



## EDITORIAL

# Consideraciones sobre la baja adherencia a las guías de práctica clínica



## Considerations on the low adherence to clinical practice guidelines

E. Fernández Mondéjar

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

La aplicación en la práctica clínica de los avances científicos continúa siendo la gran asignatura pendiente de cualquier área de la medicina. Cuando en 2003 se analizó el grado de cumplimiento de las recomendaciones, apenas un 55% de las medidas recomendadas eran finalmente aplicadas a los pacientes<sup>1</sup>. Después de una década las cosas no han variado significativamente. En el caso de los pacientes traumatizados graves hay poca información al respecto, y la que está disponible revela que la aplicación de la evidencia científica es muy mejorable<sup>2</sup>. Algo parecido sucede en el caso de la sepsis; hay estudios que muestran que a pesar de una amplia campaña de difusión, menos del 20% de las medidas recomendadas por la *Surviving Sepsis Campaign* eran realmente aplicadas, e incluso después de un importante esfuerzo educativo específico, este porcentaje subía solo al 38%<sup>3</sup>. Así podríamos seguir con otras parcelas de la medicina y probablemente obtendríamos resultados similares, lo que nos lleva a concluir que lo que se considera el «tratamiento estándar», entendiéndolo como tal el recomendado en función de la evidencia científica disponible, puede ser en muchos casos muy mejorable.

Hay múltiples razones que pueden explicar la baja adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. En medicina intensiva, un factor de importancia capital es sin duda la complejidad del proceso o la concurrencia de comorbilidades en el paciente. Cuando un paciente sufre una enfermedad muy concreta y sin otras

complicaciones, donde solo es aplicable una o 2 guías de práctica clínica, su implementación es generalmente muy alta<sup>4</sup>, ese podría ser el caso de pacientes con tromboembolismo pulmonar aislado, pacientes con ictus subsidiario de trombólisis o pacientes con infarto de miocardio subsidiario de intervencionismo coronario, etc. En cambio, cuando se trata de pacientes con afectación multisistémica donde podría plantearse la aplicación de varias guías de práctica clínica, la adherencia a estas baja exponencialmente<sup>4</sup>. Un ejemplo de esta situación podría ser un paciente anticoagulado en fibrilación auricular con hemorragia intracraneal que precisa ventilación mecánica y que se complica con sepsis, desnutrición, alteración de la función renal, necesidad de fármacos vasoactivos... En este caso, la presencia de problemas clínicos múltiples y en ocasiones con incompatibilidad entre ellos plantean auténticos dilemas terapéuticos y obligan a priorizar a veces sin tener la certeza de que el camino elegido sea el adecuado. En estas circunstancias, el intensivista ha de centrarse en los problemas que considera más trascendentales o de mayor riesgo vital y puede dejar en un segundo plano otros que considera menos acuciantes.

Hay otros factores a considerar y que, aunque su reconocimiento puede resultar incómodo, deben plantearse abiertamente porque en mi opinión, contribuyen a la baja aplicabilidad de las recomendaciones. Me refiero a una cierta crisis de credibilidad en la investigación como consecuencia de la publicación de hallazgos que posteriormente se demuestran inciertos o irreproducibles<sup>5</sup>. La reproducibilidad de los artículos más citados apenas llega al 25%<sup>6</sup>. Actualmente, la publicación de manuscritos responde a veces a intereses que van más allá de los puramente

Correo electrónico: [enrique.fernandez.mondejar.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:enrique.fernandez.mondejar.sspa@juntadeandalucia.es)

científicos y esto afecta sin duda a la credibilidad de la propia «evidencia científica». La situación ha llegado al punto de que algunos autores consideran ante la avalancha de investigaciones con baja credibilidad, la prioridad debería ser la evaluación y la replicación de las investigaciones más que procurar nuevos descubrimientos<sup>6,7</sup>.

