

Emilio Casariego Vales  
Eduardo Briones Pérez de la Blanca  
Carmen Costa Ribas

## Problemas en el ejercicio de la medicina: Variabilidad, actualización

Los profesionales sanitarios, durante su consulta habitual, se enfrentan a un elevado número de problemas de forma simultánea <sup>1,2</sup>. Por ejemplo, ante un paciente con una lesión herpética se pueden presentar varias dudas: ¿es realmente herpética? ¿se trata con aciclovir? ¿a qué dosis? entre otras. Además, los conocimientos que tienen sobre estos problemas pueden no estar actualizados o corresponderse con la mejor evidencia disponibles. Si bien es evidente que ante una duda es posible buscar una solución de inmediato, más difícil es manejarse cuando tomamos una decisión sin saber que es equivocada.

En el desarrollo de la profesión lo habitual es tener que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de las numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Esto es válido en la toma de decisiones sobre problemas bien estudiados y con soluciones establecidas. Pero además existen muchos temas donde los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso. Por lo tanto es fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por actitudes muy diferentes <sup>3</sup>.

En un resumen muy breve, el origen de las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales puede encontrarse en una de las siguientes:

- Incertidumbre: no existe buena evidencia científica sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- Ignorancia: existe evidencia científica, pero el clínico la desconoce o no la tiene actualizada.
- Presiones externas: el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.
- Recursos y oferta de servicios: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- Preferencias del paciente: en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro.

Existe una amplia literatura sobre variaciones de la práctica médica que analiza a fondo el problema en diferentes áreas clínicas y nos pueden servir de referencia si queremos profundizar sobre el tema <sup>4,5</sup>. En nuestro entorno es muy importante analizar

La hipótesis más extendida en la actualidad relaciona la variabilidad con el grado de incertidumbre clínica que acompaña a las decisiones médicas. Dentro de dicha teoría, la discrecionalidad de las decisiones clínicas individuales, o los diferentes estilos de práctica, aparecen como principales responsables de tal incertidumbre.

las relaciones de la variabilidad con el grado de incertidumbre clínica que acompaña a las decisiones médicas. Bajo este prisma, la discrecionalidad de las decisiones clínicas individuales, o los diferentes estilos de práctica, aparecen como principales responsables de tal incertidumbre.

Si tratamos de analizar estas variaciones en cuanto a la frecuencia de uso en un centro de un procedimiento o terapéutica, se nos planteará el problema de definir cuáles son los límites de un uso adecuado, tanto mínimos como máximos. Para paliar estos problemas parece lógico que tanto los diferentes servicios de salud como las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se preocupen por generar y publicar recomendaciones sobre cómo actuar en estas circunstancias <sup>6</sup>.

## Problemas en la localización e interpretación de la información

**D**urante siglos, la práctica médica se ha fundamentado mayoritariamente sobre la experiencia y el juicio personal. En las últimas décadas esto ha cambiado de manera radical, buscando una mayor incorporación del conocimiento científico a la práctica clínica, transparencia y capacidad evaluadora. El enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas y los grandes avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información, están modificando la forma en la que los clínicos se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión <sup>7</sup>.

El enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas y los grandes avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información, están modificando la forma en la que los clínicos se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión.

La investigación clínica se ha incrementado de forma explosiva y esta profusión de información se acompaña de notables dificultades para localizar, de forma eficaz y rápida, aquella que se necesita. Es necesario disponer de sistemas capaces de ordenarla, para lo que se han desarrollado métodos consistentes y transparentes, que permiten sopesar y sintetizar la evidencia resultante de múltiples estudios. Hemos de considerar que los hallazgos de un único estudio raramente son definitivos, mientras que la replicación de los mismos, en diferentes estudios y en múltiples ámbitos, especialmente si están bien diseñados, proporciona un grado creciente de certeza. Aparte de los problemas de interpretación cuando los resultados son contradictorios. Las revisiones sistemáticas, basadas en técnicas cuantitativas que evalúan

y sintetizan un cuerpo de investigación en un área determinada, facilitan la labor del clínico para transferir, de forma adecuada, la investigación clínica a la práctica diaria.

