

# Práctica clínica basada en la evidencia

Juan del Llano Señarís

Luis Quecedo Gutiérrez

Fundación Gaspar Casal

fgcasal@terra.es

www.fgcasal.org

## Introducción

Las necesidades sanitarias de la población se han ido modificando con el paso del tiempo. La prolongación de la esperanza de vida, el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y el espectacular desarrollo de las tecnologías médicas, han sido algunos de los factores que han motivado un fuerte incremento de las necesidades de servicios sanitarios y, por ende, de los gastos sanitarios en los países industrializados. La continua innovación y el desarrollo de los sistemas de información sanitarios a la par de una mayor participación de los pacientes en las decisiones clínicas, han despertado un creciente interés en la prestación de una asistencia sanitaria basada en criterios de calidad y eficiencia.

La evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria ha interesado desde siempre a los profesionales de la medicina, pero no es hasta hace 40 años cuando comienza también a ser valorada por los gobiernos. Comienza un período de intensa burocracia en el que las decisiones de los profesionales pasan a depender de las reglas impuestas por la organización para la que trabajan. Se establecen estrategias de auditoría externa e interna que componen los distintos programas y modelos de gestión de mejora de la calidad asistencial. La gestión de la calidad desde sus diferentes componentes, estructura, proceso y resultados, se convierte en punto esencial para lograr un eficiente uso de los recursos disponibles. El término calidad se integra además en otros valores como una mayor equidad, disponibilidad, accesibilidad, aceptación, efectividad y satisfacción de los pacientes.

Los médicos, como principales profesionales de la salud y como responsables de la calidad de la asistencia que reciben los pacientes, tienen que responder a una serie de cuestiones básicas: ¿hacemos lo que debemos?, ¿conseguimos lo esperado?, ¿lo obtenemos a un coste y en un tiempo adecuados? La autonomía de los servicios clínicos en su gestión y su práctica diaria implica que los componentes de un servicio clínico son responsables de la respuesta a dichas preguntas con unos objetivos muy claros de eficiencia y buena práctica clínica. Existen una serie de herramientas cuyo fin es ayudar a los facultativos a tomar las decisiones correctas basadas en las mejores evidencias disponibles. Estudios como los ensayos clínicos controlados y los metaanálisis, ayudan a contestar a la primera pregunta y son los dirigidos a medir la seguridad y la eficacia. Para la segunda hemos de cuantificar los resultados clínicos o el impacto sobre la salud de nuestras intervenciones sanitarias (*outcomes*). Contamos con cuestionarios validados de calidad de vida, satisfacción de los pacientes y sus expectativas, adecuación de ingresos, mortalidad, infección nosocomial... La tercera pregunta precisa de un abordaje más macro donde la investigación de servicios sanitarios y los análisis de evaluación económica juegan un papel muy relevante.

La información científica a la que acceden los médicos continúa siendo aún en nuestros días algo acrítica y basada insuficientemente en las evidencias científicas disponibles. Los mecanismos por los cuales se incorporan los avances tecnológicos a la asistencia sanitaria distan, en ocasiones, de ser rigurosos, transparentes y lógicos, de forma que la transmisión de información



científico-técnica se produce por vías informales y subjetivas. La observación de una amplia variación en la utilización de los servicios de salud plantea cuestiones importantes sobre la calidad y la eficiencia de la práctica médica. Se quiebra, por tanto, la creencia de que los médicos realizan de una manera homogénea las intervenciones diagnósticas, terapéuticas o preventivas, planteándose dudas sobre la indicación, los resultados y la eficiencia en la asignación de recursos. Prevalece, con relativa frecuencia, la valoración subjetiva de profesionales o espaldas de la evidencia disponible o de las preferencias de los pacientes (1).

En países como EEUU, donde la financiación privada de la asistencia sanitaria es importante, se han adoptado filosofías de gestión que giran alrededor de la mejora de calidad como centro de su actividad: «Total Quality Management» (TQM) y «Continuous Quality Improvement» (CQI). Iniciativas públicas y privadas centran sus esfuerzos en la medición de la calidad como la «Joint Comisión of Accreditation of Health Care Organizations» (JCAHO) o el «National Committee for Quality Assurance» (NCQA). Comienzan a publicarse las primeras guías de práctica clínica que aportan una serie de medidas útiles de calidad que proveen de información útil para establecer comparaciones y realizar posteriores evaluaciones clínicas ([www.agree.org](http://www.agree.org)). La incorporación de guías clínicas en la asistencia se acompaña de un incremento en la calidad científico-técnica y sirven como base para su medición y evaluación.

La mayoría de los países europeos donde la financiación es pública, han adoptado la filosofía de la calidad total para la gestión de sus servicios clínicos, el desarrollo de los sistemas de información y la pujanza de metodologías como la Medicina Basada en la Evidencia, concretándose como productos tangibles las guías de práctica clínica y las evaluaciones de tecnologías sanitarias. En el Reino Unido, el National Health Service (NHS) ha desarrollado un ambicioso plan de aseguramiento de la calidad en sus servicios sanitarios, donde destaca la implicación de todos los actores del escenario sanitario, en especial los médicos, responsabilizándoles directamente de la calidad de su asistencia. El pilar del nuevo marco de trabajo se basa en la gobernabilidad clínica («clinical governance») que establece la excelencia y la buena práctica («best practice») de los cuidados sanitarios como objetivo último.

