

Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica

Clinical guidelines "tools" for better medical care quality

(Trabajo presentado en la Jornada Nacional *PROTOCOLIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA* "José A Lloréns Figueroa in memoriam")

Dr. Alfredo Espinosa Brito

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular. Profesor Titular Consultante y De Mérito de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Académico de Mérito de la Academia de Ciencias de Cuba. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. correo electrónico espinosa@perla.inf.cu

RESUMEN

Introducción: con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad de los pacientes, en los últimos tiempos se han ido incorporando un grupo de "herramientas metodológicas", entre las que se encuentran las guías de práctica clínica. **Objetivo:** determinar el lugar que ocupan las guías de práctica clínica en la asistencia médica actual. **Material y métodos:** Se realiza una revisión de la literatura disponible sobre el tema, de donde se seleccionan de manera opinática, un conjunto de trabajos que se consideraron como los más importantes, así como se incluyen las opiniones recogidas por el autor de colegas relacionados con el tema en diversos intercambios formales e informales, a lo que se añade la experiencia y criterios propios del autor en más de 15 años. **Resultados:** se exponen las razones del surgimiento de las guías de práctica clínica, los requisitos que deben cumplir, los métodos para su elaboración, las etapas del proceso de su implementación y evaluación. Finalmente se brindan algunos consejos prácticos para uso, insistiendo que, aunque es común hablar de las buenas prácticas clínicas, la primera debe ser siempre la aplicación con excelencia del método clínico, del cual las guías son subsidiarias. **Conclusiones:** las guías de práctica clínica, como herramientas auxiliares de la atención médica, cuando son adecuadamente concebidas, elaboradas y utilizadas, pueden contribuir a mejorar la calidad de la asistencia médica que se brinda, aunque siempre como complemento de la aplicación con excelencia del método clínico.

Palabras clave: guías de práctica clínica, calidad de la atención médica, seguridad del paciente, método clínico.

ABSTRACT

Introduction: in order to improve the medical care quality and at the same time guarantee patients' safety, lately, it has been incorporated a group of methodological tools such as the clinical guidelines. **Objective:** Determine the role played by the clinical guidelines in present day medical practice. **Methods:** i was made a review of the available literature about this topic selecting a group of works considered as the most important. There were also included different opinions of colleagues as well as the author's criteria based on the experience of more than 15 years. **Results:** the reasons of the appearance of clinical guidelines, their requirements to fulfill, the methods of elaboration and their implementation and assessment are exposed in this work. Finally, some practical advises are offered making emphasis on a good application of the clinical method playing the clinical guidelines a subsidiary role. **Conclusions:** when clinical guidelines are conceived and used adequately they can contribute to improve the Quality of medical care as a complement of a clinical method of excellence.

Key words: clinical guidelines, quality of medical care, patients' safety, clinical method.

INTRODUCCIÓN

La medicina es cada vez más compleja, más efectiva y potencialmente peligrosa. La seguridad del paciente, como uno de los componentes básicos de la calidad de la atención médica, ha recibido una creciente atención en los últimos tiempos.¹⁻⁴ En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa de la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente" para alertar a los países miembros sobre este problema.

Entre los factores que se han identificado para la ocurrencia de acontecimientos adversos en ambientes de alto riesgo, tenemos:^{5,6}

- Mayor complejidad y gravedad de los enfermos.
 - Múltiples interacciones entre los pacientes y quienes los atienden, con
 - grandes expectativas de los primeros.
 - Introducción a la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
 - nuevos e invasivos.
 - Uso de múltiples fármacos y otros tratamientos muy potentes y riesgosos.
-

- Stress, fatiga de los profesionales de la salud.
- Necesidad de comunicación estrecha entre diferentes grupos y personas.