Además está en marcha una verdadera revolución en el campo de la tecnología de información sanitaria que afecta tanto a médicos como a pacientes. Por una parte, es posible disponer de la información necesaria en el punto de atención (donde se precisa y en el momento en que se precisa) y esa misma información está disponible para los pacientes con el consiguiente incremento de su capacidad para juzgar el cuidado que están recibiendo. Por otra parte, esa misma tecnología, permite conocer cómo se está desarrollando el trabajo clínico e identificar dónde y por qué la práctica y la evidencia divergen <sup>8</sup>.

No cabe duda que la medicina está cambiando en cuanto a cómo gestiona su conocimiento y cómo lo comparte con los pacientes y las guías forman parte de este cambio. En el mundo de hoy la evidencia es global pero las decisiones son locales y se toman en circunstancias concretas sobre pacientes concretos. Para que los profesionales tomen las decisiones correctas han de disponer de información de calidad que se pueda interpretar y aplicar en aquel sitio donde se precisa. De tal cúmulo de necesidades y avances ha surgido la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y los nuevos enfoques en gestión de la información científica.

## Nuevos productos de información

De la necesidad de disponer de conocimientos que se ajusten a las necesidades clínicas (esquemas diagnósticos ante problemas concretos, explicaciones detalladas de diferentes tratamientos, recomendaciones ante situaciones de incertidumbre, etc.) surgen nuevos y diferentes productos de información que pretenden tener esa función. En pocas palabras, es preciso disponer de información sencilla en su localización, adecuada al problema, válida, precisa, aplicable al paciente concreto, fácil de comprender y accesible en el punto de atención al paciente <sup>9</sup>.

Pronto se advierte que no es fácil que un único sistema sea capaz de ofrecer todas estas características. Por ejemplo los libros accesibles en línea, ofrecen la posibilidad de acceder a textos clásicos permanentemente actualizados a través de Internet. Sin embargo siguen teniendo algunas limitaciones: en muchas ocasiones no es posible que entren en el nivel de detalle preciso para resolver problemas concretos y en contadas ocasiones evalúan la calidad de los estudios en los que basan sus afirmaciones.

Otra de las dificultades es que el gran volumen de información limita su uso por los clínicos que toman decisiones. Para evitar esto surgieron nuevas herramientas <sup>7</sup>, como las revisiones sistemáticas (revisión en la que se han utilizado métodos específicos y apropiados para evaluar críticamente y resumir los estudios que tratan de una pregunta definida) o el meta análisis (técnica estadística que puede formar parte de las revisiones sistemáticas para combinar los resultados de diversos estudios, ponderando por el mayor número de eventos y la calidad de los mismos).

De la necesidad de disponer de información con alto nivel de detalle para resolver situaciones concretas o para tomar decisiones en situación de incertidumbre y aprovechando la experiencia de otros profesionales, en los años 70 surgieron en EE.UU. varias iniciativas como el método de adecuación RAND-UCLA y las Conferencias de Consenso National Institutes of Health Norteamericanos. Esta iniciativa, en su origen informal, progresivamente ha adoptado un formato más estructurado dando lugar a una síntesis de experiencias y a la formulación de recomendaciones prácticas a través del movimiento MBE y también de las Guías de práctica clínica (GPC), para tratar de aproximar las recomendaciones a la realidad <sup>10</sup>.

Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es 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 (Institute of Medicine).

## ¿Qué son las guías de práctica clínica?

Aunque esta denominación se ha extendido a diferentes productos, las GPC de buena calidad son documentos donde se plantean preguntas específicas y se organizan las mejores evidencias científicas disponibles para que, en forma de recomendaciones flexibles, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas.

