

INVESTIGACION PEDAGOGICA (REVISIONES)**Guías de práctica clínica. Algunos aspectos relacionados con su elaboración e implementación.****Clinical practice guidelines. Some aspects related to their devising and implementation.**

Dr. Alfredo Espinosa Brito.

Profesor Titular. Profesor Consultante de Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular. Investigador Académico Titular. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

Full professor in Internal Medicine, Research Professor in Internal Medicine. PhD in Medical Sciences, Full Researcher, Full Scholar. General University Hospital "Dr Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Debido a la utilización cada vez más difundida de las guías de práctica clínica en la asistencia médica, es que nace la idea de la redacción de este artículo, en el cual se aborda el lugar que las guías de práctica clínica tienen dentro de la gestión hospitalaria o ambulatoria en nuestros días, además de desarrollarse algunos aspectos relacionados con estas nuevas herramientas auxiliares de la atención médica, como son: su origen, su relación con la medicina basada en la evidencia, los requisitos que deben cumplir, los métodos para confeccionarlas, implementarlas y evaluarlas, así como los sitios más importantes donde consultar las mejores guías en la actualidad.

Palabras clave: Guía de práctica clínica; asistencia médica; atención médica; atención hospitalaria; atención ambulatoria

Límites: Humanos; adulto

ABSTRACT

This article deals with the role of clinical practice guidelines within hospital or out-patient management these days, along with aspects related to the latest auxiliary tools of medical care, such as: origins, their relationship to evidence-based medicine, their

requirements, methods to devise, implement and assess them, as well as the most important sites to consult the best current guidelines.

The idea for the present article comes from these guidelines' growing, widespread use in medical care.

Key words: Practice guideline; medical assistance; medical care; hospital care; ambulatory care

Limits: Humans; adult

INTRODUCCIÓN

La polémica acerca de si la medicina clínica es un arte o una ciencia, ha permeado el pensamiento médico "occidental" de forma más o menos velada, por más de 25 siglos, y aún hoy perdura. ⁽¹⁾ Sin embargo, de manera explícita, ya casi nadie niega que la clínica es, al mismo tiempo, una ciencia y un arte. ⁽²⁾ A lo que se debe unir una fuerte dosis de humanismo. ⁽³⁾

Pero la clínica es una ciencia práctica; ciencia, que en la atención a un enfermo, se expresa en el resultado final de la aplicación correcta del método clínico. Ciencia más compleja, que requiere de un pleno conocimiento de los componentes del proceso - fundamentalmente humano - y de su método. ^(4,5)

Marañón, hace 60 años, ya alertaba: "El pecado de los médicos, de unos decenios a esta parte, es el haber abdicado de cuanto tenía nuestra misión de entrañable,

Recibido: 2 de octubre de 2009**Aprobado:** 23 de octubre de 2009**Correspondencia:**

Dr. Alfredo Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas; Profesor e Investigador Titular

Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51. Esquina 5 de Septiembre

Cienfuegos. CP 55100

Dirección electrónica: espinosa@gal.sld.cu

de generosa – de sacerdotal, según la consabida frase hecha – para intentar convertirla en una profesión científica, esto es, exacta, como la del ingeniero, o la del arquitecto. El cambio resulta francamente malo para el médico. Por mucho que se quiera, su ciencia seguirá siendo una ciencia embrionaria, llena de lagunas y de inexactitudes. Y estas solo se pueden disimular con amor. Su prestigio exclusivamente científico estará, pues, por modo inevitable, expuesto a quebras graves y continuas..."⁽⁶⁾

Si bien hay un grupo de fuentes del conocimiento reconocidas, como: la tradición, la autoridad, la experiencia (el ensayo/error), la intuición o la aprehensión total y rápida de la realidad, y el razonamiento lógico, se reconoce al método científico, como el medio perfecto de conocer la "verdad", que se ha ido elaborando en las ciencias a través de los siglos, y que también constituye la base de la investigación científica.⁽⁷⁾

