

Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en cardiólogos de Latinoamérica

Survey on Clinical Practice Guidelines Use among Latin American Cardiologists

MARIANO A. GIORGI^{MTSAC, 1, 2, 3}, RAÚL A. BORRACCI^{MTSAC, 1, 4}, GUSTAVO CALDERÓN^{1, 5}, DIEGO MANENTE^{MTSAC, 1, 6}, ANDRÉS MULASSI^{MTSAC, 1, 7}, DANIEL J. PIÑEIRO^{MTSAC, 1}, WISTREMUNDO DONES¹

Recibido: 04/01/2011
Aceptado: 10/08/2011

Dirección para separatas:

Dr. Mariano A. Giorgi
Nicasio Oroño 686
(1405) CABA
e-mail: marianoagiorgi@hotmail.com

RESUMEN

Introducción

No obstante el amplio consenso acerca de los beneficios devenidos de la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la atención de pacientes y de su adopción por cada vez más países, incluso de Latinoamérica, su traslación a la práctica se encuentra por debajo de lo esperado. La falla en la implementación de las GPC está ligada a varios factores, entre los cuales se encuentra la falta de adherencia de los médicos.

Objetivos

Estimar la tasa de uso de Guías de Práctica Clínica (GPC) y conocer las objeciones a ellas entre cardiólogos latinoamericanos.

Material y métodos

Se realizó una encuesta anónima por correo electrónico en una muestra aleatoria del 10% de cardiólogos hispanohablantes de la Sociedad Interamericana de Cardiología. Se relevaron datos demográficos, uso de GPC y objeciones respecto de ellas. Entre los supuestos del estudio se consideró que la mayoría respondería positivamente ante la pregunta del uso de GPC; en cambio, se supuso que también manifestarían críticas y limitaciones de las GPC si se les indujera a ello.

Resultados

De 1.197 encuestados se obtuvo respuesta de 952. El 91,5% refirió que utilizaba GPC; de éstos, el 75,8% (660/871) recurría a GPC extranjeras y locales, mientras que el 24,2% sólo usaba GPC locales. El 58,2% de los encuestados refirió al menos una objeción a la calidad o utilidad de las GPC. Las críticas más comunes fueron que las guías proponían el uso de recursos no disponibles en los lugares de trabajo (11,5%), que recomendaban métodos no pasibles de utilizar por falta de cobertura (9,2%) y que no representaban la realidad de los pacientes asistidos (7,7%). Entre los encuestados que no las utilizaban, el 22,2% refirió que desconocía las últimas GPC.

Conclusiones

Si bien el uso de GPC es alto, la presencia de objeciones vinculadas a su utilidad constituye una barrera para mejorar la adherencia de los cardiólogos a ellas. Estos datos deben tenerse en cuenta para mejorar la confección, la difusión y la implementación de GPC en Latinoamérica.

REV ARGENT CARDIOL 2012;80:108-113.

Palabras clave >

Guía de Práctica Clínica - Cardiología

Abreviaturas >

GPC Guías de Práctica Clínica

SOINCA Sociedad Interamericana de Cardiología

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Área de Investigación de la Sociedad Interamericana de Cardiología

² Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular - FLENI

³ Departamento de Farmacología, Facultad de Ciencias Biomédicas - Universidad Austral

⁴ Departamento de Bioestadística, Facultad de Ciencias Biomédicas - Universidad Austral