Nuestro sistema de salud promueve la diseminación de la metodología de la medicina basada en la evidencia a diferentes niveles, tanto en la práctica clínica diaria como en la gestión y en la política sanitaria, proporcionando la documentación necesaria a través de las cinco agencias de evaluación de tecnologías sanitarias existentes en España y de otras organizaciones especializadas, tanto públicas como privadas: Instituto de Investigación de Servicios Sanitarios, Centre Recerca Economia i Salut (UPF), Fundación Gaspar Casal, Centro Cochrane Iberoamericano, Fundación Biblioteca Josep Laporte...

Las decisiones clínicas tienen serias consecuencias en el control de gastos y en la disponibilidad de recursos, convirtiéndose en una de las cuestiones centrales en las relaciones entre médicos y gestores. El creciente interés que ha suscitado el desarrollo de guías y protocolos clínicos se debe a este acercamiento entre ambas posturas: la del facultativo y la político-administrativa, aunque ello implica que en algún momento exista cierta pérdida de autonomía por parte de los clínicos.

El movimiento de la medicina basada en la evidencia está consiguiendo con su influencia modificar ciertas pautas de comportamiento clínico en muchos de los sistemas de atención sanitaria. El acceso a las evidencias y su valoración crítica ha llegado a convertirse en el núcleo de la competencia clínica, de forma que las decisiones clínicas y políticas en materia de salud no pueden por más tiempo basarse únicamente en opiniones. La formación continua de los facultativos



y el desarrollo de líderes que faciliten su introducción y cambios en la práctica clínica es un objetivo prioritario incorporado a las líneas estratégicas de los sistemas de salud occidentales.

La mayoría de las decisiones concernientes a un problema relacionado con la salud, se basan en la existencia de documentación científica relevante y en la experiencia personal del clínico. La medicina y otras ciencias relacionadas con la salud suelen encontrar en la literatura científica las respuestas a cuestiones planteadas a muy diferentes niveles. Desde problemas en la práctica médica diaria, hasta decisiones de gestión de recursos, implantación de programas de calidad o establecimiento de políticas sanitarias concretas. La correcta decisión que se derive dependerá, en gran medida, de la existencia de una documentación científica de calidad, precisando para ello una serie de pasos previos que incluyen una exhaustiva localización de las evidencias disponibles, una lectura crítica de aquellos estudios relevantes y una integración de los resultados que concluyan en una serie de recomendaciones. El resultado de todo el proceso expuesto se condensa en diferentes tipos de documentación: revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, evaluaciones de tecnologías sanitarias, herramientas cuya aportación es imprescindible para gestores y facultativos en el proceso de toma de decisiones.

El objetivo final que se persigue en materia sanitaria es la mejora de la salud, y el camino para ello es propiciar la mejor práctica clínica («best practice»), persiguiendo criterios de calidad y de eficiencia. Es por ello que la obtención de información clínica de buena calidad se convierte en una de las prioridades y en el primer paso necesario para identificar problemas y establecer posteriormente los cambios necesarios, modificando comportamientos y evitando prácticas médicas inadecuadas. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia (MBE) se establece como una metodología de trabajo cuyo fin es la integración de la mejor evidencia científica existente con la experiencia personal del facultativo en su práctica diaria, con la movilización de los recursos disponibles y con los valores humanos y culturales de la gestión y de la política sanitaria (2). La evidencia precisa para ello ser localizada, valorada y evaluada antes de su diseminación e implementación, dado que bastantes de las intervenciones médicas utilizadas rutinariamente carecen de un beneficio comprobado científicamente. De esta forma se podrán «hacer correctamente las cosas correctas».

Todo el conocimiento científico recogido mediante estudios experimentales, observacionales y otros métodos cuantitativos y cualitativos, constituye la base sobre la cual se van a apoyar una serie de recursos metodológicos como las revisiones sistemáticas que incorporarán recomendaciones en forma de guías y vías clínicas. Éstas pueden tener un ámbito nacional o local de tal forma que se genere un cambio en la práctica clínica a todos los niveles orientada hacia la «best practice». La influencia de la documentación clínica es evidente en el proceso de toma de decisiones, tanto en la distribución, organización y cuantificación de los recursos como en la práctica clínica diaria. La gran cantidad de literatura científica disponible, mucha de ella de dudosa calidad, dificulta enormemente la labor de los facultativos. La generación de guías, protocolos o vías clínicas pretenden a la vez que un acercamiento entre la gestión y la práctica clínica, aportar documentación fiable y de calidad ahorrando tiempo al médico que pasa a disponer directamente, y en formatos amigables, de la información necesaria.