La calidad se ha convertido en un imperativo ético dentro del campo de la gestión hospitalaria y también, ambulatoria.^(8,9) Con el propósito de garantizar la calidad de la atención médica en estos centros, se han ido incorporando en la práctica, un grupo de herramientas metodológicas, que incluyen:

- Normas (procederes de obligatorio cumplimiento, cuya inobservancia puede ser penalizada. Una típica es la ISO 9000, norma de ámbito internacional, lanzada por la Internacional Standard Organization, que se utiliza para evaluar la calidad de los productos y servicios en las empresas. Actualmente está considerada como un indicador relevante del nivel de calidad en la producción de empresas de todo el mundo).^(10,11)
- El protocolo, es el documento que describe las hipótesis a investigar, los objetivos del trabajo, fundamentos, diseño, metodología, consideraciones estadísticas, participantes, calendario de evolución, organización y supervisión, o sea, son los documentos que se redactan sobre todo para homogeneizar criterios en la realización de investigaciones, teniendo en cuenta las opiniones de expertos.⁽¹²⁻¹³⁾
- Consensos (puestas de acuerdo entre expertos sobre un tema importante, muy similares a los protocolos).^(13,14)
- Pautas (path ways), algoritmos o flujogramas (esquemas que conducen, paso a paso, la actuación del médico, según características o hallazgos dicotómicos en cada condición clínica).⁽¹⁵⁾
- Vías clínicas o mapas de asistencia (instrumentos para planificar y controlar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos, necesarios para conseguir en la práctica la máxima eficiencia asistencial).^(16,17)
- Procedimientos normalizados de operación

(conjunto de pasos que se requieren para realizar una operación técnica determinada, son obligatorios y se realizan por personal técnico).⁽¹⁸⁾

- Manual de organización y procedimientos (carpeta que contiene el ordenamiento de los procesos de elaboración, organización, ejecución y control de una actividad o servicio determinados y que posibilita adaptar a la institución las normativas existentes al respecto, tomando en consideración las condiciones de cada lugar, sin transgredir lo legislado. Está conformado por varios documentos principales, que abarcan la definición y aprobación de la actividad, así como la estructura funcional del sistema de tareas propuesto. Su revisión permanente es un requisito para la acreditación hospitalaria).⁽¹⁹⁾

Además, están las guías de práctica clínica (pautas, "guidelines"), objeto de la presente comunicación, donde abordaremos el papel que estas ocupan dentro de la gestión hospitalaria o ambulatoria en nuestros días.⁽²⁰⁻²⁴⁾

Guías de práctica clínica (GPC)

Estas guías están conformadas por un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas, que pautan la actuación médica frente a un paciente con determinada situación clínica, basadas en las que se consideran como las mejores, entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición, en un momento y lugar.^(25,26)

La elaboración e implantación de guías de práctica clínica tiene como fin "*pasar de criterios basados en la validez subjetiva de los procedimientos y métodos clínicos utilizados en la práctica médica, a otros que se fundamenten en datos objetivos (evidencias o pruebas), utilizando un método que favorezca la toma de decisiones racionales estableciendo criterios de prioridad en la actuación*".⁽²⁶⁾

El paso entre tomar una decisión basándose en la evidencia científica, o hacerlo teniendo en cuenta el consenso o las opiniones, es la línea que separa los protocolos de las guías de práctica clínica. Al estar basados en opiniones o percepciones fundamentadas en la experiencia, los protocolos, realizados fundamentalmente para reducir la variabilidad de las intervenciones, verdaderamente lo que hacen es realimentarla porque dejan abiertas varias opciones terapéuticas.⁽¹²⁾

Es bueno señalar también que las guías no son:

- Artículos de actualización.
- Revisiones bibliográficas (pueden ser de muy variado tipo).
- Revisiones sistemáticas (incluyen una metodología específica, en la búsqueda de evidencias, cuyos pasos se mencionan a continuación).
- Especificación del problema.
- Especificación de los criterios de inclusión / y

exclusión de los estudios.