⁵ Sanatorio Franchin

⁶ Servicio de Cardiología, Sanatorio Otamendi

⁷ Sanatorio Lobos

INTRODUCCIÓN

Existe amplio consenso acerca de los beneficios derivados de la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la atención de pacientes. Las GPC homogeneizan y disminuyen la variabilidad injustificada en las pautas de atención al difundir avances científicos basados en evidencia objetiva. Según el Institute of Medicine de los Estados Unidos, las GPC son “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales de la salud y de los pacientes acerca del cuidado de salud apropiado en circunstancias clínicas específicas”. (1) Desde la instalación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cada vez más países han adoptado las GPC como parte de una estrategia para optimizar la atención médica. Esta tendencia mundial se ha observado también en América Latina, donde la producción de GPC locales se ha incrementado en los últimos años. (2) No obstante, la traslación de la evidencia del beneficio clínico contenida en las GPC a la práctica ha sido motivo de controversias y esta transferencia se encuentra por debajo de lo esperado. (2-5) La falla en la implementación de las GPC está ligada a varios factores, entre los cuales se encuentran la falta de adherencia de los médicos (6, 7) (en muchos casos referidas como limitación a la autonomía profesional) y las barreras que evitan que se expandan en la estructura de los sistemas de salud. (6-8) Comparados con otros especialistas, los cardiólogos tienen un grado de cumplimiento mayor de las GPC; (8) pese a ello, el nivel de adherencia podría ser sustancialmente mayor. (5, 9) Mejorar esto implica, en gran medida, conocer los motivos por los cuales los profesionales no aplican las GPC o lo hacen en forma parcial. (6, 10) Por esta razón se realizó el presente estudio, con el objetivo de evaluar el perfil de aceptación y uso de las GPC entre cardiólogos latinoamericanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta anónima entre médicos cardiólogos en 12 países de habla hispana en el marco de un estudio de investigación de la Sociedad Interamericana de Cardiología por medio del padrón de cardiólogos afiliados a dicha Sociedad. Se utilizó el padrón de cardiólogos de países de habla hispana de la SOINCA. Sobre un total de 11.970 miembros registrados se tomó una muestra aleatoria del 10% (1.197 miembros) a los que se les envió un cuestionario para responder en forma anónima por correo electrónico. Se generó una lista de números aleatorios y se tomaron los 1.197 registros por muestreo aleatorio simple. Debido a que la encuesta era anónima, no se puede saber si cada respuesta corresponde a un solo sujeto, aunque es poco probable la existencia de muchos casos en los que un médico haya respondido en múltiples ocasiones el cuestionario. En la Tabla 1 se detalla la tasa de respuesta de la muestra con el total de encuestas enviadas a cada país y el porcentaje de respuestas obtenidas. El cuestionario fue desarrollado por el grupo de investigación a partir de la literatura mencionada

(6, 10, 15) y no fue validado previamente a su uso. Constaba de una primera parte con preguntas generales sobre el país de origen, sexo, edad, año de graduación como cardiólogo, ámbito principal de trabajo público o privado, actividad laboral en unidad coronaria o en consultorios externos. En la segunda parte del cuestionario se interrogaba acerca del uso o no de GPC para la actividad habitual, qué tipo de GPC utilizaba (las de su país, extranjeras o ambas) y las posibles objeciones que encontraba respecto de ellas (Tabla 2). Entre los supuestos del estudio se consideró que la mayoría de los encuestados respondería positivamente ante la pregunta del uso de las GPC. En cambio, se supuso que también manifestarían las críticas y limitaciones que tienen las GPC si se les indujera a ello. Las respuestas se volcaron en una base de datos en soporte Microsoft Excel 2003.

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, las discretas como valor absoluto y porcentajes. La muestra se dividió entre los que usaban y los que no usaban GPC; las comparaciones entre ambos grupos se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado (para variables discretas) y la prueba de la *t* (para continuas). Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas con un valor de *p* a dos colas < 0,05. Los datos se analizaron con el *software* EpiInfo 3.3.2.

RESULTADOS

Se obtuvieron 952 respuestas de cardiólogos de la Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. En la Tabla 3 se detallan las características de la población total de encuestados. El 91,5% (871 sujetos) respondieron que utilizaban las GPC en su práctica médica habitual. De éstos, el 75,8% (*n* = 660) refirió que usaba guías locales y extranjeras, mientras que el resto (24,2%, *n* = 211) sólo recurría a guías locales de su país. Otro dato relevante es que el 11,7% respondió que no estaba en conocimiento de las GPC.