La MBE incorpora en el arsenal metodológico dos tipos de documentación de extraordinaria utilidad: la revisión sistemática y las guías de práctica clínica. Los protocolos, guías de práctica clínica y las vías clínicas son, en esencia, herramientas que utilizan los profesionales para evaluar y programar su trabajo, y que pueden conducir a un incremento de la calidad de la prestación de los servicios. Es por tanto una actividad, de forma simplificada, de mejora continua de la calidad aplicada directamente a los pacientes.



## Revisión sistemática. Metaanálisis

Las revisiones sistemáticas son resúmenes concisos de la mejor evidencia disponible dirigida hacia un problema o cuestión clínica (3). La revisión sistemática de una actividad, intervención o tecnología pretende localizar todas aquellas evidencias, tanto publicadas como no, con el objeto de valorarlas en su conjunto y poder obtener una serie de conclusiones que sirvan para emitir una recomendación. A diferencia de las revisiones narrativas tan extendidas en la literatura científica, introduce una metodología de trabajo que incluye la valoración crítica de las evidencias recogidas y técnicas estadísticas que dejan de lado las opiniones subjetivas de sus autores. Permiten una evaluación más objetiva que puede ayudar a resolver las incertidumbres que plantean los desacuerdos entre la investigación original, las revisiones narrativas y los comentarios editoriales. Los puntos esenciales que nos ofrecen los metaanálisis se pueden resumir en (4):

- Un metaanálisis correctamente elaborado permite una evaluación objetiva de la evidencia, por lo que puede resolver problemas de incertidumbre y discrepancia.
- El metaanálisis disminuye la probabilidad de falsos negativos y, por tanto, previene las demoras innecesarias en la implantación de tratamientos efectivos en la práctica clínica.
- El metaanálisis de un gran número de estudios individuales o de datos de pacientes individuales permite comprobar hipótesis acerca de los efectos del tratamiento en un subgrupo de pacientes.
- Se puede explorar y a veces explicar la heterogeneidad entre los resultados de los estudios.

El metaanálisis es un tipo de revisión sistemática que se sirve de métodos estadísticos específicos para combinar y resumir los resultados de diversos estudios primarios, y habitualmente identificamos la revisión sistemática con la realización del mismo. Persisten cuestiones sin resolver, tales como que pueden existir dos metaanálisis sobre un mismo tema que llegan a conclusiones distintas dependiendo, en gran medida, de la selección de los artículos y del manejo estadístico de la combinación de sus datos.

## Recursos y metodología

Al menos dos guías han sido publicadas sobre los pasos a seguir para el desarrollo de una revisión sistemática. La «Cochrane Collaboration» (5) ([www.cochrane.es](http://www.cochrane.es)) inició su actividad en 1992 con el objetivo de preparar, mantener y diseminar revisiones sistematizadas y actualizadas de ensayos clínicos. Otro nuevo recurso de interés es el Instituto para la Excelencia Clínica («National Institute for Clinical Excellence» NICE) que elabora Guías sobre Recomendaciones de utilización de tecnologías de alto impacto socioeconómico y sanitario ([www.nice.org](http://www.nice.org)). Otra organización, el Centro para la Revisión y diseminación del Servicio Nacional de Salud Británico («Centre for Reviews and Dissemination» CDR) (6) del NHS se centra más en los aspectos de diseminación de revisiones sobre efectividad de las intervenciones sanitarias. Ambas instituciones proponen y desarrollan guías metodológicas parecidas tanto en la estructura como en el contenido y que se construyen a partir de revisiones sistemáticas.

