

Factores que dificultan el uso de protocolos clínicos en medicina interna



Carlos Contreras Camarena

Internista, Magister en Gerencia en Servicios de Salud, HNNDM

Carlos Medina S.

Magister en Salud Pública, HNNDM

Diana Ponce A.

Alumna de Medicina Humana URP

SUMMARY

Objective: To determine the use of clinical protocols and the factors that hinder their use in the Department of Internal Medicine at Dos de Mayo National Hospital.

Design: A crossover, descriptive, observational study.

Place and date: Dos de Mayo National Hospital, Lima – Peru, from June 1st to August 30th, 2003.

Population: Physicians of Internal Medicine Department, senior medical residents of Internal Medicine were included.

Method: We interviewed 26 physicians. All of them belong to Department of Internal Medicine. They were assigned with an identification code to check the use of protocols. We reviewed the admitted patients' clinical record at that period of study. The internists were classified as protocol user if they included at least 3 items of the protocol; occasional users if they considered 1 or 2 items and no-users when they didn't consider any items. We use an interview questionnaire with closed and half-open questions. We picked up data of the professional's profile and the main factors why internists does not use protocols.

We determinate absolute and relative frequency, averages, proportions, medium, median, standard deviations, applying the X^2 for two related samples. It was considered significant $P < 0,05$. In order to analyze data the SPSS version 10.0 software was used.

Results: The protocols users in the department of Internal Medicine were 3,84%. The four main reasons why physicians do not follow protocols were: a. Proto-

cols were not discussed enough (16,90%), b. Physicians don't have the protocols' manuals.(16,90%), c. Protocols were not updated (11,26%), d. The patient's precarious economy situation doesn't allow its use (11,26%). Other less frequent causes were: Protocols were not based on evidences and they are too much rigorous.

Conclusions: The internists of the Department of Internal Medicine don't use the protocols because they were not approved them in consensus and they don't have the protocols' manual.

The younger internists and the short time of work had significant statistically association with the use of protocols. The sex, knowledge of languages, participation to elaborate protocols, modality of specialization, being a college teacher or a speaker in medical meetings were variables that didn't relate with the use of clinical protocols.

Recommendations: The Department of Internal Medicine should elaborate, spread and implement protocols. All internists should be invited to participate. Finally, protocols must be approved in consensus.

Key words: Protocols, use grade, factors.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de uso de los protocolos y los factores que dificultan su uso en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Lugar y fecha: Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. 1^o de junio al 30 de agosto del 2003.

Población: Médicos asistentes del Departamento de Medicina Interna, incluidos médicos residentes de Medicina Interna de tercer año.

Método: Se entrevistaron a 26 médicos de los 6 servicios del Departamento de Medicina Interna. Se les asignó un código de identificación a cada médico para corroborar posteriormente el uso de los protocolos revisando las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo de estudio. Mediante técnicas de selección aleatoria simple, se escogieron las historias clínicas de pacientes hospitalizados en sus servicios. Para fines clasificatorios, se consideró que el médico usaba el protocolo cuando incluía 3 o más ítems descritos en el diagnóstico y/o tratamiento; que lo usaba ocasionalmente, cuando tomaba en cuenta entre 1 y 2 ítems y que no lo usaba cuando no consideraba ningún ítem. Se utilizó un cuestionario de entrevista con preguntas cerradas y semiabiertas donde se recogió datos del perfil del profesional, si usa o no los protocolos y cuáles son las razones porque los deja de lado.

Se consolidaron tablas de frecuencia absoluta y relativa, se encontraron promedios, proporciones, mediana, moda, desviación estándar y se aplicó el X^2 para dos muestras relacionadas, con 2 grados de libertad. Se consideró significativo $p < 0,05$. Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 10.0.

Resultados: El grado de utilización de los protocolos en el Departamento de Medicina Interna fue de 3,84%. Las cuatro causas principales asociadas a la baja utilización de los mismos, fueron: a. No se discutieron adecuadamente (16,90%); b. No disponen del manual de protocolos (16,90%); c. Se encuentran desactualizados (11,26%); d. La precaria economía del paciente no permite su uso (11,26%). Otras causas menos frecuentes fueron: no estaban basados en evidencias y la extremada rigidez de los protocolos. Esporádicamente, los médicos expresaban el deseo de ganar experiencia mediante el manejo de sus pacientes de acuerdo a su criterio personal.