No obstante, a pesar de todos estos inconvenientes, hay que reconocer que en las 2 o 3 últimas décadas se han producido importantes avances científicos y esto se ha traducido en una clara mejora asistencial en la mayor parte de las áreas de la medicina. Estos avances científicos se ordenan en forma de guías o recomendaciones que suponen una ayuda inestimable para el clínico. Es importante recordar que cuando la evidencia científica está contrastada, su aplicación se asocia a un mejor pronóstico<sup>8,9</sup> y por tanto, su implementación debe ser un objetivo prioritario no solo para los profesionales (médicos, enfermeras, etc.) sino también para las instituciones que de una u otra forma están relacionadas o son responsables de la asistencia a los pacientes. La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias ha sido sensible a este problema y ha promovido la realización de las recomendaciones que acompañan esta editorial<sup>10</sup>. El objetivo es recopilar actuaciones con demostrada utilidad, difundirlas entre los intensivistas y colaborar a su implementación. El fin último que se pretende no es otro que el de contribuir a la mejora de la asistencia a los pacientes críticos. Hay que tener en cuenta que la implementación de estas «Recomendaciones» como las de cualquier guía de práctica clínica, no puede entenderse como proceso puramente mecánico en donde ante una determinada circunstancia se plantea una respuesta fija a modo de dogma de obligado cumplimiento para conseguir un tratamiento uniforme de nuestros pacientes<sup>11</sup>. Sino por el contrario, el objetivo es proporcionar un marco informativo actualizado que ayude al clínico a tomar las decisiones más adecuadas de forma individualizada para cada paciente. Es responsabilidad del médico que se enfrenta a un problema clínico, valorar por supuesto la bibliografía disponible pero también otras fuentes de conocimiento entre las que se incluyen la propia experiencia del clínico, las peculiaridades, las circunstancias de cada paciente, sus preferencias o las de su familia y otros matices que pueden influir en una decisión particular. Asimismo, hay que recordar que a veces, las verdades científicas tienen un carácter transitorio y lo que hoy se considera indicado, puede que en un futuro más o menos próximo, no lo esté. Es por tanto necesario la

reevaluación periódica de cualquier recomendación. Además, el carácter dinámico de la producción científica conducirá a nuevos hallazgos susceptibles de ser incorporados por lo que estas recomendaciones deberán ser evaluadas de forma periódica para confirmar su validez o implementar nuevos aspectos.

## Bibliografía

1. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348:2635–45.
2. Shafi S, Barnes SA, Millar D, Sobrino J, Kudyakov R, Berryman C, et al. Suboptimal compliance with evidence-based guidelines in patients with traumatic brain injuries. *J Neurosurg*. 2014;120:773–7.
3. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Intensive Care Med*. 2010;36:222–31.
4. Leone M, Ragonnet B, Alonso S, Allaouchiche B, Constantin JM, Jaber S, et al. Variable compliance with clinical practice guidelines identified in a 1-day audit at 66 French adult intensive care units. *Crit Care Med*. 2012;40:3189–95.
5. Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful. *PLoS Med*. 2016;13:e1002049.
6. Ioannidis JP. Acknowledging and overcoming nonreproducibility in basic and preclinical research. *JAMA*. 2017;317:1019–20.
7. Munafò MR, Nosek BA, Bishop DVM, Button KS, Chambers CD, Percie du Sert N. A manifesto for reproducible science. *Nature Human Behaviour*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1038/s41562-016-0021>.
8. Shafi S, Rayan N, Barnes S, Fleming N, Gentilello LM, Ballard D. Moving from optimal resources to optimal care at trauma centers. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;72:870–7.
9. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, González-Díaz G, Garnacho-Montero JET-AL, Edusepsis Study Group. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA*. 2008;299:2294–303.
10. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2017;41:285–305.
11. Jaeschke R, Guyatt GH. Ten things you should consider before you believe a clinical practice guideline. *Intensive Care Med*. 2015;41:1340–2.