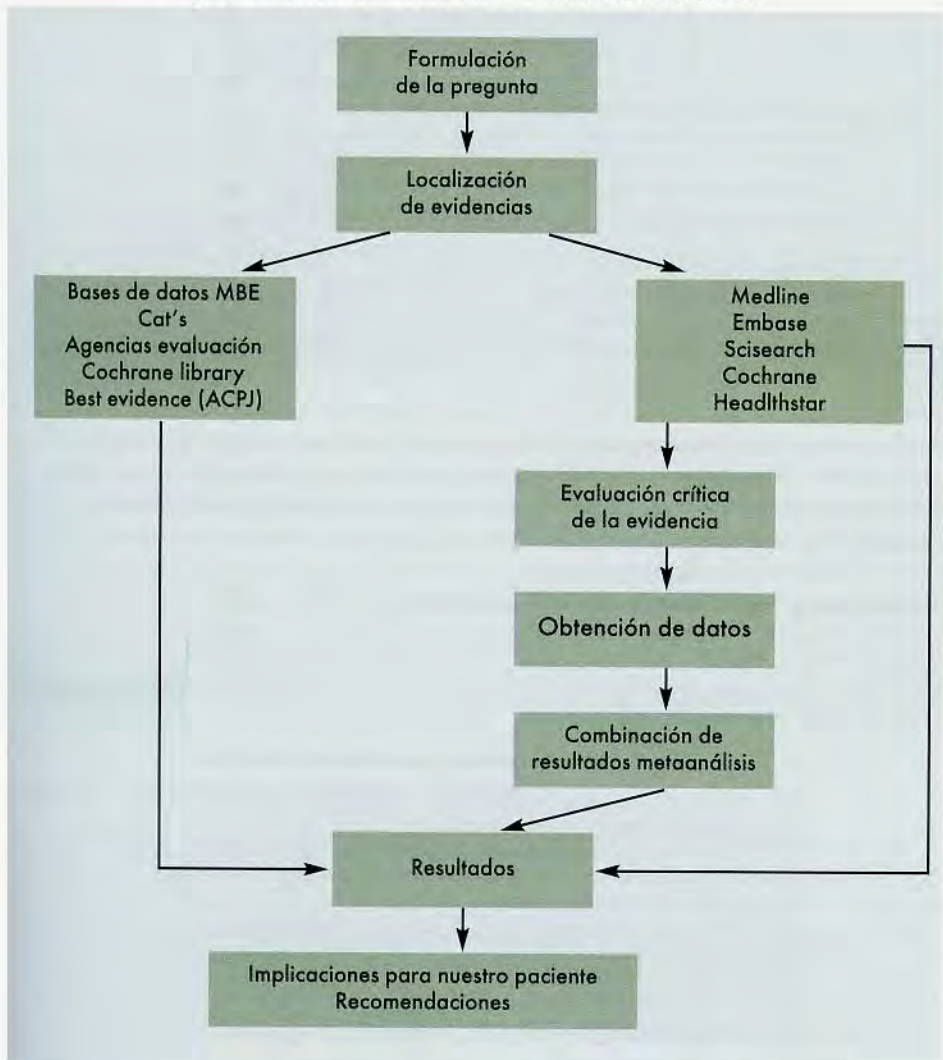
Es importante tener claro el objetivo y los requisitos de cada revisión sistemática antes de comenzar y estar atento al resto de revisiones sobre el tema que previamente hayan sido

publicadas o estén actualmente en progreso (8). La metodología en la elaboración de una revisión sistematizada se sintetiza en la figura 1.

### Formulación del problema

Las preguntas mal enfocadas nos abocan a decisiones poco claras sobre qué estudios debemos incluir y cómo resumir los datos. La pregunta clara y concisa nos guía durante toda la investigación, evitando que nos desviemos de nuestros propósitos iniciales. En primer lugar, definir y delimitar el tipo de participantes, sexo, edad y otras características físicas que sean lo más similares posibles. Es imprescindible definir de antemano el tipo de comparaciones que vamos a buscar, así como el tipo de intervenciones que sean luego extrapolables a pacientes individuales y, por último, concretar previamente el tipo de resultados que queremos encontrar y, dependiendo del tipo de problema, el tipo de estudio apropiado.

Figura 1. Proceso de elaboración de una revisión sistematizada





## Localización de las evidencias disponibles

Las evidencias que se pueden incluir en una revisión tienen diversas procedencias. Cook *et al.* (7) elaboraron una lista de las posibles fuentes de la literatura susceptibles de ser incluidas en una revisión sistemática; registros de ensayos clínicos, registros de estudios epidemiológicos, bases de datos bibliográficas computerizadas, artículos de revisión, investigaciones publicadas o no, abstracts, conferencias, disertaciones, libros de texto, información de expertos, dossiers de la industria farmacéutica y búsquedas manuales.

La obtención de las evidencias a través de las bases de datos habituales, precisa de un conocimiento de su manejo, que dista de ser dificultoso para un médico mínimamente entrenado. Medline es la base de datos más tiempo-eficiente, identifica cerca del 87% de los ensayos clínicos con un 52% de precisión en aproximadamente una décima parte de tiempo que una búsqueda manual. Otras fuentes de localización de evidencias son los registros de ensayos clínicos de la industria farmacéutica, las bases de tesis doctorales ([www.teseo.es](http://www.teseo.es)), búsquedas manuales en las revistas de mayor impacto del tema a abordar, colecciones privadas de expertos, constituyendo todo el conjunto, lo que se denomina literatura gris.

## Valoración crítica de la evidencia seleccionada

La evaluación crítica de los estudios que se incluyen en una revisión es necesaria para limitar los sesgos, formarse ideas de las potenciales comparaciones e interpretar los resultados. Antes de nada, se seleccionan aquellos trabajos disponibles según el nivel de evidencia científica. Para ello contamos con múltiples clasificaciones. La más utilizada en nuestro país es la de Jovell (8), tabla 1. Los resultados de la valoración crítica de los estudios recogidos se trasladan a una serie de recomendaciones derivadas de su análisis. Existen numerosas tablas donde se recogen los diferentes grados de recomendación según la calidad de la evidencia, la última y más exhaustiva en el momento actual es la proporcionada por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network Royal collage of Physicians of Edinburgh (SIGN) (9), tabla 2. Se deben evaluar, además, características de los estudios individuales como la validez, aplicabilidad y características de su diseño. La validez de un artículo va a depender en gran medida de su capacidad para evitar los sesgos. Existen, para simplificar el trabajo, dada su facilidad de uso, una serie de formularios exclusivos para cada tipo de estudios, que evalúan su calidad individualmente (10).