Conclusiones: Los médicos del Departamento de Medicina Interna no utilizan los protocolos porque no se aprueban en consenso y porque no cuentan con el manual de protocolos. La menor edad y el menor tiempo de servicio tiene asociación estadísticamente significativa con el uso de protocolos. El sexo, el conocimiento de idiomas, la participación en la elaboración de protocolos, la modalidad de la especialización (escolarizada y no escolarizada), la dedicación en docencia universitaria y la exposición en certámenes académicos, son variables que no se relacionan con el grado de utilización de los protocolos.

Recomendaciones: El Departamento de Medicina Interna debe elaborar, difundir e implementar los protocolos que propicien la participación masiva de los médicos para finalmente aprobarlos en consenso.

Palabras clave: Protocolo, grado de uso, factores.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica o protocolos no aparecieron hasta 2400 años después de Hipócrates; sin embargo, estamos seguros que el mismo padre de la medicina hubiera apoyado el uso de los mismos. "Los médicos tienen la obligación profesional de estar al tanto de los protocolos basados en la evidencia y usarlos siempre que sean aplicables", afirma David Nash, decano del Jefferson Medical College de Filadelfia, EE.UU. Nash es el director fundador del Instituto de Política Sanitaria y Resultados Clínicos del Thomas Jefferson University Hospital y ocupa la mayor parte de su tiempo en el desarrollo de herramientas de medición de resultados y de protocolos clínicos.

Pocos médicos usan los protocolos de atención; se supone que los protocolos clínicos recogen lo mejor de la atención sanitaria, lo que, en teoría, mejorará los resultados médicos de los pacientes. Sin embargo, la evidencia demuestra que son ignoradas normalmente por los profesionales. La American Medical Association ha realizado un informe en el que explica las razones de este comportamiento y se cuestiona si supone una falta de ética del facultativo.

Los protocolos son herramientas de gestión que en los últimos años progresivamente se han ido incorporando en la práctica clínica y con frecuencia influyen no solo en la conducta médica, sino en el funcionamiento de hospitales y clínicas así como en los procedimientos administrativos de instituciones de salud y aseguradoras⁽¹⁾. El objetivo de los protocolos es mejorar la calidad de atención ya que son diseñadas para promover las intervenciones o conductas de probado beneficio y desaconsejar aquellas cuya utilidad no ha sido probada⁽²⁾. Aun así, solo constituyen una opción para mejorar la atención médica. La finalidad de los protocolos es unificar la dramática variación entre las conductas médicas y los procedimientos que se realizan en las diferentes regiones geográficas de un mismo país⁽³⁾. La necesidad de enfrentar los altos costos en salud, influidas por una mayor demanda, tecnologías costosas, sobreutilización de servicios por parte de los usuarios así como el deseo intrínseco de los profesionales de la salud por ofrecer el mejor cuidado posible, hacen necesaria la utilización de protocolos. De ahí el amplio interés por los protocolos que durante décadas se tiene en Europa, Estados Unidos, Nueva Zelandia, Australia y África⁽³⁾. Finalmente, el beneficio que ofrecen los protocolos es la protección medicolegal, así como el apoyo a sus conductas ante los frecuentes cuestionamientos y desacuerdos

que con frecuencia expresan algunos de los auditores médicos desinformados. Es importante destacar que los protocolos, a pesar de haber sido realizado con la mejor intención, tienen limitaciones y peligros potenciales. Probablemente la principal limitación es que las recomendaciones puedan ser equivocadas para pacientes individuales por diferentes motivos⁽³⁾.

Existen varias razones que explican el poco uso que se hace de los protocolos, entre otros tenemos: rigidez de los protocolos, tendencia del clínico a obtener su propia experiencia, falta de recursos para aplicarlos y pérdida de la autonomía profesional.

La Asociación Americana de Medicina las resumió en siete categorías: falta de conocimiento; falta de familiaridad; de acuerdo; de creencia de que seguir una guía cambie el comportamiento del paciente; falta de expectativas en el resultado; inercia de su costumbre, y barreras externas como falta de tiempo o resistencia del paciente a las recomendaciones⁽⁴⁾.

