guías de práctica clínica están dificultar el progreso continuo del conocimiento cuando los médicos las consideran un dogma, limitar la flexibilidad en los procesos y la búsqueda de soluciones a las necesidades locales, estandarizar el tratamiento de pacientes con características heterogéneas en quienes debería ser individualizado, afectar los “costos de oportunidad” al asignar recursos a un subgrupo de población sin una evaluación previa de sus implicaciones financieras en otros grupos.

Pero como todos debemos conocer, las guías de la práctica clínica son solo el comienzo del manejo de un paciente, tal como se denominan nos guían en la selección del mejor tratamiento para cada paciente. El manejo de cada uno de ellos debe ser individualizado teniendo en cuenta las características propias del individuo para lograr el mayor beneficio y el menor riesgo. Las guías de manejo se deben tener como un mínimo nivel de tratamiento al presentar recomendaciones explícitas para la práctica clínica, no como la única fuente de conocimiento para tomar las decisiones de tratamiento.

Las guías para el manejo de la IC recomiendan estrategias que han probado mejorar los desenlaces de los pacientes. Sin embargo, los estudios han documentado diferencias significativas entre las recomendaciones de las guías y la práctica clínica. Los grandes registros multinacionales que reflejan un manejo no sesgado ni seleccionado de los pacientes y sus resultados han mostrado que la adopción de las guías en la práctica clínica rutinaria es subóptima y presenta variaciones significativas geográficas y temporales (4).

La implementación de las guías mejora la calidad de la atención y es necesaria ya que su uso ha producido que los desenlaces de la enfermedad puedan ser modificados favorablemente influenciados por la aplicación apropiada de las recomendaciones clínicas (1-4).

Para que una guía de práctica médica pueda producir un impacto favorable en la calidad y en los desenlaces de los pacientes es crucial que esta guía sea difundida e implementada. En el estudio presentado por Chaves y col. (5) en esta revista se muestra que en nuestro país las guías ya han sido difundidas e implementadas, lo cual permite en este momento medir el grado de seguimiento a la guía y determinar cuáles son las limitantes para el seguimiento de la guía, así permitiendo trazar un plan para corregir estos limitantes y en que sitio se debe invertir los recursos de la salud.

Referencias

1. **Mc Murray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V et al.** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104
2. **Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR, Kasper EK, Levy WC, Masoudi FA, McBride PE, McMurray JJ, Mitchell JE, Peterson PN, Riegel B, Sam F, Stevenson LW, Tang WH, Tsai EJ, Wilkoff BL;** American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;15;62(16):e147- 239.doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.019.
3. **McKelvie RS, Moe GW, Cheung Anson, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, et al.** The 2011 Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Management Guidelines Update: Focus on Sleep Apnea, Renal Dysfunction, Mechanical Circulatory Support, and Palliative Care. *Canadian Journal of Cardiology* 27 (2011) 319–338.
4. **Constantino-Casas P, Viniestra-Osorio C, Modécigo-Micete C, Torres-Arreola LP, Valenzuela-Flores A.** El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Rev Med Int Mex Seguro Social* 2009;47(1):103-109.
5. **Chaves WG, Diaztagle JJ, Vargas V, Mejía MG, Sprockel JJ, Hernández JI.** Cumplimiento de guías en pacientes hospitalizados con falla cardiaca. ¿Cómo estamos?. *Acta Med Colomb* 2014; 39: 40-45.