



El síndrome del paciente recomendado

The recommended patient syndrome

Emiliano Paico-Vílchez¹ 

Cirujano pediátrico. Profesor de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, La Libertad, Perú

Fecha de recepción: 03/08/2024

Fecha de aceptación: 10/09/2024

Fecha de publicación: 30/09/2024

Correspondencia: Emiliano Paico-Vílchez. epaicov@gmail.com / epaicov@upao.edu.pe

Resumen

El “síndrome de paciente recomendado” es una entidad poco descrita y de incidencia desconocida. A pesar de que los pacientes reciben una atención especial y esmerada por ser famosos o recomendados por motivos de posición social, económica, familiar, amistad, etc., presentan una serie de complicaciones médicas no habituales, respecto a la atención médica habitual. El propósito del presente artículo consiste en exponer las manifestaciones de este síndrome, los factores que propician su aparición y las medidas preventivas para prevenir las complicaciones inesperadas.

Palabras clave: Errores médicos. Ética profesional. Relaciones médico-paciente. Manejo de atención al paciente. Derechos del paciente. (DeCS-BiREME)

Abstract

The “recommended patient syndrome” is a rarely described condition with an unknown incidence. While these patients receive special and meticulous attention due to their fame or personal connections—whether social, economic, familial, or through friendship—they tend to experience a series of unusual medical complications compared to standard medical care. The purpose of this article is to shed light on the manifestations of this syndrome, the factors that contribute to its development, and the preventive measures that can be taken to avoid unexpected complications.

Keywords: Medical errors. Professional ethics. Physician-patient relationships. Patient care management. Patient rights. (MeSH-NLM)

Introducción

El “síndrome del paciente recomendado” se define como la aparición de complicaciones no habituales y sucesos inesperados en pacientes concretos que son objeto de una atención médica especial, más esmerada y personalizada, ya que son personas célebres o han sido recomendadas por motivos de posición social,

fama, parentesco, amistad, etc., respecto a la atención médica habitual.

El término “The VIP Syndrome” (VIP son siglas de “Very Important Person” o persona muy importante), fue introducido por el doctor Walter Weintraub en 1964, debido a “la tendencia - de algunos médicos - a otorgar a un paciente privilegios especiales por su estatus o su

Citar este artículo como: Paico-Vílchez E. El síndrome del paciente recomendado. Rev Soc Peru Med Interna. 2024; 37(3): 179-184. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.865>

Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(3): 179-184

<https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.865>

www.revistaperuanademedicinainterna.com

riqueza"¹. Weintraub estudió casos de pacientes prestigiosos como el del rey Jorge III de Inglaterra, a quien le administraron medicamentos para tratar la esquizofrenia que pensaban que padecía. Mucho después se descubrió que sufría de porfiria, enfermedad que se caracteriza por un defecto en el metabolismo de las moléculas de los glóbulos rojos, que son responsables de transportar el oxígeno. Entre los síntomas de la porfiria están las alucinaciones y confusión mental, entre otros, de ahí la creencia en el tiempo de que el rey estaba loco. Otro caso es el del rey Luis II de Baviera, quien también recibió una atención psiquiátrica dudosa.

Posteriormente, este síndrome ganó popularidad a raíz de los intentos de asesinato del presidente de Estados Unidos de América, Ronald Reagan (30 de marzo de 1981), y del papa Juan Pablo II (13 de mayo de 1981). Ambos experimentaron problemas que surgen cuando dos figuras famosas a nivel mundial requieren atención médica urgente, fallas en la atención médica que normalmente no ocurren con otras personas.