- Formulación de un plan de búsqueda de literatura.
- Ejecución de búsqueda y rescate de los estudios que cumplen criterios.
- Interpretación de la evidencia de los estudios individuales.
- Integración de la evidencia.
- Formulación de recomendaciones basadas en la calidad de la evidencia.

Antecedentes y justificación de las guías: ^(25, 27,28)

- Necesidad de múltiples decisiones en clínica.
- Incertidumbre diagnóstica presente en todos los casos, que compromete la calidad de la atención.
- Circunstancias propias del proceso asistencial.
- Complejidad del proceso de toma de decisiones, que se incrementa si a todo esto se añade el aumento creciente de las opciones asistenciales.
- Resultados de numerosos estudios han identificado con frecuencia variabilidad en la práctica clínica.

Además, hay un creciente interés en reducir la variabilidad en los tipos de práctica clínica, mejorar la calidad y la efectividad, cuidar la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos, responder a las demandas de la población y mantener un nivel adecuado de competencia profesional. A esto se añade la aparición de la «medicina basada en la evidencia» (MBE) hace algo más de una década, que propugna integrar la práctica asistencial con los mejores resultados de la investigación sistemática. ^(26, 29 -32)

Entre los factores que se han planteado que determinan la necesidad de elaborar guías, tenemos: ⁽³³⁾

1. Variación en la aplicación de los procedimientos asistenciales.
2. Variación en la utilización de los recursos sanitarios.
3. Criterios de idoneidad de uso y aplicación apropiada de los procedimientos asistenciales.
4. Formulación de estándares de calidad asistencial.
5. Criterios de buena praxis clínica.
6. Incertidumbre en la práctica médica.
7. Dificultades en la asimilación de nuevos conocimientos.

Requisitos que deben cumplir las guías ^(10,34)

La planificación, elaboración e implementación de las guías debe concebirse como un proyecto de investigación científica y de innovación tecnológica; por tanto, aunque se ha señalado un grupo de requisitos que deben cumplir estas guías, sería conveniente recordar las características que se deben tener en cuenta para seleccionar un problema de investigación.

Métodos para confeccionar las guías ^(10, 34,35)

El proceso de obtener las guías difiere generalmente de un grupo a otro. Los que producen guías deben esperar que no todos los implicados estén de acuerdo con ellos. En realidad, las guías estimulan el debate, que no es

Para priorizar las guías	Para seleccionar un problema de investigación
• Ser validables.	• Pertinencia.
• Tener aplicabilidad clínica.	• Posibilidad de aplicación.
• Flexibilidad clínica.	• Viabilidad.
• Claridad de criterios.	• No duplicidad.
• Realismo.	• Urgencia de los datos.
• Carácter multidisciplinario.	• Asentimiento político y moral.

fácil en ocasiones, cuando se ponen en juego el ego y los intereses de las diferentes partes, pero que es bueno para el desarrollo de la medicina. ⁽³⁶⁾

Los métodos para evaluar las evidencias científicas en que se basan las guías varían, desde los paneles de consensos, hasta los modelos de enfermedades desarrollados por analistas en computadoras. ⁽³⁷⁾

Originalmente existieron tres métodos principales para realizar las guías: ⁽³⁸⁾

- a. Revisión exhaustiva de la literatura por expertos (*American College of Physicians*)
- b. Proceso que descansa en el juicio o consenso de un grupo interno y que usa poco o nada, expertos externos en revisar la literatura, que utiliza otro grupo de "oponentes" para confeccionar la versión final. La mayoría de las guías así redactadas toman la forma de algoritmos (*Harvard Community Health Plan*).
- c. Una combinación de ambos métodos (*Value Health Sciences*).

No se pueden incluir en las guías todas las situaciones que se producen en la práctica médica real, como es el caso de las enfermedades simultáneas -polimorbilidad- que frecuentemente ocurren, sobre todo en los ancianos.