Creemos que si aumentamos el grado de uso de las guías o protocolos de atención, se incrementarían los beneficios a las instituciones de salud públicas y privadas, lo cual permitiría mejorar la eficacia y optimizar la utilización de los recursos, al reducir la estancia hospitalaria, la formulación de drogas, procedimientos diagnósticos y cirugías innecesarias.

La gran fortaleza de los protocolos es el uso de la medicina basada en la evidencia, entendida esta, como la práctica de integrar la habilidad y experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible derivada de una investigación sistemática^(5, 6).

La insustituible biología de los pacientes, unida a sus especiales circunstancias de cada momento, dirigen el diagnóstico y el tratamiento. No obstante, los individuos son suficientemente similares unos a otros como para que merezca la pena el esfuerzo de utilizar protocolos de tratamiento, basados en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), entre junio y agosto de 2003. El Departamento de Medicina Interna cuenta con 18 protocolos de manejo de las enfermedades más frecuentes (ITU, DCV, hipertensión arterial, fiebre tifoidea, brucelosis, hepatitis viral aguda, enfermedad ulceropéptica, neumonía aguda, sepsis, IMA no complicado, EPOC, hiperparatiroidismo primario, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, acromegalia y síndrome de Cushing) que fueron aprobados el 2001.

Se entrevistaron a 26 médicos de los 6 servicios del Departamento de Medicina Interna que al momento del estudio se encontraban laborando en los respectivos

servicios. Se asignó un código de identificación a cada médico para corroborar posteriormente el uso de los protocolos al revisar las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo de estudio. Mediante la técnica de selección aleatoria simple se escogieron las historias clínicas de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios. Para fines clasificatorios, se consideró que el médico usaba el protocolo cuando incluía al menos 3 ítems descritos en el manual de protocolos; que lo usaba ocasionalmente cuando tomaba en cuenta entre 1 y 2 ítems y se le consideró como no usuario del protocolo cuando no tomaba en cuenta ningún ítem. Se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y semiabiertas donde se recogió datos del perfil del profesional, sobre el uso de los protocolos y cuáles son las razones porque no los utilizan.

Fueron excluidos: los jefes de servicios y el jefe del departamento, por considerarse que los jefes desarrollan mayor actividad administrativa que asistencial; los médicos cuyo tiempo de servicio era menor de un año por tener poco tiempo para poder conocer y familiarizarse con los protocolos existentes, y finalmente los médicos que se encontraban de vacaciones.

Se determinó frecuencias absolutas y relativas, desviación y error estándar, promedio, mediana, moda y el Chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ y se utilizó el software SPS versión 10.0.

RESULTADOS

Durante el intervalo de estudio se entrevistaron a 26 médicos internistas incluidos 5 residentes de medicina del tercer año. 19 (73,10%) correspondieron al sexo masculino y 7 (26,90%) al femenino. La edad promedio fue 41,81 años (1 DS + 8,77), la mediana fue 40,50, la edad mínima 27 años, la edad máxima 65 años. 23 (88,46%) fueron internistas escolarizados, tres (11,54%) no escolarizados. 22 (84,62%) de los entrevistados estaban nombrados, tres (11,53%) contratados a plazo fijo y uno (3,84%) contratado por servicios no personales. 20 entrevistados (76,93%) eran docentes universitarios, de los cuales, 17 (65,40%) eran auxiliares, dos (7,70%) profesores principales y solo uno (3,84%) profesor asociado.

Siete entrevistados (26,93%) habían finalizado sus estudios para obtener el grado de magíster, pero todos en ese momento carecían de estudios de doctorado.

17 médicos (65,40%) fueron expositores de certámenes académicos en los dos últimos años y nueve (34,60%) no realizaron exposición alguna en este lapso de tiempo. 14 (53,85%) publicaron artículos de investigación en los cinco últimos años y 12 (46,15%) refirieron no haber publicado artículos en el tiempo indicado. 23

de los profesionales (88,50%) tienen conocimientos básicos del idioma inglés, dos (7,7%) francés y solo uno (3,8%) portugués.

Catorce (53,8%) de los estudiados pertenece a la Sociedad de Medicina Interna, uno (3,8%) a dos sociedades científicas, dos (7,7%) a tres y nueve (34,6%) no se encuentran afiliados a ninguna sociedad científica.