Tabla 1. Cantidad de encuestas enviadas y respondidas por país

País	Enviadas	Respondidas	Tasa de respuestas
Argentina	661	549	83,06
Bolivia	19	12	63,16
Colombia	64	58	90,63
Cuba	10	6	60,00
Ecuador	36	24	66,67
México	244	177	72,54
Nicaragua	9	6	66,67
Paraguay	29	21	72,41
Perú	34	29	85,29
Puerto Rico	12	7	58,33
Uruguay	53	43	81,13
Venezuela	26	20	76,92
Total	1.197	952	79,53

1. No representan la realidad de los pacientes que atiendo
2. No me interesan porque no son de aplicación en la práctica diaria
3. No me alcanza el tiempo de atención al paciente para consultarlas y aplicarlas
4. Las metas que proponen alcanzar no son realistas
5. Son poco prácticas para aplicarlas
6. No son accesibles para la consulta o no son fáciles de conseguir
7. Proponen utilizar recursos diagnósticos o terapéuticos no disponibles en mi trabajo
8. Considero que mi propio conocimiento es más adecuado para manejar a los pacientes
9. Considero que son copia de lo que se hace afuera del país y no son aplicables localmente
10. Proponen métodos no realizables por los pacientes por falta de cobertura o recursos
11. Son muy largas para leer o complicadas para entender
12. Contienen recomendaciones que son ajenas culturalmente a nuestro medio
13. No estoy en conocimiento de las últimas guías de práctica clínica

Tabla 2. Cuestionario utilizado para detectar las objeciones para el uso de las GPC

Tabla 3. Características de la población encuestada

Variable	(%)
n	952
Mujeres	252 (21,7%)
Edad (media \pm desviación estándar)	46,2 \pm 11,1
Con residencia de Cardiología	836 (87,8%)
Trabaja en Unidad Coronaria	576 (60,5%)
Trabaja en Consultorios	857 (90,0%)
Su principal trabajo es público	350 (36,8%)
Su principal trabajo es privado	602 (63,2%)

Entre los sujetos que respondieron que las utilizaban en su actividad médica, 514 (59%) indicaron al menos una objeción a las GPC. Las principales dificultades manifestadas fueron que las GPC proponían el uso de recursos diagnósticos y/o terapéuticos no disponibles en los lugares de trabajo (11,5%), utilización de métodos no realizables por los pacientes por falta de cobertura o recursos (9,2%) y que las GPC no representan la realidad de los pacientes a los que se asiste (7,7%). En el caso de los especialistas que no utilizaban las GPC en forma habitual, las principales razones invocadas para ello fueron que desconocían las últimas GPC (22,2%), que contienen recomendaciones ajenas al medio cultural en el que se desempeñaban los profesionales (12,3%) y que proponían el uso de recursos diagnósticos y/o terapéuticos no disponibles en su trabajo (12,3%). La distribución completa de las respuestas se muestra en la Figura 1.

En la Tabla 4 se exponen las características de los encuestados según si utilizaban o no GPC. Entre los que las utilizaban se observa una proporción mayor de médicos con menos de 15 años de graduación y cuyo trabajo principal era en consultorios externos.

DISCUSIÓN

En nuestra encuesta se observa que la mayoría de los profesionales manifiestan que utilizan las GPC en la práctica habitual, lo que podría vincularse a la creciente conciencia en los beneficios sanitarios de su uso. Este beneficio ya fue demostrado en la década de los noventa por Grimshaw y colaboradores (11) en una revisión sistemática de estudios que evaluó los resultados de la implementación de GPC sobre la atención a pacientes, verificándose que, de 59 estudios, 55 refirieron mejoras en la calidad de los cuidados médicos. Esto también se verifica para las enfermedades cardiovasculares, tal como lo demostraron Schiele y colaboradores, (12) que en forma prospectiva observaron una reducción de hasta el 20% en la mortalidad a un año en pacientes con infarto agudo de miocardio al incrementarse el cumplimiento de las GPC. Otros estudios también demostraron cómo el uso de GPC influye sobre la mortalidad de la cardiopatía isquémica asociada con diabetes, (13) y sobre la tasa de uso de estudios diagnósticos, como la cinecoronariografía. (14)