La definición de las GPC que más comúnmente podemos encontrar en la literatura científica es la propuesta por el Institute of Medicine, en 1990 y que las define como: "el 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" <sup>11</sup>. Su finalidad primordial consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes.

Entre los objetivos más importantes que se buscan con las GPC están los de mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello, educar a los profesionales y a los pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población <sup>12</sup>.

En términos generales, podemos distinguir diferentes tipos de GPC dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración <sup>13</sup>:

- Basadas en la opinión de expertos
- Basadas en el consenso.
- Basadas en la evidencia.

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud

En estas últimas la metodología empleada en su elaboración (tanto en la búsqueda de la literatura científica como en la síntesis de la evidencia para construir las recomendaciones finales) se realiza de forma sistemática, explícita y reproducible, siguiendo unos determinados pasos. Sin embargo, a pesar de la amplia proliferación que tienen las GPC en la actualidad, la mayoría de las publicadas en nuestro país siguen sin tener las principales características que se acaban de mencionar, propias de las que están basadas en la evidencia <sup>14</sup> y en algunos casos poca credibilidad por no objetivar los posibles conflictos de interés <sup>15</sup>.

Existen otros instrumentos orientados a ayudar al clínico que adoptan diferentes denominaciones según escuelas y corrientes, como son los protocolos y las vías clínicas <sup>16</sup>. Todos estos términos tienen en común ser elaborados para mejorar la calidad asistencial y facilitar el trabajo diario en la toma de

decisiones, pero son herramientas distintas y las diferencias estriban fundamentalmente en lo siguiente:

- Los protocolos suelen ser documentos que señalan los pasos a seguir convenidos entre los interesados ante un problema asistencial, con carácter normativo y sin presentar las alternativas. Idealmente, deben ser desarrollados por equipos multidisciplinares y formar parte de iniciativas de mejora de la calidad o de estrategias de implementación de guías, adaptándolas localmente de acuerdo con los recursos disponibles y las posibilidades de gestión. En nuestro país, tradicionalmente se han realizado de forma poco rigurosa, dando más peso a criterios de autoridad que fundamentados en la evidencia <sup>14</sup>. Un ejemplo podrían ser los protocolos de actuación en hipertensión o los pasos a seguir en la profilaxis antibiótica en cirugía.
- Las vías clínicas se elaboran con el objeto de ofrecer también las distintas directrices que deben seguirse para operativizar las actuaciones ante situaciones clínicas determinadas en pacientes que presentan patologías con un curso clínico predecible. En la vía quedan establecidas las secuencias en el tiempo de cada una de las actuaciones que deberán realizarse por todos los profesionales que van a intervenir en el cuidado de estos pacientes (anestelistas, cirujanos, enfermeras..) Por ejemplo especificando quién hace cada una de las acciones durante el ingreso de pacientes que van a ser sometidos a colecistectomía electiva mediante cirugía laparoscópica.

## ¿De qué necesidades y por qué surgen las GPC?

Entre los diferentes aspectos que pueden motivar la necesidad de elaborar una GPC y por lo tanto de donde surgen también los temas para su desarrollo <sup>17,18</sup>, están los siguientes:

- Cuando existe una amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas áreas de práctica clínica.
- Ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios niveles asistenciales.

- Cuando una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbi-mortalidad de determinadas enfermedades.
- En circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud.

El origen y utilidad de las GPC puede enfocarse desde diferentes perspectivas:

- Por un lado la visión de los profesionales sanitarios, entre los que existe cada vez más una mayor aceptación de las GPC y en este sentido la respuesta puede tener relación con las preferencias y el modo de trabajar de los clínicos, que ante el rápido crecimiento científico demandan cada vez más directrices prácticas transparentes y basadas en las mejores evidencias que les ayuden a resolver los problemas de sus pacientes y disminuir la variabilidad entre los distintos profesionales <sup>19</sup>.
- Por otro lado también están las preferencias y deseos de los gestores sanitarios. En este caso, las GPC se perciben como instrumentos que favorecen la eficiencia porque promueven la mejor calidad asistencial posible optimizando los recursos <sup>20</sup>.