Con la intención de garantizar la calidad de la atención médica en la gestión hospitalaria y ambulatoria en estos nuevos ambientes institucionales, así como la seguridad de los pacientes, se han ido incorporando en la práctica, un grupo de "herramientas metodológicas", que incluyen:⁷

- **Normas:** Procederes de obligatorio cumplimiento, cuya inobservancia puede ser penalizada. Una típica es la ISO 9000, norma de ámbito internacional, lanzada por la International Standard Organization, que se utiliza para evaluar la calidad de los productos y servicios en las empresas. Actualmente, es considerada como un indicador relevante del nivel de calidad en la producción de empresas de todo el mundo.
- **Protocolos:** Documentos que se redactan sobre todo para homogeneizar criterios, teniendo en cuenta las opiniones de expertos, aplicables sobre todo en la realización de investigaciones.
- **Consensos:** Puestas de acuerdo entre expertos sobre un tema importante, muy similares a los protocolos.
- **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.
- **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.
- **Procedimientos Normalizados de Operación:** Conjunto de pasos que se requieren para realizar una operación técnica determinada; son obligatorios y se realizan por personal técnico.
- **Manual de Organización y Procedimientos:** *Dossier* 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, teniendo 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 de las instituciones.
- **Guías de práctica clínica (pautas, *guidelines*):** 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. También se ha expresado que constituyen un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas.

En la presente comunicación, se abordará el papel que las guías de práctica clínica ocupan dentro de la gestión hospitalaria o ambulatoria en nuestros días, insistiendo en que siempre serán "herramientas auxiliares" de la práctica médica y nunca podrán sustituir la aplicación con excelencia del método clínico.^{7,9,10}

Factores que se invocan han determinado el surgimiento de las Guías de Práctica Clínica^{7,8}

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
4. asistenciales.
5. Formulación de estándares de calidad asistencial.
6. Criterios de buena praxis clínica.
7. Incertidumbre en la práctica médica.
8. Dificultades en la asimilación de nuevos conocimientos.

Requisitos que deben cumplir las guías^{8,11}

La planificación, elaboración e implementación de las guías debería concebirse de la misma manera que un proyecto de investigación científica e innovación tecnológica; por tanto, aunque se han señalado un grupo de requisitos que deben cumplir las mismas, sería conveniente recordar las características que se deben tener en cuenta para seleccionar un problema de investigación.⁷

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

Métodos para confeccionar las guías^{8,11,12}

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 fácil en ocasiones, cuando se ponen en juego el ego y los intereses de las diferentes partes, pero, si se organiza adecuadamente, es un proceso que favorece el desarrollo de la medicina:¹³

Al surgir la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), de manera casi simultánea en el tiempo con la producción de guías de práctica clínica, la MBE casi acaparó la elaboración de guías, al plantear que sólo serían válidas las que se basaran en evidencias obtenidas, sobre todo, a partir de las recomendaciones apoyadas en meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados. Así, se expresó que la elaboración e implantación de guías de práctica clínica tenía 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 fundamentaran en datos objetivos (evidencias o pruebas), utilizando un método que favoreciera la toma de decisiones racionales estableciendo criterios de prioridad en la actuación».¹²

Luego se ha patentizado que es muy difícil incluir en las guías todas las situaciones que se producen en la práctica clínica real, pues la mayoría de los ensayos clínicos se circunscribe a grupos específicos de pacientes (por ejemplo, de determinada edad, sexo, raza, ambientes seleccionados), que no expresan el espectro clínico completo de los problemas de salud que tratan de pautar, para que sus resultados puedan ser aplicables a todos los enfermos. Además, la aceptación de los pacientes a las diferentes recomendaciones, no siempre es previsible. A esto se añade la situación de que a menudo coincidan en un mismo enfermo, diferentes comorbilidades o enfermedades simultáneas, sobre todo, en los ancianos. Por último, está el caso de las enfermedades menos frecuentes o aquellas que no han sido objeto de ese tipo de ensayos clínicos por diferentes causas. Este es, por ejemplo, entidades que ocurren casi exclusivamente en países subdesarrollados, y que no son de interés para invertir en estudios de este tipo, tanto para los investigadores, como para los productores y los comercializadores de tecnologías y medicamentos. Así, aun cuando las evidencias no sean concluyentes, los más diversos problemas clínicos pudieran requerir de guías, que no pueden ser elaboradas sólo basadas en los cánones de la MBE.

