



Reglas de decisión clínica

La práctica de la Medicina está sujeta a una gran variabilidad, de forma que es un tópico decir que no hay dos enfermos iguales. Esta falta de uniformidad clínica dificulta enormemente la toma de decisiones, al verse ésta influenciada por múltiples factores. Sin embargo, la gran cantidad de medios diagnósticos y terapéuticos que están a nuestra disposición hace necesario elegir entre diferentes opciones para no utilizar, de forma indiscriminada, todas las posibilidades disponibles ante un enfermo determinado ya que ello conlleva un aumento de efectos secundarios, del coste económico y de la incomodidad para el paciente¹. Se han hecho varios intentos para paliar esta variabilidad clínica con la aplicación de normas (indicaciones obligatorias sobre la conducta a seguir), protocolos (actuaciones acordadas entre los diferentes responsables de la toma de decisiones) o guías² (recomendaciones apoyadas en pruebas de su idoneidad, es decir en la llamada Medicina basada en la evidencia³). Una variedad de estas guías son las reglas de decisión clínica (RDC) que tratan de facilitar la elección de una opción determinada, bien sea terapéutica, pronóstica o sobre la indicación de un exploración complementaria, recogiendo la información científica existente y demostrando posteriormente su utilidad^{4,5}.

La experiencia clínica es fundamental para llegar a un diagnóstico o para decidir un tratamiento de una forma adecuada, barata y con un mínimo de efectos secundarios. Pero ocurre que, a veces, la experiencia clínica puede conducir a errores que las RDC tratan de evitar. Una RDC intenta cuantificar la importancia real que cada uno de los datos de la anamnesis, de la exploración física o de las exploraciones complementarias tiene en el diagnóstico o en la respuesta al tratamiento, evitando la subjetividad en las decisiones y garantizando que éstas sean objetivas.

El proceso que ha de seguir una RDC para que pueda ser recomendada es muy complejo e incluye tres fases⁶:

1) *Elaboración* de la RDC, basándose en la información recogida de trabajos con alto nivel de evidencia (prospectivos, aleatorizados y con gran número de casos⁶). Los seis re-

quisitos que debe cumplir una RDC en esta fase aparecen la Tabla 1^{4,7}.

2) *Validación* de la RDC, demostrando que su fiabilidad es reproducible primero en situaciones similares a las de los trabajos en que se basa y posteriormente en otras situaciones o ambientes clínicos en los que la prevalencia del proceso o su evolución es diferente, es decir ampliando los supuestos iniciales en los que se puede aplicar la regla.

3) *Análisis del impacto* de la RDC, evidenciando que la aplicación de la regla modifica la actuación del médico y mejora la atención al paciente o disminuye los costes.

Cada vez existen más RDC a nuestra disposición, pero todavía, y especialmente en Urgencias, la mayor parte de las decisiones hay que tomarlas sin tener datos objetivos de la idoneidad de la decisión adoptada por no existir una RDC para la mayoría de los problemas que se presentan en Urgencias. Por otra parte cuando existen estas RDC, muchos médicos no las conocen o no las aplican, como se pone de manifiesto en los trabajos de Aginaga Badiola y cols, que aparecen en este número de Emergencias, sobre las reglas

TABLA 1. Requisitos que debe reunir la fase de elaboración de una RDC

1. Inclusión de todos los factores predictivos importantes en el proceso de elaboración.
2. Presencia de una proporción significativa de los factores predictivos importantes en la población estudiada.
3. Definición clara de todos los factores predictivos y de la evolución final.
4. La evolución final debe estar ligada a la presencia de factores predictivos y la presencia de factores predictivos debe estar ligada a la evolución final.
5. El tamaño de la muestra debe ser adecuado.
6. La regla debe ser útil desde el punto de vista clínico.

de Ottawa^{8,9}. Sólo un 8 y 21% de los médicos encuestados conoce las reglas de la rodilla y del tobillo, respectivamente, y de ellos más del 20% no las aplica nunca. Este desconocimiento y, sobre todo, la falta de aplicación de unas RDC cuya precisión ha sido ampliamente confirmada⁸ es llamativo. Las razones pueden ser múltiples y son comentadas por Aginaga Badiola y cols⁹, pero un factor importante a tener en cuenta es el hecho de que la encuesta se hizo entre socios de SEMES los cuales, en su mayoría, tienen una amplia experiencia clínica y muchos no atienden urgencias traumatológicas, lo cual es la regla en casi todos los hospitales con residentes. Precisamente son los médicos en formación y los que no ejercen habitualmente su labor en urgencias los más receptivos a una RDC que compense su falta de experiencia. Esta situación es frecuente y admitida pero es incorrecta ya que una RDC no es un sustituto de la experiencia clínica si no un complemento¹: es evidente que, si los datos clínicos

son incorrectamente interpretados por el médico inexperto, la RDC recomendará una decisión que puede ser errónea, ya que la información de la que se parte no es correcta. Por ejemplo, una RDC sobre la indicación de punción lumbar queda invalidada si el médico no sabe interpretar si el enfermo tiene o no rigidez de nuca.

Esta falta de implementación de una RDC es un hecho frecuente y se han sugerido diferentes estrategias para modificar los hábitos clínicos, para adaptarlos a la RDC: movilización de los líderes de opinión de la localidad, conversaciones personales con un experto de prestigio, auditorías con recomendación de modificación de conducta, mensajes recordatorios en el ordenador, etc^{5,10}. De cualquier forma, el clínico experimentado debe tener un actitud abierta a las recomendaciones de los expertos que elaboran las guías de práctica clínica para incorporarlas a su práctica, pero "sin aceptarlas ciegamente o aplicarlas de forma ciega o inadecuada"¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fauci SA, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper D, et al. Introducción a la medicina clínica. En Fauci SA, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al. Harrison, Principios de Medicina Interna, 14ª edición. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana. 1998. Pg 1-7.
- 2- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymenrich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997;20:259-66.
- 3- Gol-Freixa JM, del Llano Señaris JE. El fenómeno de la "Medicina basada en la evidencia". Med Clin (Barcelona) 1999;112 (supl 1):3-8.
- 4- Laupacis A, Sekar N, Stiell I. Clinical prediction rules: a review and suggested modifications of methodological standards. JAMA 1997;277:488-94.
- 5- McGinn TG, Guyatt GH, Wyer PC, Naylor CD, Stiell IG, Richardson WS. Users' guides to the Medical Literature XXII: How to use articles about clinical decision rules. JAMA 2000;284:79-84.
- 6- Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher R, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. JAMA 1996;276:637-9.
- 7- Stiell IG, Wells GA. Methodologic standards for the development of clinical decision rules in emergency medicine. Ann Emerg Med 1999;33:437-47.
- 8- Aginaga Badiola JR, Fernández Otaolea K, Pascual Fernández N, Oyarzabal Chasco I, Argaña Orbeagozo J, Lizaso Arruaberrena MJ. Análisis de la implementación de unas reglas de decisión clínica: reglas del tobillo de Ottawa. Emergencias 2000;12:292-8.
- 9- Aginaga Badiola JR, Emparanza Knörr JI. Actitudes de los médicos de urgencias hacia las reglas de decisión clínica. Emergencias 2000;12:300-6.
- 10- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and others traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcome? JAMA 1999;282:867-74.

Manuel S. Moya Mir
Clínica Puerta de Hierro. Madrid.