Las GPC son herramientas diseñadas para solucionar problemas. Su función principal debe ser ayudar a tomar decisiones en el momento y lugar en el que se presentan las dudas

Las GPC tienen algunos aspectos en su contra, en los siguientes sentidos <sup>21,22</sup>:

- Son costosas de elaborar por el gran esfuerzo de análisis de la práctica, sistematización de las decisiones que necesitan ser guiadas y síntesis de evidencias que requieren.
- A veces no dan la respuesta a las dudas principales que surgen en la práctica clínica diaria, especialmente cuando no hay suficientes evidencias como para responder a todas las situaciones en las que podría ser necesaria una GPC. Puede ser necesario realizar un proceso de adaptación local en guías producidas a nivel nacional.
- No todas las GPC están elaboradas con las mejores evidencias y a veces el clínico puede tener dificultades para elegir la mejor opción encontrada.
- Tampoco son reglas fijas de actuación, sino que las recomendaciones que propone la GPC, deberán integrarse en la práctica con las preferencias tanto de los clínicos como de los pacientes y con las circunstancias de cada lugar de trabajo y esto requiere habilidades en la adaptación local y en la comunicación con los usuarios.
- La decisión final sobre cuál es el procedimiento clínico más apropiado puede resultar incierto a pesar de la GPC, porque tendrá que tener en cuenta la situación clínica concreta en la que ha surgido el problema, considerando el contexto en el que se plantea y las preferencias del paciente.

## Aspectos prácticos del uso de GPC

Las GPC son herramientas diseñadas para solucionar problemas. Si bien es posible que se utilicen como texto de estudio, su función principal debiera ser ayudar a tomar decisiones en el momento y lugar en el que se presentan las dudas. Hay que saber con antelación a su desarrollo si la guía pretende iluminar una zona de incertidumbre científica, superar un conjunto de barreras o incentivar una práctica poco aceptada, pero útil.

Por eso, es importante que se analice correctamente el contexto en el que se van a usar las guías y si realmente responden a problemas de calidad asistencial que sean abordables mediante GPCs. En un momento determinado será importante preguntarse: ¿Lo que se necesita es una GPC o existen otras posibilidades de abordar el problema? Además de contar con una adecuada gestión del conocimiento, las iniciativas de mejora de la calidad pueden poner el énfasis en distintos aspectos, como la mejora de los procesos, la evaluación de resultados, la acreditación, certificación profesional, la formación, etc. Cualquiera de estos enfoques puede interesar desde un punto de vista profesional o de gestión de unidades o centros, en cada caso será necesario elegir las estrategias e instrumentos más adecuados, entre los que las GPCs son un instrumento de gran importancia, pero no el único<sup>23,24</sup>.

Dadas sus características, las GPC son herramientas muy útiles de trabajo. Fruto de ese convencimiento, en la última década, se han desarrollado miles de documentos desde diferentes instancias, hasta el punto de crearse una verdadera epidemia. Un análisis de la situación en España realizado recientemente revelaba que<sup>15,25</sup>:

- Existen múltiples iniciativas (Agencias de Evaluación de Tecnologías, gobiernos autónomos, sociedades científicas e instituciones proveedoras de salud), pero con escasa o nula sistemática y coordinación en la producción.
- Entre los promotores también se encuentra la industria, que favorece la producción de GPC, a menudo como medio de difusión de sus productos.
- Se detecta un problema conceptual, utilizándose el término "guías" en documentos que realmente son protocolos internos de actuación de unidades asistenciales. Cabe recordar de manera general que los protocolos son de aplicación más local, inmediata, y autoaceptados por acuerdo buscando un beneficio convenido.
- Incluso dentro de los documentos que pueden considerarse GPC, existe escasa fundamentación en la evidencia científica de las recomendaciones, algunas sin aportar bibliografía y sin actualizar tras la primera versión.
- Existen GPC de todo tipo con repeticiones e inconsistencias entre las mismas.