En el caso del presidente de Reagan, hasta cuatro miembros del servicio secreto de Estados Unidos estuvieron presentes en el quirófano durante su intervención quirúrgica, algo que está terminantemente prohibido en circunstancias normales.²

En el caso del sumo pontífice, hubo un retraso innecesario en su traslado a un hospital de alta complejidad por razones protocolarias, que le produjo una importante pérdida de sangre.² Grave error que pudo costarle la vida al Vicario de Cristo. El doctor Nelson Castro³ en su libro "La salud de los papas. Medicina, complots y fe. Desde León XIII a Francisco", narra el retraso del traslado al hospital de la siguiente manera:

El papamóvil, en lugar de dirigirse a un hospital de alta complejidad, insólitamente puso rumbo al Palacio Apostólico. Aquí lo examinaron. A primera vista, la herida no parecía relevante ni peligrosa. Pero el examen clínico dejó en evidencia una realidad absolutamente distinta y grave: su pulso era débil, su presión arterial, baja, y su frecuencia cardíaca, alta. El diagnóstico no dejaba lugar a dudas: hemorragia interna (hemoperitoneo por traumatismo abdominal abierto -penetrante- por arma de fuego). La vida del papa Juan Pablo II estaba en serio riesgo. Sin más, pues, fue subido a una ambulancia, que, con urgencia, lo transportó al Policlínico Universitario Agostino Gemelli.

Tan pronto llegó al Policlínico Gemelli lo llevaron a sala de operaciones donde le realizaron una laparotomía de urgencia. El cirujano principal fue el doctor Francesco Crucitti. Al abrir el abdomen se encontró

sangre libre en cavidad. Hubo que succionar casi tres litros hasta encontrar el origen de la hemorragia. Había perforaciones en el colon y lesiones de los vasos sanguíneos del mesenterio del intestino delgado. Una bala había entrado en el abdomen, cerca del ombligo y había salido por la espalda, ocasionando dichas lesiones. Se realizó: ligadura de los vasos sangrantes, sutura las perforaciones del colon, extirpación de cincuenta y cinco centímetros del colon y una colostomía temporaria. La operación demandó más de cinco horas de un arduo trabajo.

Después de que el papa Juan Pablo II fue dado de alta con su salud recuperada, los médicos del Centro de Trauma del Hospital Policlínico Universitario Agostino Gemelli llevaron a cabo un análisis y determinaron que habían cometido errores y omisiones en la atención que antes no hacían. Pues en el intento de evitarle dolor, molestias o complicaciones, modificaron los protocolos y la intervención por tratarse de una persona conocida y apreciada a quien le querían brindar las mejores atenciones.^{4,5}

El "síndrome de paciente recomendado" es una entidad poco descrita y su incidencia es desconocida. El hecho de haber sido testigo de casos de colegas médicos que han tratado a pacientes recomendados y que han vivido en carne propia este síndrome, coincide con la opinión de Sanz⁶ y de Hernández⁷ quienes manifiestan que este síndrome posiblemente es más común de lo que se cree.

Juárez et al.,⁸ consideran que mayoritariamente hay dos subgrupos de pacientes recomendados que suscitan aumento del nivel de ansiedad del equipo de atención médica responsable y el riesgo de eventos imprevistos, que son los siguientes: a) Pacientes que tienen un reconocimiento social probado o que no son conocidos reciben un reconocimiento moral o de parentesco. b) Pacientes que a la vez son sanitarios (médicos, farmacéuticos, odontólogos, enfermeras, técnicos de enfermería, etc.) o familiares de estos.

Tanto el grupo de Sanz⁶ como el de Juárez⁸ son de la opinión que las complicaciones incomprensibles y sucesos inesperados que se presenta en los pacientes recomendados no siempre se deben atribuir al azar (mala suerte), sino que es imprescindible analizar la conducta médica ante este tipo de pacientes para conocer los posibles errores que se puedan estar cometiendo e intentar corregirlos. Existen muchos factores que favorecen la aparición de este síndrome, sin considerar los causados por azar. Todos los factores son causados por la modificación de las rutinas diagnósticas y terapéuticas que se siguen en los demás pacientes.⁹

Manifestaciones del síndrome

Los principales signos y manifestaciones del “síndrome del paciente recomendado” son característicos, pero no exhaustivos, ya que no es necesario que aparezcan todos ellos para definirlo (se puede manifestar de diversas maneras). A continuación, se presenta algunos de ellos:^{6,8}

- El curso de la enfermedad, el proceso diagnóstico o el problema suele ser más tórpido y existen más complicaciones de las esperadas en un paciente con condiciones similares.
- El paciente sufre una yatrogenia, derivada tanto de tratamientos médicos como quirúrgicos, mayor que la que suele ocurrir en otros pacientes en las mismas circunstancias.
- Aparecen retrasos y omisiones en las citas para consultas y estudios complementarios. En algunos casos, estos estudios se realizan en condiciones inadecuadas.
- Los registros clínicos de la evolución del paciente y cualquier estudio adicional realizado se extraían y/o son difíciles de encontrar. Cuando se encuentran, suelen proporcionar información muy breve.