Los médicos más jóvenes, específicamente los menores de 36 años, tienen actitudes más positivas al uso de los protocolos que los médicos de mayor edad ($p=0,031$). Asimismo, el menor tiempo de servicio (menos de 5 años) se asocia a mayor utilización de los protocolos ($p=0,016$).

Cuando se les preguntó si tuvieron participación activa (Cuadro 1) en la elaboración de protocolos del departamento, 21 (80,8%) respondieron afirmativamente mientras que 5 (19,2%) lo hicieron negativamente. A pesar de su participación activa en la elaboración de los protocolos, solo alrededor del 4% de los clínicos lo usa siempre (Gráfico 1) y el 23% utilizó al menos una vez los protocolos en este periodo de estudio. Necesitamos sensibilizar a los médicos sobre la importancia del uso de los protocolos.

Cuadro N° 1

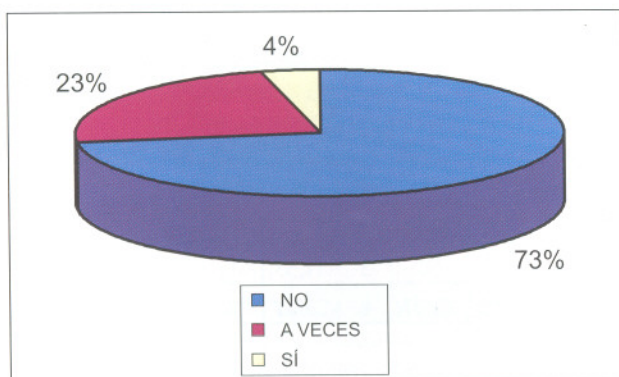
Participación en la elaboración y grado de uso de protocolos en el Departamento de Medicina Interna - HNMD. 2003

Participaron	Grado de uso de protocolos de atención						Total	
	No		A veces		Sí			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	4	15,38	1	3,84	0	0	5	19,23
Sí	15	57,69	5	19,23	1	3,84	21	80,76
Total	19	73,07	6	23,07	1	3,84	26	100

$$X^2 = 0,859$$

Gráfico 1

Grado de uso de los protocolos de atención en el Departamento de Medicina Interna, HNMD



El 30,8% de los médicos internistas desconocen la existencia de los protocolos en el departamento (Cuadro 2). Por lo tanto, su uso en estos clínicos es casi nulo. Resaltamos que paradójicamente los que conocen de la existencia (69,22%) no la utilizan en su totalidad y solo el 23,07% lo utilizó al menos una vez en este estudio. En este último grupo se evidencian fallas en la estrategia de diseminación.

Las distintas modalidades de especialización (Cuadro 3) en este estudio no están relacionadas con el uso de protocolos ($X^2 = 0,078$); se encontró que los internistas escolarizados son los que menos utilizan los protocolos, probablemente porque entienden muy bien la forma correcta como debe implementarse los mismos o porque fueron afectados por el síndrome de "burn out".

A la pregunta "¿por qué no consideran el uso de los protocolos en la práctica hospitalaria?", la mayoría de ellos respondió que no se habían discutido adecuadamente y no tenía en su poder una copia de los protocolos (Gráfico 2). El éxito de la introducción de los protocolos depende de muchos factores, como el contexto clínico y los métodos de desarrollo, su diseminación e implementación. Una efectiva utilización de protocolos podrá

Cuadro N° 2

Grado de uso de protocolos conociendo la existencia de los mismos en el Departamento de Medicina Interna - HNMD.