Comparados con otros especialistas, los cardiólogos suelen presentar una tasa mayor de utilización de GPC. Ejemplo de ello es el estudio de Escosteguy y colaboradores, (8) en el que se analizó el uso de GPC entre prestadoras de planes de salud de Brasil y se observó que, en el caso de las guías de enfermedades cardiovasculares, su uso era superior al 80%.

En nuestro estudio observamos que el 59% de los encuestados que respondieron afirmativamente al uso de las GPC manifestaban una o más objeciones a ellas. El reconocimiento de limitaciones en las GPC representa una barrera para la adherencia a su uso. (6, 10) Cabana y colaboradores (6) hallaron entre las principales barreras a la adherencia de los médicos a las GPC el no conocer su existencia, no estar familiarizado con la guía, estar en desacuerdo con el contenido y la falta de confianza en el éxito de las metas

Fig.1. Distribución completa de las respuestas.

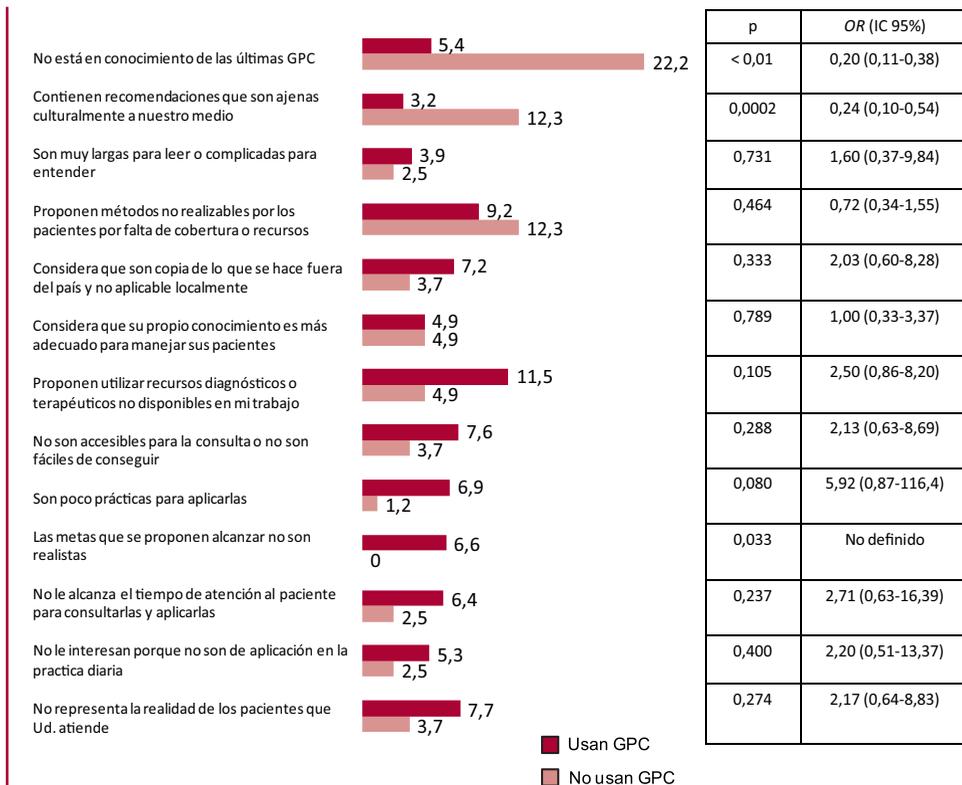


Tabla 4. Características comparativas entre los encuestados que referían utilizar GPC y los que referían no hacerlo