Debido a las consideraciones anteriores, cada vez más se aceptan, al lado de guías basadas en evidencias, las que se obtienen a partir de la opinión de expertos, en consensos y, sobre todo, en la combinación de evidencias y consenso.¹²

¿Cuándo hacer una guía de práctica clínica?

En la actualidad se recomienda, cuando:¹⁴

- Existe una amplia variabilidad en determinadas áreas de práctica clínica.
- Ante problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no hay consenso en varios niveles asistenciales.
- Una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbimortalidad de determinadas enfermedades.
- Las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costos innecesarios.

Etapas del proceso de implementación de guías

Un orden lógico, paso a paso, que en la práctica ha dado buenos resultados, es el siguiente:⁸

- 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)⁸

- 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 las mejores experiencias y luego 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, sobre todo lo relacionado con las bondades y limitaciones de la MBE,¹⁵⁻¹⁷ 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.¹⁸⁻²⁰

Actualmente ya hay sitios fácilmente accesibles en Internet dedicados a la MBE y a las guías, como son las bases *Cochrane* (www.cochrane.org), o el sitio de guías (*guidelines*) del gobierno de los Estados Unidos (<http://www.guidelines.gov>), además de revistas periódicas, como *Clinical Evidence*, *Evidence Base Medicine* (<http://www.clinicalevidence.com>), entre otras muchas. 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, en el caso de la hipertensión arterial, los clásicos informes del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.²¹

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.

Los niveles de evidencia y grados de recomendación (Según la US Agency for Health Care Policy Research) en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, son los siguientes:

Ia: La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados.

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. Se refiere a cuando 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.

IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

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).

Fase II. Iniciar la implementación (empezar)⁸

- 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:¹¹

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

Fase III. Demostrar que funciona (proyecto de demostración).⁸

- 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).^{8,22}

- 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).⁸

- 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, que pueden variar según la prioridad que se le dé a este asunto, la complejidad del problema de salud que se trate, la competencia de los involucrados en la guía, el método seleccionado para su confección, así como el alcance y la organización del escenario donde se va a aplicar, entre otros factores:⁷

- Composición del grupo de trabajo: 6 meses.
- Revisión sistemática de la literatura (y de las experiencias previas, consensos): 12 meses.
- Revisión de la guía, incluyendo proyecto de demostración: 9 meses.
- Publicación: 3 meses.
- Evaluación de la adherencia e impacto: Continuamente
- Actualización/perfeccionamiento de la guía: Sistemáticamente

La calidad de las guías de práctica clínica y la adherencia

La calidad es un aspecto importante para los que usan las guías, pues de eso depende que se implanten o no y que, finalmente, se obtengan o no beneficios o daños en los pacientes y en el servicio de salud. Además, refleja la confianza en que sus recomendaciones tienen validez interna y externa, y que tienen utilidad para la práctica clínica.²²

Desde hace algún tiempo varios grupos han elaborado instrumentos para evaluar la calidad de las guías, entre los que se destacan el AGREE I,¹¹ el AGREE II,²³ el GRADE²⁴ y el ADAPTE,²⁵ que intentan comprobar la calidad de las guías.

En nuestro hospital, se ha incorporado otro paso más, que consiste en evaluar la adherencia a la guía en la asistencia médica real de los enfermos, incluyendo las causas de no adherencia en cada caso, según un sistema de preguntas básicas, específicas y complementarias, lo que facilita el perfeccionamiento continuo tanto de la guía como de la actuación clínica en la práctica cotidiana, al detectar las dificultades reales en su aplicación, así como identificar los puntos de mejoramiento posible a modificar periódicamente entre todos.²⁶⁻²⁸