Factores que favorecen la aparición del síndrome

En términos generales, son dos las circunstancias en las que ocurre el “síndrome del paciente recomendado”: Cuando hacemos de más por un paciente, o cuando hacemos de menos e incluso dejamos de hacer.

La primera es la menos común, sucede cuando por querer dar mejor atención médica al paciente recomendado, tomamos más acciones en la práctica médica. Por ejemplo, hacer más estudios de laboratorio, dar tratamientos extras, más caros o más resolutivos, entre otros. Con estas actitudes exponemos al paciente recomendado a más complicaciones.

La otra situación, cuando hacemos de menos o dejamos de hacer, es la más usual, sucede cuando se deja de hacer lo que las guías clínicas exigen o lo que la rutina ha creado durante mucho tiempo, obviamente conlleva un riesgo en la atención médica. Por ejemplo, evitar realizar una endoscopia alta o baja por no incomodar al paciente puede retrasar un diagnóstico, o diferir una cirugía e incluso hacer una cirugía diferente a la que se requiere impactará negativamente al paciente.

A continuación, siguiendo a Sanz et al.,⁶ se muestran algunos factores que favorecen la presentación del “síndrome del paciente recomendado”:

Actitudes de los pacientes

- Los pacientes solicitan una atención médica especial; por lo tanto, rechazan ser incluidos en la rutina de la práctica habitual.
- Exigen más calidez, disminución de la rigidez en la aplicación de los reglamentos, mayor dedicación del personal médico y paramédico, mayor tolerancia a conductas, mucha mayor dedicación para explicar y justificar los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.⁹
- Suelen tener excesiva confianza en las capacidades del médico que consultan¹⁰ y en los efectos beneficiosos del tratamiento.¹¹
- Prefieren confiar en los médicos más prestigiosos y experimentados, incluso si este prestigio no refleja su experiencia reciente. A la vez, desconfían de los profesionales más jóvenes.
- Las características del paciente recomendado hacen que acontecimientos que en otros pacientes se considerarían normales. En este caso, aparezcan magnificados, como un “efecto lupa”, y parezcan más importantes.

Ineficiente empleo de los recursos sanitarios

- Los pacientes son atendidos fuera del horario habitual y en ambientes físicos inadecuados (en el estar de médicos, en el pasillo, en la guardia, etc.), con todos los problemas que trae consigo la falta de acceso a los recursos hospitalarios.
- No poder dejar constancia por escrito de los resultados del examen o de los estudios complementarios o de las decisiones tomadas.
- Las citas para consultas y estudios complementarios, se realizan de forma verbal y sin documentos. Quedando a expensas de la memoria y de la buena voluntad de las personas que se comprometen verbalmente a ponerlo en práctica, a veces sin tener en cuenta otros compromisos.
- Modificación parcial o total de los horarios y prácticas habituales de atención del paciente para respetar su intimidad o evitar sentirse enfermo y hospitalizarlo. De esta manera se sale de la rutina habitual, lo que puede llevar a la omisión de pasos importantes de orientación diagnóstica y terapéutica.
- La presencia de un paciente celebre, fuera de horario y no programado conlleva una mayor presión sobre el personal sanitario, así como retrasos y peor atención que los pacientes programados. Esto provoca quejas y también aumenta el estrés.

- Si es indispensable hospitalizar al paciente famoso, esto se hace en un piso o en una habitación de mayor comodidad, pero no especializada en la patología específica del paciente.