## Obtención y combinación de los resultados

Una vez que se deciden los estudios que van a formar parte de la revisión, se recogen los datos de los resultados de cada uno para combinarlos. El análisis de los resultados se efectúa mediante técnicas estadísticas especialmente diseñadas para ello como el metaanálisis.

Tabla 1. Niveles de evidencia en la literatura científica

1. ECA con muestra grande.
2. ECA con muestra pequeña.
3. Ensayo no aleatorizado con controles coincidentes en el tiempo.
4. Ensayo no aleatorizado con controles históricos.
5. Estudio de cohorte.
6. Estudio de caso control.
7. Estudios transversales.
8. Vigilancia epidemiológica.
9. Serie de casos.
10. Casos aislados (anécdotas).

ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado



Tabla 2. Grados de Recomendación en Guías basadas en la evidencia

**Niveles de Evidencia**

- 1++ Metaanálisis de elevada calidad, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con muy bajo riesgo de presentar sesgos.
- 1+ Metaanálisis bien estructurados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con bajo riesgo de presentar sesgos.
- 1- Metaanálisis, revisiones sistemáticas o ECA's o ECA's con alto riesgo de sesgo.
- 2++ Revisiones sistemáticas de elevada calidad de casos-control o estudios de cohortes o Estudios de cohortes o casos control con muy bajo riesgo de presentar confusión o sesgos o alta posibilidad de que la relación de asociación sea casual.
- 2+ Estudios, bien realizados de cohortes o casos control, con bajo riesgo de presentar confusión o sesgos o moderada posibilidad de que la relación de asociación sea casual.
- 2- Estudios de cohortes o casos control con alto riesgo de presentar confusión o sesgos o riesgo significativo de que la relación de asociación sea casual.
- 3 Estudios no analíticos: series de casos, casos clínicos.
- 4 Opinión de Expertos.

**Grados de Recomendación**

- A Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ECA's con puntuación 1++ y directamente aplicable a la población diana o Revisiones sistemáticas de ECA's o evidencias procedentes de estudios de nivel 1+ directamente aplicable a nuestra población y demostrando consistencia en sus resultados.
- B Evidencias procedentes de estudios de nivel 2++ directamente aplicables a nuestra población y demostrando consistencia en sus resultados o evidencia extrapolable de estudios de nivel 1++ o 1+.
- C Evidencias procedentes de estudios de nivel 2+ directamente aplicables a nuestra población y demostrando consistencia en sus resultados o evidencia extrapolable de estudios de nivel 2++.
- D Evidencias de nivel 3 ó 4 o evidencia extrapolable de estudios de nivel 2+.

El metaanálisis (11, 12, 13) consigue integrar los resultados individuales de cada trabajo, obteniendo un resultado global equivalente a una muestra cuyo tamaño es la suma de todos ellos, ponderando especialmente los resultados de aquellos trabajos cuya muestra sea mayor. Una vez seleccionados aquellos trabajos que cumplen los criterios de selección establecidos de antemano, se estructuran los datos de forma que queden recogidos los métodos de investigación, características de los participantes, tipo de intervención y las medidas de los resultados. El valor del resultado del metaanálisis dependerá en gran medida de la calidad y el rigor de los estudios que seleccionemos para su combinación; si los estudios son muy heterogéneos, con variables mal definidas o con otro tipo de sesgos, la utilidad del metaanálisis pierde validez.

**Interpretación de los resultados**

Una vez conseguido un resultado, interesa saber su aplicabilidad y utilidad práctica para un paciente. Extrapolar la evidencia recogida de una muestra a un paciente precisa decidir si los participantes y su entorno son similares al de mi práctica habitual, al igual que el tipo de intervención y la atención adicional que reciben. En muchas ocasiones la prestación de una técnica sanitaria no contará con evidencias sólidas sobre su uso, entendiendo como tales las derivadas de un metaanálisis o de ensayos clínicos de muestra grande, por lo que tendremos que contentarnos con evidencias de menor calidad. Las recomendaciones sobre el uso de una prestación dependerán del tipo y calidad de la evidencia disponible.



El metaanálisis es posible que sea percibido por algunos de los médicos como informaciones relativas a un hipotético paciente *promedio*. El fallo en reconocer que el mundo se caracteriza tanto por las similitudes como por las diferencias, ha hecho que en ocasiones se sobreestimen las afirmaciones de los que practican los metaanálisis, por ello el admitir la gran diversidad humana y la incertidumbre que la rodea constituye uno de los mejores medios para fomentar los objetivos del metaanálisis (14).

## Guías de práctica clínica

En 1990 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EEUU definió las Guías de Práctica Clínica (GPC) como *afirmaciones o sentencias sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los médicos y a los pacientes en las decisiones sobre un cuidado apropiado de salud de una determinada situación clínica* (15).

Tres puntos críticos están presentes en la definición: la *asistencia* prestada por los médicos a los pacientes, la *apropiación* de los servicios y la *especificidad* sobre determinados problemas clínicos. El concepto de GPC se basa en la evidencia científica, y en el término *sistemáticamente desarrolladas* queda implícito que ésta debe descansar sobre una búsqueda claramente definida que garantice una información relevante. De esta manera, la validez de una GPC se va a definir en términos de resultados, de costes o de salud y en la fuerza de asociación entre las recomendaciones clínicas y la evidencia científica en las que se fundamenta.