Sabe que existe	Grado de uso de protocolos de atención						Total	
	No		A veces		Sí			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	7	26,92	0	0	1	3,84	8	30,76
Sí	12	46,15	6	23,07	0	0	18	69,23
Total	19	73,07	6	23,07	1	3,84	26	100

$$X^2 = 0,073$$

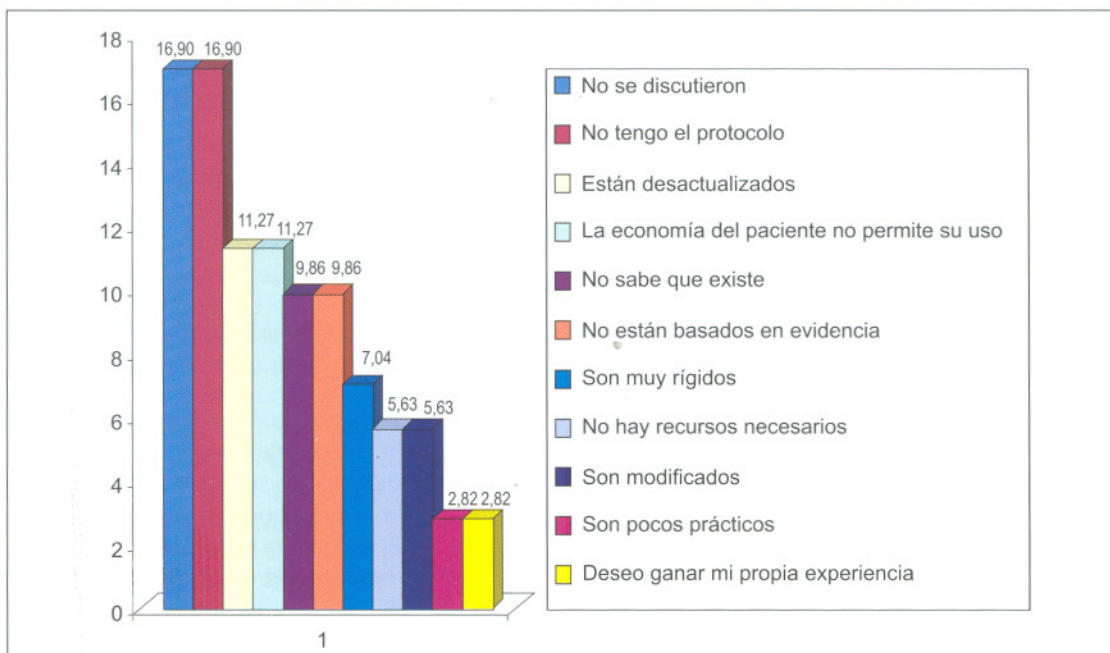
Cuadro N° 3

Grado de uso de protocolos, según la modalidad de especialización en el Departamento de Medicina Interna - HNMD

Modalidad de especialización	Grado de uso de protocolos de atención						Total	
	No		A veces		Sí			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Escolarizada	12	46,15	5	19,23	1	3,84	18	69,23
No escolarizada	3	11,53	0	0	0	0	3	11,53
Residente	4	15,38	1	3,84	0	0	5	19,23
Total	19	73,07	6	23,07	1	3,84	26	100

$$X^2 = 0,078$$

Gráfico 2
Factores que obstaculizan el uso de protocolos de atención en el Departamento de Medicina Interna, HNDM



ser alcanzada solo si su elaboración es institucional, si la estrategia de diseminación es específica y educacional y si el médico tiene la oportunidad de ser recordado en el momento de la consulta⁶.

Los médicos que realizan docencia universitaria y los que fueron expositores en los últimos años, solo el 3,84% utilizan los protocolos (Cuadro 4 y 5). En nuestro hospital no parece que el médico rehúye al uso de protocolos, si no que observa deficiencias en las estrategias de desarrollo, diseminación e implementación de los mismos. Por consiguiente, se reserva el derecho a no utilizarlos o a utilizarlos a veces.

DISCUSIÓN

En el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo el grado de uso de los protocolos de atención es el 3,84% (Fig. 1). La mayoría de los profesionales entrevistados manifestaron que no utilizaban los protocolos simplemente porque no se discutieron adecuadamente y no disponían de las guías clínicas en el momento oportuno (33%). El 11,26% manifestaban no utilizarlos porque se encontraban desactualizados a pesar que se implementaron el 2001. Un estudio del Centro de Medicina Basada en la Evidencia del sur de California, financiado por la Agencia de Investigación en Calidad y Asistencia Sanitaria observó que más del 75% de los protocolos se encontraban desactualizados⁽⁷⁾. Las guías evaluadas fueron elaboradas por la AHRQ (Agency For Healthcare Research and Quality)

Cuadro N° 4
Grado de uso de protocolos en médicos dedicados a la docencia universitaria
Departamento de Medicina Interna - HNDM

Docencia	Grado de uso de protocolos de atención						Total	
	No		A veces		Sí		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No	5	19,23	1	3,84	0	0	6	23,07
Sí	14	53,84	5	19,23	1	3,84	20	76,93
Total	19	73,07	6	23,07	1	3,84	26	100

$$X^2 = 0,759$$

Cuadro N° 5
Grado de uso de protocolos en médicos expositores de certámenes académicos en los 2 últimos años, Departamento de Medicina Interna - HNDM.

