

Guías de práctica clínica: Algunas reflexiones acerca de su desarrollo e implementación

Dr. Tomás Pantoja C.

Médico Familiar

*Profesor Auxiliar Departamento
Medicina Familiar - Pontificia
Universidad Católica de Chile*

Durante los últimos cinco años el Sistema de Salud chileno ha intentado incorporar algunos de los conceptos propuestos por el "movimiento" de la Medicina Basada en Evidencia¹⁻⁴, a través de la incorporación de los conceptos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), el uso y análisis crítico de la información científica sanitaria⁵, y la utilización de protocolos y guías clínicas⁶. A pesar de que este proceso ha sido lento y no siempre sistemático, a partir de la propuesta de Reforma del Sector y su Plan AUGE, el tema de las Guías de Práctica Clínica (GPC) ha adquirido especial relevancia, tanto desde el punto de vista político como técnico. Es así que los diferentes niveles del Sistema de Salud, especialmente el secundario y el terciario, han iniciado procesos para desarrollar y diseminar GPC científicamente válidas para una variedad de condiciones y patologías. Pero ¿qué son exactamente estas GPC? ¿cómo son desarrolladas? y ¿cómo son implementadas? son preguntas que todavía no están claras para muchos equipos de salud y que intentan ser abordadas en este artículo introductorio.

Dada la complejidad de la atención

primaria, la implementación de un cuidado de salud basado en evidencia presenta importantes desafíos⁷⁻⁹. Sin embargo, la mayoría de los médicos generales/familiares parecen preferir el uso de resúmenes basados en evidencia generados por otros y GPC o protocolos basados en evidencia, más que la práctica de la Medicina Basada en Evidencia de las "cinco etapas"¹⁰⁻¹². Por lo tanto, el desarrollo e implementación de GPC válidas y reproducibles puede ser una atractiva forma de mejorar la calidad y la efectividad clínica en Atención Primaria.

Las GPC son, de acuerdo a la ya clásica definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, "directrices desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales sanitarios y sus pacientes acerca del cuidado de salud apropiado para circunstancias clínicas específicas"¹³. Ellas debieran identificar recomendaciones para el manejo apropiado y costo-efectivo de determinadas condiciones o el uso apropiado de procedimientos clínicos, con el objetivo de promover una buena práctica clínica. En el ámbito nacional destaca cierta sobreposición con el concepto de *norma*, como es definido por el Ministerio de Salud: "guías completas y sistemáticas que ayudan al proveedor de atención y al paciente a tomar decisiones sobre la atención apropiada para condiciones específicas"¹⁴, a pesar de la frecuente mención respecto al carácter impositivo de estas últimas⁶. Asimismo, vale la pena distinguir el concepto relacionado de *protocolo*, también definido a nivel nacional como "... un conjunto de

normas de procedimiento. El protocolo considera normas y/o procedimientos para las situaciones individuales"¹⁴, destacando su orientación eminentemente práctica.

El desarrollo de las GPC implica por un lado, la búsqueda y análisis de la evidencia científica existente respecto a las preguntas específicas que la GPC aborda y, por otro lado, la realización de un juicio respecto a dicha evidencia que se traduce en recomendaciones para la práctica clínica. Por ello requiere el uso de una metodología rigurosa que intente minimizar el sesgo que pudiera ser introducido en cada una de las etapas de su elaboración. Dichas etapas pueden ser resumidas como: establecer el equipo que desarrollará la GPC, identificar los diferentes grupos de interés involucrados en el desarrollo e implementación (audiencia objetivo, probables usuarios, etc), establecer la brecha práctica actual-evidencia, definir las preguntas clínicas claves, la búsqueda y evaluación crítica de la evidencia, y el desarrollo de las recomendaciones específicas^{6,15-18}.

Debido a la complejidad de este proceso y al elevado requerimiento de recursos especializados que supone, es que muchos países desarrollados han debido establecer programas formales para el desarrollo de GPC¹⁹. Gran parte de ellos han surgido con el propósito de mejorar la calidad y la efectividad del cuidado sanitario en sus respectivos países y sus diferencias tienen que ver más con el énfasis puesto en aspectos de diseminación e implementación, que

con el uso de los principios de la medicina basada en evidencias, los que son utilizados por gran parte de ellos. Es así como dentro de las organizaciones más reconocidas en el área se encuentran el New Zealand Guidelines Group en Nueva Zelanda, la US Preventive Service Task Force en los Estados Unidos, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network en Escocia, el National Institute for Clinical Excellence en Inglaterra, y el National Health and Medical Research Council en Australia (Tabla 1).