Las guías de práctica clínica se basan en la revisión de los ensayos clínicos, pero estos estudios a menudo incluyen solamente algunos grupos específicos de pacientes (por ejemplo, de determinada edad, sexo, raza), que no expresan el espectro clínico completo para que sus resultados puedan ser aplicables a todos los enfermos, además la aceptación de los pacientes a las diferentes pautas, no siempre es previsible. Por otro lado, las variaciones en la calidad técnica y en la disponibilidad de los recursos no se tienen muy en cuenta, con frecuencia, en muchas guías.

Diversos problemas clínicos requieren de la realización de guías, aun cuando las evidencias no sean concluyentes. La fuerza de las evidencias determinará

cómo se usarán las guías. Si se basan en evidencias contundentes, nadie objetará su aplicación. Sin embargo, si las evidencias no son concluyentes, las guías no serán más allá que resúmenes del "estado del arte", como se suele decir en el lenguaje usado entre los clínicos.⁽³⁵⁾

Respecto al concepto de evidencia, se debe tener en cuenta que esta puede ser buena o mala. Se ha dicho que la única creíble es la que proporcionan los ensayos clínicos o los meta-análisis. La evidencia que proviene de los comités de consenso o de los grupos de expertos es un primer paso, al que hay que dotar de financiación para analizar si es eficaz y creíble introduciéndola en un protocolo de investigación.

Etapas del proceso de implementación de guías

Seguiremos un orden lógico, paso a paso, que en la práctica nos ha dado buenos resultados.⁽¹⁰⁾

- Fase I. Elaborar guías propias (organizarse).
- Fase II. Iniciar la implementación (empezar).
- Fase III. Demostrar que funciona (proyecto de demostración).
- Fase IV. Vigilar y evaluar (valorar el impacto).
- Fase V. Extensión (generalización del programa).

Fase I. Elaborar guías propias (organizarse)⁽¹⁰⁾

- Paso 1. Lograr apoyo institucional y crear grupo directivo.
- Paso 2. Definir el propósito, los objetivos y las prioridades.
- Paso 3. Definir los aspectos metodológicos de la obtención y evaluación de las evidencias.
- Paso 4. Constituir un equipo que revise y evalúe las evidencias científicas y formule las recomendaciones.
- Paso 5. Lograr el consenso y evaluar la viabilidad de la implementación.

Los pasos 3 y 4 son los que requieren de mayor preparación y entrenamiento de los participantes, en todo lo relacionado con las bondades y limitaciones de la MBE⁽³⁹⁻⁴¹⁾ tanto en la literatura a revisar, como en relación con lo que se ha denominado niveles de las evidencias científicas y los grados de recomendaciones

de cada una de ellas.^(9, 26, 31,32)

Actualmente ya hay sitios fácilmente accesibles en Internet dedicados a la MBE, como son las bases *Cochrane* (www.cochrane.org), o el sitio de guías (*guidelines*) del gobierno de Estados Unidos (www.guidelines.gov), además de revistas periódicas, como *Clinical Evidence*, *Evidence Base Medicine* (www.clinicalevidence.com), entre otras muchas. Claro, dependiendo del tema que se revise, hay documentos clásicos que hay que conocer y que se deben incluir en esta fase, como serían, por ejemplo, los informes del *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, en el caso de la hipertensión arterial.⁽⁴²⁾

El nivel o grado de evidencia es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que se propone valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica, aunque algunos lo han ampliado a cualquier procedimiento realizado en medicina, ya sea preventivo, diagnóstico, terapéutico, pronóstico o rehabilitador.

Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación (Según la *US Agency for Health Care Policy Research*)

Nivel de evidencia:

- ◇ Ia: La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados.^a
- ◇ Ib: La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.
- ◇ IIa: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.
- ◇ IIb: La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes.^b Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.
- ◇ III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.^c
- ◇ IV: La evidencia proviene de documentos u

^a Un metaanálisis es un estudio basado en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios clínicos, sobre un problema de salud determinado. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de todos los estudios disponibles. Dado que incluye un número mayor de observaciones. Un metaanálisis tiene un poder estadístico superior al de los ensayos clínicos que incluye. Los dos principales problemas metodológicos de los metaanálisis de ensayos clínicos son: a) La heterogeneidad entre los ensayos incluidos, en términos de características clínicas y sociodemográficas de las poblaciones en cada ensayo, los métodos de evaluación clínica aplicados, la dosis, forma farmacéutica o pauta de dosificación del fármaco evaluado, etc. y b) El posible sesgo de publicación, derivado de que no todos los ensayos clínicos realmente realizados han sido publicados, por resultados negativos o no esperados.