Expositor	Grado de uso de protocolos de atención						Total	
	No		A veces		Sí		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No	6	23,07	3	11,53	0	0	9	34,61
Sí	13	50	3	11,53	1	3,84	17	65,39
Total	19	73,07	6	23,07	1	3,84	26	100

$$X^2 = 0,539$$

entre 1990 y 1996 y estaban todavía en uso durante el año 2000. En siete de ellas tanto los nuevos avances como la opinión de expertos demandaban una revisión completa; seis requerían una actualización menor y tres continuaban siendo válidas.

La tendencia a dejar de lado los protocolos en los médicos internistas en nuestro estudio no guarda relación con sus respuestas de estar desactualizados, porque paradójicamente los protocolos habían sido aprobado solo hace 2,5 años. Shekelle *et al*, determinó que la mitad de la guías están desactualizadas a los 5,8 años, y el momento en el cual el 90% de las guías están todavía vigentes es a los 3,6 años⁽⁷⁾.

¿Cumplen su función los protocolos? Los protocolos de diagnóstico y tratamiento son en general de uso hospitalario, donde el beneficio a obtener podría ser el tiempo de estancia, ya que las camas están limitadas o los tiempos de espera son largos y un rendimiento mayor podría traer mayores beneficios. Los protocolos pueden ser inútiles si no se mide su influencia sobre la actuación de los profesionales y los resultados de la organización. Las auditorías clínicas son el complemento ideal para estos documentos; el problema es que estas evaluaciones no se realizan, cuando son el mejor modo de conocer la calidad de los protocolos.

El debate sobre los protocolos clínicos no debe centrarse sólo en su elaboración, sino también en cómo se utilizan y cómo se mide su impacto en la práctica. Cada vez hay más agencias públicas y privadas que se dedican a hacer estos documentos; el problema es que no se aplican y no se hacen auditorías que midan cómo modifica la práctica clínica.

En el presente estudio, aproximadamente un tercio de los internistas no usa los protocolos porque no se discutieron adecuadamente y no dispone de una copia de la misma. Esto puede ser debido a que los protocolos fueron elaborados por un grupo reducido de profesionales y no fueron aprobados y discutidos en consenso. Cabe destacar que los médicos que sí usan los protocolos (3,84%) son los más jóvenes (edad ≤ 36 años); estos hallazgos coinciden con los estudios de Wolf, Tunis y Ferrier, quienes reportan que los que más actitudes positivas tienen al uso de protocolos son los más jóvenes, los recientemente graduados y los que recién inician su práctica asistencial^(9,10, 11). Se desconoce si esto es porque los más jóvenes están más familiarizados con el uso de los protocolos o si es que estos tienen menos experiencia en el manejo médico y es por eso que tienen que recurrir a los protocolos⁽⁹⁾.

Los estándares suelen tener como fin resolver problemas clásicos de la atención sanitaria: la sobreutilización o infrautilización de servicios y la variabilidad. En todos ellos hay un interés por modificar los métodos de actuación de los profesionales como camino directo

hacia la mejora de los resultados. Las auditorías sirven para comprobar si se ha llegado al final de esa senda. Los protocolos carecen de sentido si no se usan estos métodos de evaluación. La fortaleza de los protocolos clínicos reside en su vinculación al movimiento de la medicina basada en la evidencia, es decir, la medicina con fundamento científico. Los datos que refrendan la validez de un procedimiento o técnica se encuentran en la revisión sistemática de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados^(5,6).