Asimismo, a nivel internacional han surgido algunos esfuerzos colaborativos con el objetivo de abordar aquellos temas comunes a las iniciativas nacionales, de manera de compartir experiencias y no duplicar esfuerzos en áreas comunes. Es así como, por ejemplo, basado en el trabajo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos y el grupo en el St George's Hospital Medical School en Londres, se estableció un grupo colaborativo con el propósito de contribuir al desarrollo de GPC válidas en diferentes áreas del cuidado sanitario. Este Grupo Colaborativo AGREE (Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe) inicialmente ha abordado los temas de las metodologías de desarrollo de las GPC^{20,21}, y el desarrollo de una metodología genérica para evaluar la calidad de las GPC²². Gran parte del material desarrollado se encuentra disponible en su sitio web (<http://www.agreecollaboration.org>).

Sin embargo, las GPC no son autoimplementables y sólo a través de estrategias de implementación efectivas será posible el cambio en la práctica clínica y el mejoramiento en los resultados sanitarios de los pacientes²³. Está relativamente bien establecido en la literatura que las aproximaciones clásicas a la implementación de innovaciones o nueva información a menudo fallan. Por un lado, se da muy poca atención a las barreras específicas al cambio tanto a nivel individual como organizacional y, por otro lado, se invierte demasiado esfuerzo en mejorar los aspectos cognitivos y muy poco en la mejoría de las habilidades y los cambios de comportamiento específicos²⁴⁻²⁶.

Crecientemente, todos aquellos involucrados en la mejoría de la práctica clínica a través del uso de GPC han resaltado la importancia de las diferentes estrategias de implementación para lograr los resultados esperados en la salud de los pacientes. Es así como un creciente volumen de literatura acerca de la efectividad de diferentes intervenciones para cambiar la conducta de los profesionales sanitarios ha sido publicada^{25,27-33}. La revisión de dicha evidencia muestra que no hay "recetas mágicas"³⁴, que ninguna intervención es efectiva en todas las situaciones, pero claramente algunas son menos efectivas que otras. Asimismo, el rol de las barreras y facilitadores tanto a nivel individual como organizacional para la implementación de las GPC ha sido extensamente resaltado³⁵⁻³⁸.

De esta manera, es posible distinguir en el ámbito de las GPC una serie de procesos que han sido descritos como desarrollo, difusión, diseminación, implementación y evaluación³⁹. Sin embargo, en la literatura la difusión, diseminación e implementación habitualmente son incluidos bajo el concepto único de implementación para evitar ambigüedades conceptuales^{40,41}. A pesar de dichas distinciones los procesos se encuentran íntimamente ligados, tanto desde el punto de vista práctico como teórico.

Desde una perspectiva teórica, la metodología de desarrollo e implementación de las GPC incluye contenidos de diferentes disciplinas y áreas, como son los resúmenes de evidencia y revisiones sistemáticas (la "Medicina Basada en Evidencia" propiamente tal)^{3,4}, el uso de técnicas de consenso para la interpretación de dicha evidencia⁴², y las teorías de cambio a nivel individual y organizacional⁴³⁻⁴⁶. Así, el análisis de los diferentes procesos incluidos en el ámbito de las GPC es necesariamente complejo y requiere un abordaje que va más allá de las definiciones restringidas y uniprofesionales. Por ello, creo que es en la Atención Primaria —ya habituada a un trabajo multidisciplinario en temáticas complejas— en donde será posible un mayor desarrollo de los diferentes procesos que permitirán la implementación de GPC para la mejoría de la práctica clínica y los resultados sanitarios de nuestros pacientes.

Tabla 1. Algunas organizaciones relacionadas con el desarrollo de GPC

País	Nombre	Sitio web
Australia	National Health and Medical Research Council (NHMRC)	www.health.gov.au/hfs/nhmrc
Escocia	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk
Estados Unidos	US Preventive Service Task Force (USPSTF)	www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
Finlandia	Finnish Medical Society Duodecim (Duodecim)	www.duodecim.fi
Inglaterra	National Institute for Clinical Excellence (NICE)	www.nice.org.uk
Nueva Zelanda	New Zealand Guidelines Group (NZGG)	www.nzgg.org.nz

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Resumiendo, las GPC parecen ser una herramienta favorecida por algunos de los profesionales de Atención Primaria para la incorporación de la Medicina Basada en Evidencia en la práctica diaria. Sin embargo, su desarrollo e implementación representan una tarea compleja, muchas veces subestimada por aquellos que intentan sólo “forzar” los cambios a distintos niveles de la organización sanitaria. Por otro lado, dicha complejidad no está ajena al quehacer diario del equipo de Atención Primaria, por lo que ésta parece estar especialmente bien ubicada para la tarea de mejorar la práctica clínica y el bienestar de los pacientes a través de la implementación de las GPC. Dado el carácter introductorio del presente artículo, esperamos en artículos posteriores profundizar los aspectos teóricos y prácticos de los diferentes procesos mencionados anteriormente.