Existe una serie de elementos comunes que caracterizan a las GPC:

- Ayudan a pacientes y médicos a tomar decisiones sobre la salud.
- Consiguen cambios de conducta y actitudes en la forma de prestar los servicios sanitarios.
- Describe los cuidados precisos basándose en evidencias científicas.
- Se centra en circunstancias específicas teniendo en cuenta factores de la organización y características especiales de la comunidad.
- Incrementa la atención sobre la calidad incluyendo la evaluación y auditoría de resultados.

El desarrollo de una GPC comienza por la elección de un tema de estudio. Es recomendable para su posterior implantación que el tema haya sido estudiado previamente con opiniones de expertos o con guías previas procedentes de distintas fuentes. La eficacia de la GPC en mejorar los resultados de los cuidados de los pacientes depende no sólo de la guía en sí, sino también de la naturaleza del grupo que la ha generado (16). Es importante para su difusión contar con el apoyo de los líderes de opinión en el tema a desarrollar, debido al poder de persuasión que generan sobre el resto de facultativos. La elección del grupo que va a desarrollar una guía debe incluir a profesionales conocedores del tema a tratar, que al mismo tiempo sean capaces de revisar la literatura, recoger y analizar los datos evaluados. Las GPC son frecuentemente mejor desarrolladas cuando la composición del grupo de expertos es multidisciplinaria, representando a todos y cada uno de los implicados en el cuidado de los pacientes, viéndose envueltos médicos de familia, especialistas, enfermeras y otro personal sanitario. La validez de la guía va a depender no sólo de las evidencias y su calidad, existen numerosas ocasiones donde la evidencia es débil o conflictiva y es en estos casos donde la elección de



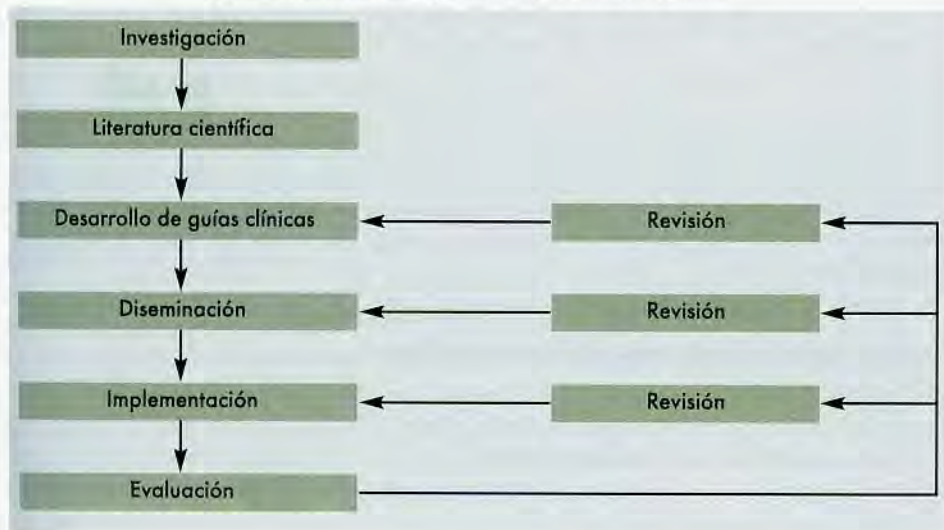
un panel de profesionales adecuados decide si se consiguen o no los objetivos de la misma. El papel del paciente adquiere gran importancia, de tal forma que el personal que desarrolla una guía tiende a atender las preferencias y necesidades de los pacientes a la hora de emitir sus recomendaciones.

Los métodos elegidos para el desarrollo de una GPC son diversos. El consenso de un grupo de expertos limitado por los conocimientos y experiencia de sus miembros, con o sin revisión de la literatura estructurada, constituye uno de los métodos más representativos (17). La incorporación de métodos cualitativos como técnicas de grupo nominal o el método DELPHI han incrementado y mejorado los resultados de las GPC generadas con este sistema. Los resultados y conclusiones que el grupo multidisciplinar han desarrollado se concreta en un documento. El formato es presentado de muy diferentes formas, como la combinación de texto con algoritmos o listas de opciones; en otras ocasiones pueden ambos fusionarse, siempre y cuando el resultado al final sea explícito, lógico y sin ambigüedades. La descripción de la evidencia utilizada y el procedimiento utilizado en su desarrollo siempre debe acompañar a los resultados y conclusiones finales. Se han formulado una serie de atributos que deben recoger una guía para que ésta tenga una influencia óptima en su adopción a la práctica clínica (18):

- La recomendación debe basarse en la evidencia científica, fundamentalmente procedente de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.
- La recomendación debe ayudar a resolver problemas de la práctica clínica diaria.
- Debe estar descrita con concreción y precisión.