^b Un estudio de cohorte es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal prospectivo, en el que los individuos que componen los grupos de estudio se seleccionan en función de la presencia de una determinada característica o exposición. Estos individuos no tienen la enfermedad de interés y son seguidos durante un cierto periodo de tiempo para observar la frecuencia con que la enfermedad aparece en cada uno de los grupos. También se llama estudio de seguimiento, de proyección o de incidencia.

^c Un estudio de casos control, es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.^d

Grado de la recomendación:

- ◇ A: Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio de alta calidad y consistencia sobre el que se basa la recomendación concreta (niveles de evidencia Ia y Ib).
- ◇ B: Requiere disponer de estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación (niveles de evidencia IIa, IIb y III).
- ◇ C: Requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad (nivel de evidencia IV).

Sitios donde encontrar evidencias para elaborar guías:

- La Colaboración Cochrane "*The Cochrane Library*", base de datos que prepara, mantiene y difunde las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados sobre la atención sanitaria, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Hay una edición en español, *la Cochrane Library Plus*, actualmente disponible a través del Ministerio de Sanidad o de Bireme. Contiene una parte de las revisiones sistemáticas traducidas, pero también las revisiones originales en inglés, así como los informes de las Agencias de Tecnología Sanitaria, Bandolera y registro de ensayos clínicos iberoamericanos.
- MEDLINE, es una base de datos bibliográfica elaborada por la *National Library of Medicine de USA*. Contiene unos 11 millones de referencias bibliográficas de unas 4000 revistas de ciencias de la salud desde 1966. El sistema de recuperación en Internet más conocido es PubMed. Recientemente han incorporado las revisiones sistemáticas de la *Cochrane Library*.
- *TRIP Database Plus*, es una base de datos elaborada por la facultad de medicina de la Universidad de Gales, dentro del proyecto CeReS (*Centre for Research Support*). Se trata este metabuscador que localiza recursos elaborados con metodología MBE. Contiene más de 20000 referencias pertenecientes a unas 80 sedes. El tipo de acceso permitido a los documentos encontrados depende de cada base de datos concreta.
- *Clinical Evidence*, es una publicación de *British Medical Journal*, (BMJ) que pretende contestar cuestiones clínicas relevantes que se plantean con frecuencia en las consultas médicas mediante el

análisis de los resultados de revisiones sistemáticas y estudios sueltos seleccionados de forma crítica por grupos de expertos. Dispone de una edición en español: Evidencia Clínica.

Sitios donde encontrar guías

- *National Guideline Clearinghouse* (NGC). Más de 1000 guías elaboradas por diferentes centros y organizaciones. Está elaborado por la NGC, gubernamental, en cooperación con la *American Medical Association* (AMA) y la *American Association of Health Plans*.
- *Canadian Medical Association Infobase* (CMA), es una base de datos elaborada por la *Canadian Medical Association* en la que se recogen guías producidas en Canadá por diferentes organizaciones.
- *New Zealand Guidelines Group*: Material de ayuda para el desarrollo de guías y un listado de guías clasificadas según la metodología de desarrollo. Elaborado por el *National Health Committee* (NHC) de Nueva Zelanda.
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) Grupo de trabajo constituido por representantes de colegios médicos, organizaciones de pacientes y autoridades sanitarias. A través de ella se pueden acceder a más de 70 GPC a texto completo elaboradas por el propio grupo.
- *Primary Care Clinical Practice Guidelines*, interesante agrupación de recursos elaborado por la facultad de medicina de la universidad de California. A través de esta página se puede acceder a más de 200 recursos agrupados por diferentes contenidos clínicos u organizaciones elaboradoras.
- *Institute for Clinical Systems Improvement (ICS)*, organización independiente encargada de ofrecer asesoramiento para la mejora de la calidad a grupos afiliados. Esta página incluye una sección con aproximadamente 70 GPC a texto completo sobre actividades preventivas, procesos clínicos e informes de evaluación. Dichas GPC están desarrolladas por equipos multidisciplinares.
- *Evidence Based Medicine (EBM) Guidelines* (Finlandia)
- Base de datos promovida por la *Finnish Medical Society Duodecim*. Son guías breves elaboradas a partir de documentos sobre medicina basada en la evidencia. Contienen aproximadamente 1900 guías de todas las disciplinas, fundamentadas en 1700 sumarios de evidencias, 700 imágenes, fundamentalmente de dermatología y oftalmología, así como audio de cardiología y neumología. Su acceso es por suscripción.