Variable	Usan GPC	No usan GPC	Odds ratio (IC 95%)	p
n	871	81		
Mujeres	189 (21,7%)	63 (77,8%)	0,08 (0,04-0,14)	< 0,0001
Edad (media ± DE)	46,6 ± 11,0	48,4 ± 16,7		0,23
Con residencia de Cardiología	769 (88,3%)	67 (82,7%)	1,58 (0,81-3,00)	0,19
Trabaja en Unidad Coronaria	535 (61,4%)	41 (50,6%)	1,55 (0,96-2,51)	0,074
Trabaja en Consultorios	801 (91,9%)	56 (69,3%)	5,11 (2,90-8,96)	0,0001
Su principal trabajo es público	314 (36,0%)	36 (44,4%)	0,70 (0,43-1,14)	0,16
Menos de 15 años de graduado	328 (37,6%)	21 (25,9%)	1,73 (1,00-2,99)	0,04

recomendadas. Las objeciones referidas por los encuestados en nuestro trabajo apuntan hacia barreras originadas en la discordancia de las recomendaciones relacionadas con el sistema de salud (p. ej., el tipo de cobertura) y las características epidemiológicas de los pacientes. Este tipo de limitaciones también se han reconocido en estudios internacionales (2, 6) y en nuestra región. (10, 15-17) En el estudio de Sánchez y colaboradores, (15) realizado entre oncólogos de Colombia, casi el 40% de los encuestados consideraban que el uso de las GPC estaría limitado por barreras económicas o administrativas. Esta limitante en la adherencia a las GPC puede estar relacionada con el proceso de confección y adaptación de las GPC locales, fundamentalmente con la adopción de tecnologías

y recomendaciones originadas en otros países con realidades diferentes. (4, 18-19)

Respecto de las razones invocadas por los cardiólogos encuestados para no utilizar las GPC se destacó el desconocimiento de las guías. Estos hallazgos concuerdan con la información de la bibliografía internacional y regional, (6, 10, 15) lo que constituye una barrera compleja que involucra a las sociedades científicas y a las autoridades sanitarias locales.

Limitaciones

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentra el tamaño de la muestra de cardiólogos evaluada (se tomó un 10% por razones de factibilidad), la que podría haber sido mayor. Asimismo, se trata de una

muestra sesgada por tratarse de médicos que están en una base de datos de una sociedad científica, con una preponderancia de respuestas provenientes de un solo país (58% de las respuestas son de la Argentina) y no necesariamente son representativas del total de los profesionales. El cuestionario no fue validado. Otra limitante es que la afirmación hecha por los respondientes a la utilización de las GPC no indica que ello sea efectivamente así.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observó que una alta proporción de encuestados referían que utilizaban las GPC en su práctica y se identificaron las principales objeciones para su uso. Estas críticas constituyen algunas de las barreras que deberían tenerse en cuenta para definir estrategias que mejoren la adherencia a las GPC.

SUMMARY

Survey on Clinical Practice Guidelines Use among Latin American Cardiologist

Background

There is a broad consensus about the benefits of applying Clinical Practice Guidelines (CPGs) as a standard of care and most countries, even in Latin America; however, the applicability of CPGs to medical practice is lower than expected. The failure in the implementation of CPGs is due to several factors, including physicians' lack of adherence.

Objectives

To estimate the utilization rate of CPGs and to know the objections of Latin American cardiologists against them.

Material and Methods

We conducted an anonymous email survey among 10% of the Spanish-speaking members of the Interamerican Society of Cardiology that were randomly selected. The questions included demographic data, use of CPGs and objections to use them. We assumed that most of the respondents would make a positive answer when asked about the use CPGs; yet, we also assumed that they would criticize and comment the limitations of CPGs if they were induced to do so.