La diseminación de la guía depende de la atención que sobre ella presten los destinatarios (fig. 2). El formato de la guía deberá ir orientado al público al que pretende impactar, por ejemplo en los manuales de residentes, folletos para pacientes, en artículos para profesionales y otras muchas. Tal y como se demostró en una auditoría realizada sobre la distribución de una guía sobre el manejo del traumatismo encefálico, solamente el 63% de los jefes clínicos habían recibido la información (19), lo que demuestra la importancia de escoger el adecuado canal de

Figura 2. Proceso de implantación de una Guía Clínica



información. Se han estudiado las preferencias de los facultativos a la hora de recibir la información, destacando que la mayoría prefiere que le sea enviada la información por correo para ser discutida posteriormente en seminarios en sus lugares de trabajo. En general se considera que las guías que son publicadas en una revista son las que menos probabilidad tienen de ser implantadas con efectividad (20). Por el contrario, aquellas guías cuya diseminación parte de los jefes de departamento o líderes de opinión tienen mayor probabilidad de llegar a ser implantadas.

Los dos últimos puntos de la cadena del desarrollo de una GPC son la evaluación y la revisión o puesta al día. La evaluación es un punto fundamental para conocer el impacto que la difusión de una determinada GPC tiene para modificar prácticas y actitudes. El auditoría plantea una pregunta básica: ¿hemos mejorado nuestros resultados tras la adopción de la GPC? La evaluación nos proporciona información sobre los puntos de la cadena de la GPC que pudieran ser inadecuados (21).

Cuatro son los aspectos donde tienen aplicación las GPC basadas en la evidencia:

- Establecimiento de los costes sanitarios y decisiones sobre la extensión de la cartera de servicios.
- Calidad y satisfacción en la prestación de servicios.
- Educación para la salud dirigida al público y a los profesionales sanitarios.
- Establecimiento de prioridades en la investigación.

Las GPC proveen de información y recomendaciones sobre el uso, adecuación y necesidades de los servicios en los diferentes aspectos del manejo clínico de los pacientes. Dichas guías no se circunscriben sólo a los hospitales, son adecuadas en pacientes ambulatorios y en otros tipos de centros como urgencias, residencias de cuidados paliativos, etc. Pueden además ser útiles en el desarrollo de planes y programas de salud y, por último, constituir un elemento indispensable de aseguramiento de la calidad, proporcionando una base para el audit médico.

La medicina basada en la evidencia se está convirtiendo en una pieza básica de aprendizaje, tanto en el período de pregrado como de postgraduado. Aunque cuestione las formas de llevarla a la práctica, existen pocos argumentos en contra del significado de su base científica, en lugar de recibir solamente consejos de expertos en el aprendizaje clínico de los profesionales de la salud. Las guías de práctica clínica son un subproducto de la investigación aplicada, resumen y condensan de una manera práctica el conocimiento sobre un tema o cuestión clínica evitando la pérdida de tiempo de los interesados en su uso. Este acceso rápido a información de calidad permite que en menos tiempo los facultativos puedan actualizarse de forma más eficiente, motivo por el que se convierte en una herramienta valiosa en la formación continua de los facultativos.

### **Inconvenientes de las guías de práctica clínica**

Las guías descansan su peso sobre los ensayos clínicos aleatorizados y controlados, sin embargo, la práctica real no es tan limitada como los ensayos, donde las motivaciones del paciente son diferentes y los recursos diferentes, en otras palabras, no es el mismo ambiente controlado. Es por ello que la verdadera efectividad terapéutica sólo puede establecerse a través de las experiencias acumuladas de práctica clínica.



Existen diferentes actores con muy diferentes intereses en las guías clínicas: los clínicos intentando extender su influencia, los farmacéuticos incrementando su rol y las autoridades promoviendo la salud a la vez que limitan el gasto. Las guías pueden convertirse en un poderoso vehículo para diseminar rápidamente un tratamiento eficaz. Clínicos o grupos específicos de interés podrían promover guías que incrementen los recursos dirigiéndolos a un subgrupo determinado de la población, en detrimento, lógicamente, de otros grupos de enfermos, por lo que aparecen cuestiones conflictivas que han de ser resueltas desde la ética, la economía de la salud y la investigación de servicios sanitarios.

A pesar de su amplia extensión, el efecto de las guías de práctica clínica es limitado sobre su capacidad de modificar cambios en la conducta de los facultativos. Teniendo en cuenta que la calidad científica-técnica y el gasto de los servicios dependen en gran medida de los facultativos, la formación y la gestión del conocimiento es prioritario si se pretende conseguir unos niveles elevados de eficiencia. Es por ello que la identificación de las barreras que impiden una implantación adecuada de las guías nos permite que tanto las personas que desarrollan las guías como los gerentes y políticos puedan diseñar intervenciones efectivas que modifiquen conductas y prácticas inadecuadas o no comprobadas de la práctica clínica.