^d Un estudio de serie de casos clínicos es un estudio epidemiológico, descriptivo, que se limita a la simple identificación y descripción de un conjunto de casos clínicos que han aparecido en un intervalo de tiempo. En caso de nuevas enfermedades o fármacos, las series de casos contribuyen a la caracterización del perfil y delimitación de nuevas entidades nosológicas. Sin embargo, para valorar la importancia de los antecedentes y posibles asociaciones es necesaria la presencia de un grupo control que sirva de referencia y comparación.

- *National Library of Health (NeLH) Guidelines Finder*, es la Biblioteca Virtual del Servicio de Salud Inglés, que facilita el acceso a un importante volumen de recursos electrónicos. Contiene más de 700 GPC elaboradas en Inglaterra provenientes del *The National Institute for Clinical Excellence (NICE)* y otros organismos. Su consulta es gratuita.

Sitios donde se publica material básico de interés

- *American Family Physician*, son artículos sencillos y prácticos elaborados de forma libre, mediante revisiones clínicas, revisión de evidencias u opinión propia, siempre orientados a la resolución de problemas en el cuidado de los pacientes.
- *British Medical Journal*, tiene los artículos publicados semanalmente por la revista a texto completo desde 1994 y otras publicaciones del grupo, algunas de pago.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) elabora recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos basándose en evidencias científicas mediante grupos de expertos con métodos de consenso.

Fase II. Iniciar la implementación (empezar). ⁽¹⁰⁾

- Paso 6. Evaluar el entorno de la implementación.
- Paso 7. Proponer el diseño del estudio, el examen del entorno, o ambos.
- Paso 8. Identificar los obstáculos y las ventajas potenciales, e incluir el proceso de la toma de decisiones para la implementación.

En el paso 7, se deben tener en cuenta los contenidos que debe tener una guía: ^(34,35)

- Título.
- Equipo técnico.
- Fecha de publicación.
- Introducción.
- Antecedentes y justificación.
- Objetivos generales y específicos.
- Recomendaciones.
- Bibliografía.
- Anexos.

Fase III. Demostrar que funciona (proyecto de demostración). ⁽¹⁰⁾

- Paso 9. Diseñar el proyecto de demostración.
- Paso 10. Reclutar un panel de demostración.

- Paso 11. Proporcionar la capacitación.
 - Poner en marcha la formación profesional.
 - Aplicar instrumentos prácticos para el diagnóstico y tratamiento.
 - Explorar las intervenciones complementarias.
- Paso 12. Identificar los incentivos y mecanismos de refuerzo.

Fase IV. Vigilar y evaluar (valorar el impacto). ^(10, 42,43)

- Paso 13. Constituir el equipo de evaluación.
- Paso 14. Definir los objetivos, indicadores y sistema de información.
- Paso 15. Llevar a cabo el proceso de evaluación.
- Paso 16. Llegar a conclusiones sobre el impacto y explorar los aspectos políticos y de programación.

Fase V. Extensión (generalización del programa). ⁽¹⁰⁾

- Paso 17. Preparar el plan para generalizar la aplicación del programa.
- Paso 18. Realizar los cambios de política y programación.
- Paso 19. Aplicar los incentivos y las medidas administrativas.
- Paso 20. Iniciar la generalización.