Ante este panorama es importante impulsar y favorecer los proyectos que aborden las GPC como herramientas dentro del ciclo de calidad y como motor del cambio de la práctica profesional. Es cierto que en la última década se han dado grandes pasos con iniciativas como el AGREE, las bibliotecas de guías o la Red Internacional de Guías (G-I-N), o GuiaSalud (financiada por el Ministerio de Sanidad y Consumo) y la Red MBE-Guías (financiada por el FIS hasta 2006). Sin embargo, la implantación real de su uso en la práctica diaria es relativamente modesta. Los problemas alcanzan tanto a los "productores" como a los "receptores". La composición de equipos redactores, la financiación o la difusión adecuada son algunos de los problemas que afectan a los primeros. Los profesionales por su parte tienen una actitud positiva ante las GPC y se consideran útiles, una buena fuente de ayuda en la consulta y un buen instrumento educativo, pero son muchos los que creen que son demasiado rígidas para aplicarlas a pacientes individuales, que sobre simplifican la realidad o que reducen la autonomía de decisión<sup>12</sup>.

En un mundo con exceso de información, de difusión global, y complejidad creciente de los problemas clínicos, las decisiones se toman a nivel local y para pacientes individuales. En este proceso de acomodación de las evidencias a la realidad, las GPC debieran de aportar conocimientos y experiencias útiles para tomar decisiones bien fundamentadas en situaciones de incertidumbre. Que sirvan de ayuda real y mejoren la calidad de la asistencia no depende sólo de las actitudes de los profesionales ante las mismas, sino también del apoyo institucional y las mejoras en su desarrollo e implementación<sup>25</sup>.

## Bibliografía

1. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter?. A Wren study. *Ann Fam Med* 2004; 2: 405-410. [PubMed] [Texto completo]
2. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ* 1999; 319: 358-361. [PubMed] [Texto completo]
3. Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Gómez de la Cámara A, ed. *Manual de Medicina Basada en la Evidencia*. Madrid: Carpio; 1998. p 15-24.
4. Wennberg J, Cooper M (eds). *The Dartmouth atlas of health care*. Chicago: American Hospital Association Press; 2008. Disponible en <http://www.dartmouthatlas.org/>
5. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYSS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005;1:17-36. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org>.
6. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *NEJM* 2001; 344: 677-678. [PubMed]
7. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based Decision Making: Global Evidence, Local Decisions. *Health Affairs* 2005; 24: 151-162. [PubMed]
8. WHO. World report on knowledge for better health. Geneva: World Health Organization; 2004. [Texto completo]
9. García Gutierrez J, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica en Internet. *Aten Primaria* 2001; 28:74-9. [PubMed].
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developers' handbook. [Internet] Edinburg : SIGN; February 2001; January 2008 [acceso 12/2/2009]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>
11. Field MJ, Lohr KN, eds. *Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency*. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academic Press; 1990. p. 58.
12. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317(7162):858-861. [PubMed] [Texto completo]
13. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med*. 1992;152:946-5.
14. Saturno PJ, Antón JJ, Murcia JF. Variabilidad en la protocolización de la captación, diagnóstico y valoración inicial del paciente hipertenso en 40 centros de salud. *Med Clin*. 2000;114 (supl 2):14-9.
15. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutierrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C et al. Las guías que nos guían ¿son fiables?. *Rev Clin Esp*. 2005 ;205(11):533-40 [PubMed]
16. Briones E, Vidal S, Navarro A, Marín I. Grupo Redeguías. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(16):634-635.
17. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:527-30. [PubMed] [Texto completo]
18. Calderón Sandubete E, Marín Leon I, Briones Pérez de la Blanca E, Pérez B, Grilo Reina A, Pastor Torres LF. Mapa de evidencias para el tratamiento de la angina inestable en la cabecera del paciente. Etapa preliminar para el desarrollo de una guía de práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 supl 2:19
19. Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)*, 2003; 120: 496-497. [PubMed](#)
20. Foy R, Walker A, Penny G. Barriers to clinical guidelines: the need for concerted action. *British Journal of Clinical Governance* 2001; 6:166-174. [[Resumen](#)]
21. Bonfill X. Algunos apuntes para impulsar una atención sanitaria basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (Supl 3):2-6.
22. Cabana MD et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-65. [PubMed]
23. Davis DA, 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. [PubMed] [Texto completo]
24. Martín Muñoz P, Ruiz-Canela J, Guerra de Hoyos J, Rivas L. Guías de práctica clínica: cómo separar el grano de la paja. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000; 5:73-88. [[Texto completo](#)]
25. Briones E, Marín I, Villar E. Cambiando la Práctica Profesional teoría y práctica de la implementación de las Guías de Práctica Clínica. (traducción al español del informe: Thorsen T, Makela M publicado por el DSI, Changing Professional Practice - methodology for guidelines implementation). Sevilla, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). 2002.
26. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust*. 2002; 177:502-6. [PubMed] [Texto completo]