Mala calidad en el registro de datos en la historia clínica

- No se elabora una historia clínica completa y exhaustiva.
- Raramente se dispone de informes que describan la evolución y, sobre todo, la situación actual del paciente.
- No se encuentra la historia clínica cuando se busca en el archivo correspondiente; y si se encuentra, el registro de la situación clínica, la evolución y la actitud terapéutica es insuficiente. Los registros de la historia clínica se fragmentan entre los diferentes profesionales que atienden a un paciente.
- Los estudios complementarios solicitados se informan con urgencia, a menudo de manera oral, sin un registro adecuado. Cuando existe un registro documental no siempre se incorpora en la historia clínica, sino que queda directamente en manos del médico, del paciente o de los familiares.¹²

Personal sanitario

- Faltan directrices claras en la práctica clínica.
- No se identifica a un médico líder que dirija la acción y tome decisiones. Es posible que exista al inicio del tratamiento, pero desista ante muchos compañeros que opinan y matizan su opinión. Va acompañado de una mayor sensación de ser "examinado" por los usuarios y otros pares.
- Algunos médicos intervienen, dan su opinión, cooperan y muchas veces dirigen el proceso simultáneamente por: la petición del beneficiario o de la familia, el deseo de cooperar, el motivo de las relaciones familiares o la obligación. Su patología se divide en cada uno de sus aspectos y diferentes especialistas tratan cada uno de estos problemas. No hay una comunicación adecuada, falta una persona de referencia y una orientación común.
- Las líneas de acción son diferentes y a veces contradictorias porque se deciden al ritmo de la inspiración de los médicos, fuera de los habituales protocolos de tratamiento.¹³
- La atención se confía a los médicos más prestigiosos y experimentados.¹⁴ Aunque su experiencia clínica y capacidad para el manejo de algunas patologías puede no ser la más adecuada. Se sabe que entre algunos profesionales reconocidos el conocimiento clínico se concentra en un campo distinto a la especialidad o el prestigio se debe al tiempo

dedicado al trabajo sin contacto directo con el paciente, como la investigación (clínica y/o básica), la educación y formación.

- Se desconfía de los jóvenes profesionales. Lo que no se tiene en cuenta es que con frecuencia y de forma fiable pueden tratar patologías más complejas.
- Adquieren mayor validez las "consultas de pasillo" en las que otro médico, sin necesidad de intervenir, orienta la actitud hacia un caso clínico que se le presenta. Estos comentarios pueden dar una visión perjudicial, ya que quien los hace no conoce al paciente y no asume la responsabilidad directa de las decisiones clínicas.
- Otros médicos que deban colaborar en el diagnóstico o tratamiento limitan su participación para evitar errores y juicios por parte de otros médicos.
- El médico que es familiar del paciente, pasa a asumir en forma inconsciente (tanto por su parte como por el resto del personal sanitario) el rol de médico de referencia. Aunque la patología no esté en su campo de formación, se le explican las posturas y se le exige la toma de decisiones.¹²

Estudios diagnósticos innecesarios

- Falta de información e interés sobre los antecedentes personales, exploración física y datos importantes del paciente (alergias, medicación habitual, medicamentos contraindicados, etc.), que pueden dar lugar a solicitudes de estudios inadecuados o innecesarios.
- Los estudios complementarios solicitados pueden no ser los más indicados. Se puede observar dos tendencias. Por un lado, la de evitar estudios agresivos, aunque puedan ser convenientes, con la intención de no incomodar al paciente. Por otro lado, puede haber tendencia a llevar a cabo pruebas diagnósticas cruentas injustificadas que originan una yatrogenia excesiva.
- Los estudios diagnósticos se repiten de manera innecesaria. Se precisa que, además de las técnicas habituales, es conveniente en estos pacientes realizar otros más modernos o más precisos. La reiteración de estudios facilita que se encuentren falsos positivos. Y que, de acuerdo con estos resultados, se instauren nuevos tratamientos.¹⁵
- Los criterios de sensibilidad y de especificidad de los procedimientos diagnósticos son cambiados. El médico tiende a sospechar fácilmente la presencia de determinadas patologías, con lo que inconscientemente se aumenta la sensibilidad y, por tanto, el porcentaje de falsos positivos.¹⁶