Results

The survey was responded by 952 of the 1197 cardiologists selected. The utilization rate of CPGs was 91.5%; 75.8% (660/871) used foreign and local guidelines, while 24.2% only used local CPGs. 58.2% of survey respondents had at least one objection to the quality or usefulness of CPGs. The most common complaints were that the guidelines proposed the use of resources that were not always available (11.5%), recommended impractical strategies due to lack of medical coverage (9.2%) and did not represent the patients in real practice (7.7%). Among those who did not use CPGs, 22.2% did not know the last guidelines published.

Conclusions

Although the utilization of CPGs is high, the objections about their usefulness constitute a barrier to improve the adherence of cardiologists to use them. These data should

be considered to improve the production, diffusion and implementation of CPGs in Latin America.

Key words > Clinical Practice Guideline - Cardiology

BIBLIOGRAFÍA

1. Field MJ, Lohr KN. Summary. En: Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. National Academy Press. 1992. Washington DC. Pág. 2. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1863&page=2. Accedido el 04-07-2010.
2. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, Dieguez MG, Mejía R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci* 2008;3:43.
3. Gómez-Doblas JJ. Implementación de Guías Clínicas. *Rev Esp Cardiol* 2006;59(Supl 3):29-35.
4. Lenfant C. Shattuck lecture- clinical research to clinical practice: lost in translation? *N Engl J Med* 2003;349:868-74.
5. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
7. Mion D Jr, da Silva GV, de Gusmão JL, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, et al. Do Brazilian physicians follow the Brazilian guidelines on hypertension? *Arq Bras Cardiol* 2007;88:212-7.
8. Escosteguy CC, Portela MC, Lima SM, Ferreira VM, Vasconcellos MT, Brito C. [Utilization of clinical guidelines by health plan operators in the Brazilian health system]. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54:400-5.9.
9. Investigadores Estudio PRESEA. Prevención Secundaria en la Argentina. Estudio PRESEA. *Rev Argent Cardiol* 2000;68:817-25.
10. Belizan M, Basualdo MN, Pichon-Riviere A. Barreras para la incorporación de guías de práctica clínica en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Estudio cuali-cuantitativo. Documento técnico No. 3. noviembre 2005 Disponible en: http://www.iecs.org.ar/administracion/files/2005122203334_326.pdf. Accedido el 04-07-2010.
11. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
12. Schiele F, Meneveau N, Seronde MF, Caulfield F, Fouche R, Lassabe G, et al; Réseau de Cardiologie de Franche Comté group. Compliance with guidelines and 1-year mortality in patients with acute myocardial infarction: a prospective study. *Eur Heart J* 2005;26:873-80.
13. Ho PM, Magid DJ, Masoudi FA, McClure DL, Rumsfeld JS. Adherence to cardioprotective medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006;6:48 doi:10.1186/1471-2261-6-48. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/6/48>. Accedido el 04/07/2010.
14. Patel MR, Peterson ED, Dai D, Brennan JM, Redberg RF, Anderson HV, et al. Low diagnostic yield of elective coronary angiography. *N Engl J Med* 2010;362:886-95.
15. Sánchez R, Ortiz N, Vargas D, Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá - Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2004;52:250-60.
16. COLCIENCIAS. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación. Disponible en: <http://www.colciencias.gov.co/web/guest/home>. Accedido el 04-07-2010.
17. Vilas-Boas F. From diagnostic and therapeutic guidelines to clinical practice in Brazil. *Rev Port Cardiol* 2004;23(Suppl):III33-6.

18. Giorgi MA. ¿La eficacia debe ser el criterio dominante para la confección de guías de práctica clínica? *Rev Argent Cardiol* 2008;76:135-6.

19. Esandi ME, De Luca M, Chapman E, Schapochnik N, Bernztein R, Otheguy L. Guía para la adaptación de guías de práctica clínica. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Academia Nacional de

Medicina. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/documentos/0000000068.pdf>

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen ningún conflicto de interés relacionado con el estudio.