Pero los protocolos dan un paso más allá al convertir los resultados de estos estudios en recomendaciones que ayudan a mejorar el trabajo de los facultativos y la atención de los pacientes. Los protocolos presentan el árbol de decisiones que se plantea ante una pregunta clínica concreta. Lo importante es que se defina exactamente el grado de evidencia que hay tras cada recomendación; es decir, si está sustentada en la opinión de un experto, en el consenso o en un metaanálisis. Esta última metodología es la auténtica prueba del algodón de la evidencia. La efectiva implementación de protocolos no finaliza convenciéndole al médico a usarlas, esto debe traducirse en mejoras en la calidad de atención y sus efectos en el sistema de salud. Se ha tratado de optimizar las decisiones médicas con la ayuda de sistemas computarizados (Computer Based Clinical Decision Support System) que demostraron mejorar el cuidado preventivo, pero su papel en el control del riesgo cardiovascular y del mismo control de la presión arterial no está del todo clara⁽⁸⁾.

Al igual que en otros hospitales del mundo, el síndrome de *burn out* sigue siendo un obstáculo para la utilización de los protocolos. El 30% de los facultativos, según cifras de Rafael Matesanz (Director General de Atención Primaria y Especializada del Insalud-España) están "quemados"; la mejor manera de motivar a estos profesionales es que los que no sufren este problema editen las guías y les inviten a corregirlas y mejorarlas, así como a que las pongan en práctica. Aunque no es fácil solucionar este problema, la mejora en la metodología de trabajo que se deriva de los protocolos puede ser una ayuda para estas personas.

¿Es ético utilizar los protocolos existentes? Creemos que promocionar esta obligación profesional como un asunto ético no es útil porque puede inhibir la aceptación del médico. Decir que es una obligación ética suena como si fuese una política moral. Preferiríamos que los médicos vieran los protocolos como una oportunidad profesional de aprender más sobre medicina basada en la evidencia.

Este punto de vista ve la ética no como un proceso para encontrar fallos, sino como un examen de las características de la medicina que la dan sentido y legitiman su lugar especial en la sociedad. Una razón

fundamental por la que la sociedad confía en los médicos es que existen bases razonables para creer que les van a ayudar. A los pacientes se les debe cierto nivel de cuidado. Además de que existir una obligación para prestar una atención, también existe otra para que las mejores prácticas conocidas se usen en el diagnóstico y tratamiento. Cada vez más este estándar no lo define la formación o las costumbres, sino un consenso nacional explicitado en protocolos clínicos. No obstante, el uso de éstos, incluso entre los médicos que las apoyan, es limitado. Un estudio de médicos de familia en Estados Unidos reporta que mientras el 69% de los encuestados dijeron acoger positivamente las guías, el porcentaje de los que afirmó usarlas se redujo al 44% y sólo el 27% era capaz de nombrar una guía de práctica clínica en un asunto particular⁹. Incluso las guías más conocidas y aceptadas son pasadas por alto en la práctica; por ejemplo, conocemos los beneficios de los esteroides inhalados desde hace años y todavía hay asmáticos que no los toman. De igual forma mucha gente sigue sin tomar ácido acetilsalicílico tras los ataques al corazón y no son pocos, sino que hablamos de entre el 30 y el 40 por ciento de los enfermos.

Los médicos más jóvenes (≤ 36 años) y aquellos con menor tiempo de servicio fueron los que más actitudes positivas tuvieron frente a los protocolos y por lo tanto son los que más lo utilizan. Tunis *et al* reportaron que los internistas con sueldo fijo y los que trabajaban por más de 20 horas semanales utilizaban los protocolos con mayor frecuencia que aquellos internistas contratados solo para algunas actividades específicas y aquellos que trabajaban menos de 20 horas¹⁰.