Cambio en el tratamiento

- Se emplean múltiples opciones terapéuticas, a veces sin unas directrices claras, con intención de cubrir todos los problemas del paciente recomendado (probados, sospechados y predecibles).
- El uso de técnicas nuevas y sofisticadas se interpreta como un ejemplo de excelencia en la atención clínica. Sin embargo, la experiencia con estas técnicas es menor y aún no han demostrado un beneficio clínico relevante en comparación con otras técnicas más probadas.^{6,8}
- Cuando estas técnicas más nuevas y sofisticadas producen iatrogenia, surge un nuevo problema porque se vuelven más difícil de tratar, ya que incluso los médicos más acreditados carecen de experiencia en estas complicaciones.
- Hay situaciones en las que es muy difícil conocer qué problemas son consecuencia de la enfermedad y cuáles son causados por diferentes enfoques. Además, es fácil entrar en una espiral en la que estas complicaciones conduzcan al uso de más medicamentos.^{8,17}
- Ante los diferentes problemas médicos que se presentan se adopta una actitud activa, lo que agrava los perjuicios del tratamiento.¹⁸
- En caso de duda, se tiende a tratar antes que esperar la evolución: es difícil retrasar o no dar tratamientos, incluso aquellos cuya eficacia es dudosa.¹⁹
- La indicación de tratamientos, médicos o quirúrgicos, se adapta al principio de *"más es mejor"* que defiende actitudes más agresivas.^{7,20}

Prevención del "síndrome del paciente recomendado"

Para evitar el "síndrome del paciente recomendado", es necesario poner en práctica uno de los principios fundamentales de la medicina: el principio de justicia. En efecto, el mejor modo de prevenir este síndrome es efectuando lo que imponen los protocolos o guías clínicas establecidas a todos los pacientes.

- No transgredir los protocolos, guías clínicas y reglamentos. Cualquier alteración de la práctica clínica al atender a un paciente recomendado puede comprometer la prestación de la atención adecuada.
- Mantener las pautas de actuación básica y general para todos los pacientes.^{6,8}
- Desarrollar la práctica clínica basada en sólidos conocimientos clínicos.⁶

- Realizar, desde el primer contacto con el paciente, la anamnesis y exploración física completa. Esta exploración no debe ignorarse por un falso pudor o por respeto.^{6,21}
- Guardar en la historia clínica una copia de todos los estudios complementarios y de los comentarios sobre la evolución clínica.⁶
- Respetar el orden de los horarios y citas. Guardar un documento de todos ellos para comprobar las fechas y el cumplimiento del programa.
- La atención debe realizarse donde sea más apropiada. Las decisiones sobre dónde colocar al paciente recomendado deben tomarse sobre la base del lugar donde se pueda brindar una atención óptima.
- Identificar al médico que dirige o supervisa el tratamiento; y que sea él quien informe al paciente, a su familia y/o al resto de los médicos sobre la enfermedad, y su evolución. Él debe unificar y mantener un criterio común.²²
- Examinar periódicamente la propia conducta ante estos pacientes para detectar y corregir las desviaciones que puedan producirse en el ejercicio diario.²³
- Mantener los mismos criterios de prudencia con respecto a los estudios diagnósticos y a los tratamientos que se emplean con los demás pacientes.²⁴
- Evitar la repetición innecesaria de estudios diagnósticos.
- Solicitar la opinión de especialistas ajenos al caso, para que den una valoración incondicional de los resultados de algunas pruebas diagnósticas.
- Cuando el entorno del paciente incita al médico tratante a desviarse hacia posiciones no verificadas, es necesario mantener las líneas habituales de tratamiento con el respaldo tanto de la práctica común como en la literatura médica basada en la evidencia.²⁵

Conclusión

El "síndrome del paciente recomendado" no es extraño a los profesionales sanitarios y se caracteriza por la aparición de complicaciones no habituales y de sucesos imprevistos. Los factores causales son: particular actitud del paciente, empleo inadecuado de los recursos sanitarios, falta de registro de datos en la historia clínica, estudios diagnósticos innecesarios, cambio de conducta común de la práctica clínica, entre otros.