Tiempo que se requiere para la elaboración e implementación de una guía

Como promedio, algunos han calculado los siguientes tiempos:

- Composición del grupo de trabajo: 6 meses.
- Revisión sistemática de la literatura: 12 meses.
- Revisión de la guía, incluyendo proyecto de demostración: 9 meses.
- Publicación: 3 meses.

Pero, como se comprenderá, todo dependerá de la priorización, capacitación y habilidades de todo el colectivo involucrado en el proceso.

La tecnología de las guías de práctica clínica, como herramientas auxiliares de la atención médica, requiere de una preparación científica y metodológica, de la cual, junto a otros aspectos relacionados con la gestión clínica, dependerán los resultados que se obtengan en la práctica clínica, sin descuidar el análisis crítico adecuado de sus pros y contras en cada caso particular y en cada contexto. ⁽⁴⁴⁾

No se trata de estar a la moda en el tema de las guías de práctica clínica, sino interiorizar que se necesita conocer sus propósitos, para evaluar su calidad y pertinencia, y de esta forma aplicarlas adecuadamente y, sobre todo, valorar posteriormente el resultado de las guías en cada situación dada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilizástigui F. Salud Medicina y Educación Médica. Ciudad de La Habana: Editorial. Ciencias Médicas; 1985. p.101-238.
2. Ilizástigui F. La ciencia clínica como objeto de estudio Simposio "La Clínica a las puertas del Siglo XXI". Bol Juan César García. 1996; (4): 7-25.
3. González R. Humanismo Espiritualidad y Ética en la Atención a la Salud. La Habana: Editora Política; 2005.
4. Espinosa A. Interrogantes y tendencias en la Clínica a las puertas del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública. 2002; 28 (3): 26-38.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editorial. Científico-Técnica; 2001.
6. Marañón G. Vocación y Ética y otros ensayos. Buenos Aires: ESPASA-CALPE, 1946.
7. Espinosa AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Bol Ateneo Juan César García. 1996; 4(1-2): 93-103.
8. Sanz EJ. Binomio Ética – Calidad. Responsabilidad de gestores, profesionales y pacientes. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(1): 7-23.
9. Jenicek M. Análisis de decisión y toma de decisiones en medicina. Más allá de la intuición, el coraje y el olfato. en: Epidemiología. La lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson S.A. 1996; p.317-47.
10. Nicholls E. La necesidad de contar con Normas. en: Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica – Guía para médicos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1998; p.38-53.
11. ISO [Internet]. C 2009 ISO. ISO 9000-3:1997[norma]. [Citado 12 sep2009]. Disponible en: http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=26364
12. Madrid MA. Las guías reducen la variabilidad clínica más que los protocolos. Diario Médico 29 marzo; 1999.
13. Infomed [Internet]. 1999-2009. Infomed. Rodríguez Silva H, Galego Pimentel D, Negrin Villavicencio JA. Grupos multidisciplinares. Impacto de los resultados obtenidos en la asistencia, docencia e investigaciones [boletín científico]. [Actualizado 9 jul 2009; citado 18 sep 2009]. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2009/07/respub2009dr-rodriguezsilva.pdf>
14. Wasson JH, Harold HC, Neff RK, Goldman L. Clinical prediction rules, applications and methodological standards. N Engl J Medical. 1985, 313: 783-90.
15. Zamora Ubieta F, Castro Peraza O, González Rubio D, Torres Martínez E, Sosa Acosta A. Guías prácticas para la asistencia integral al Dengue. La Habana. MINSAP; 2006.
16. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 199-207.
17. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, Falcón-Hernández A, Fábregas-Lozano F, Valladares-Carvajal FJ. Vía clínica en el infarto agudo del miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (3): 140-5.
18. Balmaseda Hechavarría A. Manual de procedimientos de técnicas para el diagnóstico del Dengue. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2002.
19. MINSAP. Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Manual de Organización y Procedimientos. Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2008.
20. McGuire LB. A Long Run for a Short Jump: Understanding Clinical Guidelines. Ann Intern Med. 1990; 113: 705-8.
21. Espinosa A, Padrón LM, Ordúñez PO, Alvarez O, González E, Pino R, et al. Guías y procedimientos para la prevención y atención médica de marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Finlay. 1994; 8(1): 19-32
22. fisterra.com [Internet]. C 2009 fisterra.com. Sobrido Prieto M, González Guitián G. Sitios con guías o material para elaborarlas. [actualizada 2 may 2004; citado 18 mar 2009]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/no_explor/Hacer_guias.htm
23. Raine R, Sanderson C, Black N. Developing clinical guidelines: a challenge to current methods. BMJ. 2005; 331: 631-3.
24. fisterra.com [Internet]. C. 2009 fisterra.com. Casariego E, Briones E, Costa C. Qué son las Guías de Buena Práctica Clínica (GPC). Guías Clínicas 2007; 7 Supl1: 1. [Actualizado 14 abr 2004; citado 13 jul 2007]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/queson.asp>
25. Sackett D, Haynes B, Guyatt G y Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2da. ed. México: Editorial Panamericana; 1998.
26. Sackett D, Straus S, Richardson S. Evidence Based Medicine. How to practice and to teach Evidence-Based Medicine. 2da. Ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2000.