REFERENCIAS

- 1.- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
- 2.- SACKETT D L, ROSENBERG W M C. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995; 88: 620-4.
- 3.- SACKETT D L, STRAUS S E, RICHARDSON W S et al. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 4.- GUYATT G H, RENNIE D. Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago: AMA Press, 2002.
- 5.- Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. Departamento de Calidad en la Red. División de Planificación Estratégica. La información científica en salud. Conceptos básicos. Ministerio de Salud. 2002.
- 6.- Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. Departamento de Calidad de Prestadores. División de Planificación y Presupuesto. Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud. 2002.
- 7.- MACAULEY D. The integration of evidence based medicine and personal care in family practice. *Ir J Med Soc* 1996; 4: 289-91.
- 8.- JACOBSON L D, EDWARDS A G, GRANIER S K et al. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 449-52.
- 9.- PANTOJA T. Medicina General Familiar y Medicina Basada en Evidencias: ¿una combinación posible? *Rev Chil Med Fam* 2000; I: 5-7.
- 10.- MCCOLL A, SMITH H, WHITE P et al. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 361-5.
- 11.- YOUNG J M, WARD J E. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2001; 7: 201-10.
- 12.- PANTOJA T. Promoting an evidence-based practice in a Chilean primary care health centre. 2000. University of Oxford.
- 13.- Institute of Medicine (Field MJ & Lohr KN eds). Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992.
- 14.- Unidad de Calidad y Regulación. División de Salud de las Personas. Rol Regulador del Ministerio de Salud. Fundamento, definición y procedimiento. Ministerio de Salud. 1999.
- 15.- National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999.
- 16.- National Institute for Clinical Excellence. Information for National Collaborating Centres and Guideline Development Groups. 2001. London. The Guideline Development Process.
- 17.- New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. 2001. Wellington.
- 18.- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developers' handbook. 2002.
- 19.- BURGERS J S, GROL R, KLAZINGA N S et al, for the AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15: 31-45.
- 20.- GRAHAM I D, CALDER L A, HÉBERT P C et al. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000; 16: 1024-38.
- 21.- The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group. Guideline development in Europe. An international comparison. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000; 16: 1039-49.
- 22.- CLUZEAU F A, LITTLEJOHNS P, GRIMSHAW J M et al. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 21-8.
- 23.- FREEMANTLE N. Implementation strategies. *Family Practice* 2000; 17 (Suppl 1): S7-S10.
- 24.- CONROY M, SHANNON W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 371-5.
- 25.- GRIMSHAW J M, SHIRAN L, THOMAS R et al. Changing provider behavior. An Overview of Systematic Reviews of Interventions. *Medical Care* 2001; 39: II2-II45.
- 26.- GROSS P A, GREENFIELD S, CRETIN S et al. Optimal methods for guideline implementation. Conclusions from Leeds Castle meeting. *Medical Care* 2001; 39: II85-II92.
- 27.- GRIMSHAW J M, RUSSELL I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-22.
- 28.- BEROL, GRILLI R, GRIMSHAW J M et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the

- implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
- 29.- DAVIS D A, THOMSON O'BRIEN M A, FREEMANTLE N et al. Impact of Formal Continuing Medical Education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282: 867-74.
- 30.- THOMSON O'BRIEN M A, OXMAN A D, DAVIS D A et al. Audit and feedback *versus* alternative strategies: effects on professional practice and health outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2002, Oxford: Update Software.
- 31.- THOMSON O'BRIEN M A, FREEMANTLE N, OXMAN A D et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2002, Oxford: Update Software.
- 32.- THOMSON O'BRIEN M A, OXMAN A D, DAVIS D A, HAYNES R B, FREEMANTLE N, HARVEY E L. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2002, Oxford: Update Software.
- 33.- THOMSON O'BRIEN M A, OXMAN A D, DAVIS D A et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2002, Oxford: Update Software.
- 34.- OXMAN A D, THOMSON O'BRIEN M A, DAVIS D A et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153: 1423-31.
- 35.- WATKINS C, HARVEY I, LANGLEY C et al. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 11-5.
- 36.- LANGLEY C, FAULKNER A, WATKINS C et al. Use of guidelines in primary care - practitioners' perspective. *Family Practice* 1998; 15: 105-11.
- 37.- CABANA M D, RAND C S, POWEN R et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
- 38.- MITTMAN B S, TONESK X, JACOBSON P D. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *Quality Review Bulletin* 1992; December: 413-22.
- 39.- THORSEN T, MÄKELÄ M. Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
- 40.- GRIMSHAW J M, RUSSELL I. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. *Quality in Health Care* 1993; 2: 243-8.
- 41.- GRIMSHAW J M, RUSSELL I. Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* 1994; 3: 45-52.
- 42.- MURPHY M K, BLACK N A, LAMPING D L et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; 2.
- 43.- DAVIS D A, TAYLOR-VAISEY A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 157: 408-16.
- 44.- MOULDING N T, SILAGY C A, WELLER D P. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1999; 8: 177-83.
- 45.- CRETIN S, FARLEY D O, DOLTER K J et al. Evaluating an integrated approach to clinical quality improvement. Clinical guidelines, quality measurement, and supportive system design. *Medical Care* 2001; 39: II70-II84.
- 46.- SONNAD S S. Organizational tactics for the successful assimilation of medical practice guidelines. *Health Care Management Review* 1998; 23: 30-7.