La forma más eficaz de prevenir este síndrome es realizar la práctica clínica habitual, basada en conociemien-

tos sólidos y manteniendo las normas de conductas habituales, idénticas a las que realizamos con los otros pacientes.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

El autor declaran no tener conflictos de interés.

Contribución del autor

EPV declara haber concebido y desarrollado la idea del artículo, haber revisado la bibliografía respectiva y haber redactado y aprobado la versión final.

Referencias

- Weintraub W. The VIP syndrome. A clinical study in hospital psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1964;138:181-93.
- Hernández Estefanía R. El síndrome del recomendado (I). Cuando el paciente es VIP. *Alimento + salud* [Internet]. Disponible en: https://www.alimento.elconfidencial.com/bienestar/2023-013/sindrome-del-recomendado-pacientes-vip_3626918/
- Castro N. La salud de los papas. Medicina, complotos y fe. Desde León XIII a Francisco. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2021.
- Núñez E. Síndrome del paciente VIP: el riesgo de atender familiares y conocidos. *Saludario* [Internet]. Disponible en: <https://www.saludario.com/sindrome-del-paciente-vip-el-riesgo-de-atender-familiares-y-conocidos/>
- Lendoiro G. Ni la reina Carlota fue negra, ni Jorge III estaba loco: las verdades a medias de la serie de Netflix. *El País* [Internet]. 2024 Ene 29. Disponible en: <https://elpais.com/gente/2024-01-29/ni-la-reina-carlota-fue-negra-ni-jorge-iii-estaba-loco-las-verdades-a-medias-de-la-serie-de-netflix.html>
- Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. Síndrome del paciente recomendado. *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:430-3.
- Hernández Rodríguez MD, Gea Fernández P, Medina Vargas L, Melgar García AC, Sánchez Pinilla M. Hipertensión arterial dentro del síndrome del recomendado. *Hipertensión* 2002;19:327-8.
- Juárez Jiménez MV, Baena Bravo AJ, De La Cruz Villamayor JA. Puntos clave en el síndrome del paciente recomendado. *Med Fam Andal*. 2015;16(1):64-8.
- Morales-Camporredondo I. El manejo del paciente VIP en medicina crítica. *Acta Méd Grupo Ángeles* 2007;5(4).
- The AM, Hak T, Koëter G, van der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000;321:1376-81.
- Thornton H, Baum M. Ethics of clinical trials: the forbidden fruit phenomena. *Breast* 1996;5:1-4.
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrmann MJ, Steffenson AE. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*. 2002 Dec 12;347(24):1933-40. doi: 10.1056/NEJMsa022151.
- Bonfill X, Gabriel R, Cabello J. La medicina basada en la evidencia. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:819-25.
- Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. *Oncologist* 2001;6:390-1.
- Tannock IF. False-positive results in clinical trials: multiple significance tests and the problem of unreported comparisons. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:206-7.
- Lang TA, Sasic M. How to report statistics in medicine? Philadelphia: American College of Physicians; 1997.
- Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet* 1995;346:32-6.
- Tannock IF. Treating the patient, not just the cancer. *N Engl J Med*. 1987;317:1534-5.
- Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. How to use an article about therapy or prevention: Are the results of the study valid? *JAMA* 1993;270:2598-601.
- Norton L. High dose chemotherapy for breast cancer: how do you know? *J Clin Oncol* 2001;19:2769-70.
- Young P, Finn BC, O'Farrell ML, Ceballos ME, Bruetman JE. Síndrome del recomendado. *Rev Med Chile* 2012;140:1365-6.
- Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 2001;286:415-20.
- Vallvé C. La buena práctica clínica y la caja de Pandora. La fiabilidad de los datos. *Med Clin (Barc)* 1997;108:65-7.
- Graber MM, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? *Acad Med* 2002;77:981-92.
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001;323:334-6.