- 27.Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH.Epidemiología clínica.Ed. Consulta S.A. Madrid;1989.
- 28.Espinosa AD.¿Epidemiología clínica o Epidemiología para clínicos? Archivos del Ateneo Juan César García.2000;1:64-71.
- 29.Hidalgo Ottolenghi R.Medicina Basada en evidencias.Quito:Pontificia Universidad Católica del Ecuador;1999.
- 30.Hidalgo Ottolenghi R. La educación médica en la sociedad del conocimiento. Equinoccio [serie en Internet]. [Citado 6 jun 2008];(5). Disponible en: <http://www.ute.edu.ec/noticias/equinoccio/equinoccio5.html>.
- 31.Reussi R, Tájér CD, Mercado J.Evidencias en Medicina Interna II.Buenos Aires: Edimed Médicas, 2008.
- 32.Doval HC, Tájér CD.Evidencias en Cardiología. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas.Buenos Aires:GEDIC, 2008.
- 33.Espinosa A, Del Sol LG, Romero AJ, Chávez O, Santos M.Medicina Interna y guías de buena práctica clínica.Reflexiones después de 10 años. IX Congreso Nacional de Medicina Interna.La Habana:Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba, del 23 al 27de octubre del 2006. Disponible en http://www.fesemi.org/congresos/internacional/proximos/mi_cuba.php
- 34.Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument [training manual]. Ene2003 [citado11oct2008].Disponible en:<http://www.agreecollaboration.org/pdf/aitraining.pdf>.
- 35.Woolf SH.Practice guidelines: a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med.1992;152:946-52.
- 36.Fletcher RH, Fletcher SW.Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med 1990;113:645-6.
- 37.Epstein PE. Cassandra and the Clinician: Are Clinical Prediction Rules Changing the Practice of Medicine? (Editorial). Ann Intern Med 1990;113:646-647.
- 38.Audet AM, Greenfield S, Field M.Medical practice guidelines: current activities and future directions. Ann Intern Med 1990;113:709-14.
- 39.Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richards.Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
- 40.Letelier LM, Moore P.La medicina basada en evidencia. Visión después de una década.Rev Méd Chile.2003;131:939-46.
- 41.Fernández Sacasas J.Medicina Basada en la Evidencia. Comentario Editorial.Rev Educación Médica;2005.
- 42.Viera B, Del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola M.Evaluación de Guías de Buena Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento del Infarto Miocárdico Agudo. MIO 2002;2(6):256.
- 43.Hurwitz B.Legal and clinical considerations of clinical practice guidelines.BMJ 1999;318:661-4.
- 44.Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw M.Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines.BMJ 1999;318:527-30.