RECOMENDACIONES

- Todas las sociedades científicas deben organizar y liderar la elaboración de estos documentos, que si bien es cierto tienen riesgos potenciales, son mayores los beneficios que finalmente brindan al paciente, a las instituciones y a la misma sociedad.
- Todo profesional al ingresar a laborar al departamento debería recibir junto a la misión y visión del hospital, el manual de protocolos debidamente actualizado y aprobado por la dirección del hospital.
- Se debe implementar dentro de los hospitales el Comité de Auditoría para monitorear el uso de los protocolos no con carácter punitivo, sino para prevenir y corregir los errores y mejorar la calidad de atención.
- Se recomienda una revisión cada tres años para la mayoría de los protocolos clínicos; esto debe atrasarse o adelantarse en función de la velocidad de evolución del tema sobre el que trate. Las revisiones frecuentes mediante métodos rigurosos son probablemente más válidas y fáciles de elaborar que aquellas más espaciadas, que podrían llegar a perder rigor en un intento de compensar su desfase.
- Diseñar un protocolo es una tarea no exenta de esfuerzo. Se debe tener en cuenta qué se hace, para quién, en qué condiciones y cómo se puede mejorarlos. Todo esto requiere una dedicación que no tienen los profesionales que padecen el síndrome *burn out*, es decir, que están "quemados". Las sociedades científicas, los servicios hospitalarios y los profesionales deberían hacer este tipo de documentos.
- Si el problema es que no se conocen los protocolos, entonces habrá que hacer difusión. Si lo que sucede es que no hay acuerdo, tendremos que aprobar en consenso. Preocupa el hecho que todos los protocolos están elaborados en forma de texto en una secuencia de blanco o negro que elimina la consustancial ambigüedad de la medicina. Lo que se necesita es que estén hechas de forma cómoda, a colores, en forma de algoritmo y que no tenga más de dos hojas para que el médico conozca los problemas, las evidencias y las opciones de un vistazo.
- Apostar por la medicina basada en la evidencia no implica rechazar la experiencia. La práctica no puede dejarse de lado, sobre todo porque los ensayos clínicos se realizan con grupos de pacientes controlados cuyas circunstancias no se repiten en ese universo al que cada día se enfrenta el médico. La experiencia convierte la eficacia del ensayo en efectividad, entendida como la conducta del tratamiento en condiciones reales. El paciente que participa en los grandes estudios no siempre se corresponde con el que pasa por las consultas o los quirófanos, por lo que la experiencia del profesional que lo atiende ayuda a matizar la evidencia y convertirla en un instrumento práctico.
- El periodo que ha de transcurrir entre la puesta en práctica de un protocolo y su revisión ha de ser, al menos en su área, de tres años. Si el documento sigue demostrando su seguridad, eficacia, sencillez de uso y relación coste-efectividad no hay que incorporar grandes novedades. Los beneficios de los protocolos y su impacto sobre los indicadores de un servicio no se manifiestan en plazos inferiores. Debe existir un tiempo suficiente para que los profesionales asimilen y manejen de forma sistemática los criterios que los protocolos incluyen. Se trata de una cuestión que depende en gran medida de la sencillez de aplicación del documento, sólo de ese modo es posible una mejora de los indicadores de actividad y calidad.
- La elaboración de protocolos empezó siendo un anhelo, pasó a convertirse en una posibilidad y ahora es, para un buen número de profesionales, una exigencia contemplada en los contratos de gestión. Tanto es así que ya no es sólo motivo de reflexión el proceso de diseño de estos documentos, sino que también lo es el de su renovación.

Bibliografía

1. Feder G, Eccles M, Grol R, *et al.* Using clinical guidelines *BMJ* 1999, 318: 728-30
2. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, *et al.* Clinical guidelines: Developing guidelines. *BMJ* 1999, 318 : 593-96
3. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, *et al.* Potencial benefits, limitations, and harms of clinical guidelines *BMJ* 1999,318:527-30
4. Cabana MD, Rand C. Powe N, *et al.* Why do not physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement *JAMA* 1999, 282: 1458-1465.
5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, *et al.* Evidence based medicine: What's it is what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72
6. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993, 342; 1317-1322.
7. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S. *et col.* Validity of the agency for Healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated?. *JAMA* 2001,286:1461-67
8. Montgomery AA, Fahey T, Peters T. Evaluation of a computer based clinical decision support system and risk chart for management of hypertension in primary care: randomized Controlled trial. *BMJ*, 2000, 320: 686-690.
9. Wolff M, Bower D, Marbella A, *et al.* US Family Physicians' Experiences With Practice Guidelines. *Fam Med* 1998; 30:117-21.
10. Tunis SR, Hayward RSA, Wilson MC, *et al.* Internists, attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994;120:956-63.
11. Ferrier B, Woodward C, Cohen M, *et al.* Clinical practice guidelines: new-to-practice family physicians, attitudes. *Can Fam Physician* 1996;4:463-7.