Algunos consejos prácticos para el uso de las guías de práctica clínica

- El deslumbramiento por las nuevas tecnologías puede llevar a olvidar otras prácticas antiguas y sencillas que han producido múltiples éxitos, que no por pequeños se deben considerar menos importantes.
- El lenguaje en que se redactan las guías debe ser adecuado para las personas y grupos que las utilizarán (incluyendo personal en formación de pre y postgrado), por lo que debe evitarse el uso de términos muy técnicos.
- Diversos problemas clínicos requieren la utilización de guías, aun cuando las evidencias no sean concluyentes.
- Aun cuando se han diseñado protocolos para la utilización adecuada de exámenes complementarios sin perjuicio de la calidad de la atención médica y con la consiguiente disminución de los costos, en la práctica no es fácil su introducción debido a las presiones o demandas que ejercen los médicos y/o los enfermos.
- Las guías deben ser muy específicas, claras y sin ambigüedades. Deben ayudar en la toma de decisiones en un escenario clínico determinado. Si es posible, se deben mencionar las situaciones clínicas que constituyan excepciones. Los juicios deben darse en un marco de referencia explícito que incluya conceptos, habilidades e instrumentos.
- Hasta que los creadores de guías basadas en evidencias cuantitativas, por un lado, y los clínicos orientados a evidencias cualitativas, por otro, no comiencen a hablar un mismo lenguaje, las reglas de predicción tienen pocas oportunidades de cambiar la práctica de la medicina. De ahí, que lo más conveniente es que todo el proceso de elaboración e implementación de las guías sea asumido por los propios clínicos, que las van a aprobar y a utilizar en la atención médica.
- Las sociedades científicas y los consejos científicos del país, territorio o institución de salud, deben tomar el liderazgo, para aglutinar a todos los estamentos y profesionales que participan en la elaboración de estos documentos. Uno de los problemas más importantes es que en muchas ocasiones las personas que tienen talento e iniciativas se encuentran con la dificultad de no tener un interlocutor que acepte y apoye sus ideas.
- Actualmente se elaboran guías con diversos alcances, desde las que pretenden ser universales, pasando por las nacionales, hasta las locales o institucionales. Sin dejar de reconocer el valor de cada una, no se debe, por ejemplo, extrapolar automáticamente a una institución de salud una guía internacional o nacional, sin tener en cuenta todas las características del escenario real donde se va a implementar. Aquí se aplica aquella frase de: "Pensar globalmente, pero actuar localmente". Así las guías serán mejor aceptadas y tendrán mayor sostenibilidad en el tiempo mientras más se ajusten a las condiciones concretas del lugar donde se van a introducir y si son elaboradas y aprobadas por el propio personal que las va a aplicar, mucho mejor.
- No se deben usar las guías para otros propósitos que no sean para los que fueron concebidas, especialmente por personas que no son clínicos (administradores, abogados, economistas, enfermos y familiares), pues ellas -como las estrellas-, "inclinan, pero no obligan".

CONCLUSIONES

La tecnología de las guías de práctica clínica, como *herramientas auxiliares* de la atención médica, requiere 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.⁹

En todo caso, sea cual fuere el futuro de las guías de práctica clínica, la edad de la inocencia ya ha pasado y nada será igual que antes. Por una parte, tendremos pacientes mejor informados y, por otra, sistemas de salud veladores de mantener eficiencia, lo que necesariamente conllevará a la evaluación objetiva de lo que se brinda a los pacientes. Además de las guías de práctica clínica, seguirán influyendo otros factores en la calidad de la atención médica que se brinda, como:

- Una cultura organizacional adecuada y claridad en las metas.
- El compromiso de las máximas autoridades administrativas.
- Un equipo profesional suficiente y con amplia experiencia y competencia en la atención médica.
- Una comunicación y coordinación adecuadas entre grupos de trabajo.
- Espacios para la solución de problemas y aprendizaje.

Sin embargo, al final, estimamos que las guías, aunque no son la panacea que pudiera resolver todos los problemas relacionados con la calidad de la asistencia médica, sí pueden tener un espacio en la práctica clínica de nuestros días y, como dice Shoemaker: "Si bien no garantizan la excelencia, en muchas ocasiones, previenen desastres", aunque no se debe olvidar la recomendación que nos da Moreno: "Hoy es común hablar de las buenas prácticas clínicas. Sin embargo, la primera debe ser la aplicación con excelencia del método clínico."^{10,29,30} A lo que añadiríamos, tratando de arribar siempre en cada enfermo a diagnósticos con la menor probabilidad de incertidumbre, a partir de los cuales se basarán todas las conductas a seguir, sin descuidar en el paciente una evaluación integral que incluya aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, sobre todo a la hora de tomar decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353:1178-81.

2. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. [Internet]. 2007 [citado 21 septiembre 2011]; 207 (9): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-espa%C3%B1ola-65/seguridad-paciente-calidad-asistencial-13109837-comentarios-clinicos-2007>

3. Sarabia O. Seguridad del paciente en la atención médica. Foro "Nuevos rumbos en las políticas de salud en México". Cámara de diputados, Ciudad México: 25 de Abril de 2007.
4. De Vos P, Ordúñez P, Santos M, Van der Stuyft P. Public hospital management in times of crisis: Lessons learned from Cienfuegos, Cuba (1996_2008). Health Policy. 2010;96:64-71.
5. Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
6. Aranaz JM, Albar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc). 2004;123(1):21-5.
7. Espinosa Brito A. Guías de prácticas clínicas. Algunos aspectos relacionados con su elaboración e implementación. Medisur. 2009; 7(5):36-43.
8. 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;1998:38-53.
9. Espinosa Brito A, Del Sol Padrón LG, Espinosa Roca AA, Garriga Valdés JL, Viera Valdés B. Guías de práctica clínica. Ventajas y desventajas. Medisur. 2009; 7(5):44-7.
10. Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las "buenas prácticas clínicas" y el profesionalismo médico. Medisur 2010;8(5):68-74. Revista en Internet. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/1323>. Fecha de acceso: 31 mayo 2011.
11. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) project. Qual Saf Health Care. 2003;12:18-23.
12. Twaddle S. Clinical practice guidelines. Singapore Med J 2005;46(12):681-6.
13. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med. 1990;113:645-6.
14. Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. Med Clin (Barc). 2003; 120: 496-7.
15. 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.
16. Letelier LM, Moore P. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. Rev Méd Chile.2003;131:939-46.
17. Fernández Sacasas J. Medicina Basada en la Evidencia. Reflexiones sobre el tema. Rev Educación Médica;2005;19 (1), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Fecha de acceso: 1 junio 2011.

18. Sackett D, Straus S, Richardson S. Evidence Based Medicine. How to practice and to teach Evidence-Based Medicine. 2da. Ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2000.
19. Reussi R, Tájer CD, Mercado J. Evidencias en Medicina Interna II. Buenos Aires: Edimed Médicas; 2008.
20. Doval HC, Tájer CD. Evidencias en Cardiología. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas. Buenos Aires: GEDIC; 2008.
21. US Department of Health and Human Services. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003. (NIH Publication 13-5233).
22. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshw M. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ. 1999; 318:527-30.
23. Burls A. AGREE II - improving the quality of clinical care. Lancet. 2010; 376(9747):1128-9.
24. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. BMJ. 2008; 336:1049-51.
25. ADAPTE collaboration. Disponible en <http://www.adapte.org>. Fecha de acceso : 31 mayo 2011.
26. González I, Espinosa AD, Álvarez G, Fragoso MC, Mosquera MA. Evaluación del cumplimiento de la guía de práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. MEDISUR. 2009; 7(3): 18-31.
27. Romero Cabrera AJ, Figueiras Ramos B, Chávez Troya O, León Rodríguez P. Evaluación de la adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas de insuficiencia cardiaca en los Servicios de medicina interna y geriatría. Comparación de dos series de casos. geriatrianet.com vol.6, nº1, año 2004. Disponible en <http://www.geriatrianet.com>. Fecha de acceso: 6 junio 2009.
28. Fragoso Marchante MC, Espinosa Brito AD, Álvarez Amador G, González Morales I, Bernal Muño JL, Mosquera Fernández M. Adherencia a las guías de prácticas clínicas sobre neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad. MEDISUR. 2010; 8(4):49-56.
29. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. ¿Epidemiología clínica, medicina basada en la evidencia y guías de prácticas clínicas vs. Método clínico? MEDISUR. [Internet]. 2009 [citado 4 junio 2011]; 7(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000500005&script=sci_arttext
30. Espinosa Brito A. A propósito del debate actual sobre el método clínico. MEDISUR 2010; 8(6) Especial: 98-103.

Recibido: 30 de junio de 2011.

Aprobado: 12 de septiembre de 2011.