## Bibliografía comentada

1. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter?. A Wren study. *Ann Fam Med* 2004; 2: 405-410. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]

Un médico de familia atiende, cada día, al menos a 35 pacientes durante su consulta ordinaria. Es evidente que cada una de estas consultas se transforma en un número indeterminado de problemas, clínicos y no clínicos, que el médico ha de intentar resolver. A pesar de las implicaciones que esto tiene sobre la calidad de la asistencia prestada y sobre las posibilidades de educación postgrado, este aspecto de la práctica clínica ha sido poco estudiado. Para conocerlo se reclutó a 29 médicos de Wisconsin (USA) que comunicaron los resultados de sus vistas a 572 pacientes y se analizaron las diferentes notas clínicas derivadas del encuentro. Se definió problema como aquel aspecto sobre el cuál el clínico precisó de información para tomar una decisión durante la consulta. Se pudo apreciar que los médicos manejan un promedio de 3.05 problemas por consulta, que asciende a otras 3.88 en pacientes mayores de 65 años y hasta 4.60 en los sujetos diabéticos. Esto refleja la diversidad y complejidad del trabajo asistencial y pone de manifiesto la necesidad de disponer de herramientas rápidas y eficaces para enfrentarse a las dudas que surgen en la asistencia clínica diaria. Este artículo analiza el problema de una forma sencilla y efectiva. Hemos de tener en cuenta que existen muchas dificultades para conocer en profundidad las dudas de los clínicos. En este caso se confrontaron las informaciones de la autodeclaración de dudas con los diferentes registros clínicos, lo que incluyó tanto los comentarios evolutivos como los costes declarados. Posiblemente éste sistema de análisis es el que más se acerca a la realidad por lo que este artículo se ha convertido en una referencia a seguir en los estudios de índole similar.

2. Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)*, 2003; 120: 496-497. [[Medline](#)]

Es evidente que una práctica clínica correcta incluye tomar las decisiones correctas en todos los pacientes. De este concepto, protocolizar la asistencia, y de la amplia variabilidad clínica observada, surgió la necesidad de disponer de herramientas capaces de ofrecer la mejor información de forma simple, rápida y transparente. Tras otras iniciativas previas, en la década de los noventa, surgieron las guías de práctica clínica. Puede entenderse que las guías representan una evolución de los antiguos protocolos abarcando dimensiones más amplias. En el presente artículo se expone una reflexión sobre los sistemas de desarrollo, financiación, divulgación e implantación de estas herramientas de trabajo. Su lectura permite conocer de forma rápida la situación de las guías de práctica clínica en nuestro país.