Antes de que la implantación de una guía pueda reflejarse sobre los resultados de los pacientes debe, previamente, modificarse los conocimientos de los facultativos, generar nuevas actitudes y, finalmente, cambios en su comportamiento. Podemos encontrarnos factores limitantes que interactúan a través del componente cognitivo, barreras que afectan a las actitudes o al comportamiento. El poder flanquear y evitar dichas barreras debe ser un objetivo prioritario para impedir que todo el trabajo que conlleva la elaboración y diseminación de las guías sea ineficaz (22).

Las investigaciones clínicas que se desarrollan en el momento actual serán futuras elecciones sobre el tipo de paciente y el tipo de cuidados que van a recibir. El corazón de las GPC lo constituye una base científica a la que se añade la investigación procedente de los servicios de salud. Las ciencias básicas generan información sobre la eficacia de las intervenciones, pero la realidad práctica impone la necesidad de tomar decisiones basadas en la efectividad. Con frecuencia, la prioridad de la investigación se decide a través de modelos de costes, cargas económicas y disponibilidad de las evidencias, quedando otras cuestiones de interés, como la medición de la calidad de vida o las preferencias de los pacientes, relegadas a un segundo plano. Se hace imprescindible localizar las lagunas de conocimiento y priorizar la investigación para posteriormente elaborar las Guías de Práctica Clínica que sean realmente útiles y pertinentes. De esta manera, y utilizando el sentido común, incidiríamos en aquellos problemas clínicos donde hay mayor confusión, o donde las intervenciones para el manejo de estos problemas son inadecuadas, o donde éstas son de elevado coste, alto riesgo y escasa efectividad.

### **Relación entre las revisiones sistemáticas y las guías de práctica clínica**

Las revisiones sistemáticas (RS) mantienen una estrecha relación con el desarrollo de guías de práctica clínica. El desarrollo de las guías de práctica clínica se ve limitado por la dificultad de localizar y valorar la investigación primaria. Los artículos encontrados y revisados críticamente pueden pasar a integrar un metaanálisis que suele ser el principal recurso para desarrollar guías de práctica clínica. Otro problema adicional no resuelto es el factor tiempo (innovación tecnológica) y la obsolescencia prematura de muchas RS cuando ven la luz (publicación). Hay

que desarrollar métodos de valoración rápida (mayor orientación a la acción) aunque sean menos exhaustivos y rigurosos. La construcción y elaboración de guías no garantizan que éstas vayan a producir un cambio en la práctica clínica. Tan importante es su elaboración rigurosa como su disseminación e implantación posterior [23].

## Bibliografía

1. Marion Buen J, Peiro S, Márquez S. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin* 1998; 110: 382-90.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 311: 71-2.
3. Mulrow CD. The medical review article: state of the science. *Ann Intern Med* 1987; 106: 485-8.
4. Egger M, Smith GD. Metaanalysis: potentials and promising. *BMJ* 1997; 315: 1.371-4.
5. Oxman AD, editor: The Cochrane Collaboration handbook: preparing and maintaining systematic reviews. Second edn. Oxford: Cochrane Collaboration; 1996.
6. Deeks J, Glandville J, Sheldon T. Undertaking systematic reviews of reseach of effectiveness: CRD guidelines for those carrying out or commissioning reviews. Centre for Reviews and Disseminations, York: York publishing Sevices Ltd 1996.
7. Cook DJ, Sackett DL, Spitzer WO. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized control trials in health care from the Postdam Consultation on Meta-Analysis. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 167-71.
8. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 740-3.
9. Harbour R, Millar J. A New system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-6.
10. Greenhalgh T. How to read a paper. *BMJ publishing group*; 1997.
11. Egger M, Smith GD, Phillips AN. Meta-analysis: Principles and procedures. *BMJ* 1997; 315: 1.533-7.
12. Smith GD, Egger M, Phillips AN. Meta-analysis: Beyond the grand mean? *BMJ* 1997; 315: 1.610-4.
13. Egger M, Schneider M, Smith GD. Meta-analysis Spurious precision? Meta-analysis of observational studies. *BMJ* 1998; 316: 140-4.
14. Cook DJ, Greengold NL, Gray A, Weingarten SR. The relation between systemic review and practice guidelines. *Ann Intern Med* 1997; 127: 210-6.
15. Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a new programe. In: Field MJ, Lohr KN, editors. Washington DC: National Academy Press; 1990.
16. Thomas S. Standard setting in the Netherlands: impact of the human factor on guideline development. *BR J Gen Pract* 1994; 44: 242-3.



17. Fink A, Kosecoff J, Chassin M. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-83.
18. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Cees in't Veld, Rutten Guy, Mookink H. Attributes of clinical guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.
19. Madhok R, Thomson RG, Mordue A, Mendelow AD, Barker J. An audit of distribution and use of guidelines for the management of head injury. *Quality in Health Care* 1993; 2: 27-30.
20. Grimshaw J, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines. II. Ensuring that guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* 1994; 3: 45-52.
21. Shaw CD. Criterion based audit. *BMJ* 1990; 300: 649-51.
22. Cabana MD, Rand C, Powe NR, Wu AW, Wilson M, Abboud P, Rubin H. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282: 1458-66.
23. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1995; 4: 55-64.