

Factores que limitan el uso de las guías de práctica clínica

Factors that limit the use of clinical practice guidelines

Carlos Walter Contreras-Camarena¹

RESUMEN

OBJETIVOS. Determinar los factores que limitan la utilización de las GPC, grado de uso y el perfil del médico usuario. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de junio a agosto del 2007. Se entrevistó a 26 internistas con un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas. **RESULTADOS.** Los principales factores asociados al bajo uso de las GPC fueron: no se discutieron en consenso (22,7%), no disponían de las guías clínicas en la atención (18,2%), se hallaban desactualizadas (13,6%). Causas menos frecuentes: las GPC no se basaban en evidencias, desconocían la existencia de las guías, la economía del paciente no permitía su uso, eran muy rígidas, la infraestructura sanitaria no permitía su uso, habían sido modificadas por los colegas y no eran prácticas. El 2,3% de internistas refirió no usar las guías por el deseo de aplicar su experiencia. El grado de uso de las guías fue 38,5%. Los que tuvieron mayor probabilidad de usar las GPC fueron los internistas que realizaban docencia, publicaban trabajos de investigación y eran miembros de por lo menos una sociedad científica. **CONCLUSIONES.** La mayor parte de factores limitantes están relacionados a debilidades en la elaboración de las guías de prácticas clínicas. Los factores limitantes reportados, en menor medida, fueron dependientes de la actitud del médico y del equipamiento e infraestructura hospitalaria.

PALABRAS CLAVES. Guías práctica clínica, Factores limitantes, Medicina interna.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To determine the factors that limit the use of clinical practice guidelines (CPG), degree of use and the physicians' profile that use them. **MATERIAL AND METHODS.** A cross sectional, descriptive, observational study was carried out in the Internal Medicine department, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, from June to August 2007. Twenty six internists were interviewed with closed and opened questions. Data were collected in an elaborated form. **RESULTS.** The main factors associated to the low use of the CPG were: the lack of discussion in consensus (22,7%), not available

CPG during the medical attention (18,2%), outdated CPG (13,7%). Less relevant factors were not evidence-based GPC, ignored the existence of the guidelines, patient' economy that did not allow their use, their rigidity, the sanitary infrastructure that did not allow their use, they had been modified by colleagues and the lack of versatility. A small percentage (2,3%) referred not to use the them because of desire to gain his own experience. The degree of use of the guides was 38,46%. The internists that taught medicine, published papers and were members of at least one scientific society had more probabilities of using the CPG. **CONCLUSIONS.** Weaknesses in the elaboration and implementation of the clinical practice guides were the most frequent factors that limit their use; and, besides, the physician's attitude and the hospital facilities contribute to it.

KEY WORDS. Clinical practice guideline, Limiting factors, Internal medicine.

1. Médico internista del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Profesor auxiliar de Medicina Interna de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Ricardo Palma.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos de gestión elaborados sistemáticamente que sirven para mejorar la calidad de atención e incrementan la eficacia de las decisiones médicas debido a sus recomendaciones que están basadas en evidencias. A pesar de todo esto, existen múltiples factores que dificultan su adherencia y utilización de las mismas.

Las GPC no aparecieron hasta 2 400 años después de Hipócrates; sin embargo, estamos seguros que el mismo padre de la medicina hubiera apoyado el uso de los mismos. “Los médicos tienen la obligación profesional de estar al tanto de las guías clínicas basados en evidencia y usarlos siempre que sean aplicables”, afirma David Nash, decano del Jefferson Medical College, de Filadelfia, EE UU. Nash es el director fundador del Instituto de Política Sanitaria y Resultados Clínicos del Thomas Jefferson University Hospital y ocupa la mayor parte de su tiempo en el desarrollo de herramientas que miden el impacto del uso de las guías clínicas.

Durante décadas se han discutido las ventajas, desventajas, aspectos éticos, políticos, legales y métodos de desarrollo de las guías clínicas pero, a pesar de haberse comprobado su beneficio cualitativo en la atención médica, muchas veces son dejadas de lado por los médicos. Contar con buenas guías de práctica clínica no garantiza su uso en la práctica médica.¹

El objetivo final de las guías de práctica clínica (GPC) es mejorar la calidad de atención debido a que son diseñadas para promover las intervenciones de beneficio probado y desaconsejar aquellas cuya utilidad no ha sido probada. Pero para su implementación requiere cumplir una serie de requisitos, como fiabilidad, validez, flexibilidad, reproducibilidad y disciplinario que disponga de tiempo, entusiasmo y un adecuado financiamiento.² Expertos en guías clínicas sugieren que vale la pena el uso de estas guías porque mejora la calidad de atención, aplica medicina basada en evidencia, brinda protección médico-legal, disminuye los costos en salud, evita la sobreutilización de recursos y uniformiza los procedimientos que varían dramáticamente entre los especialistas en las diferentes regiones geográficas incluso dentro de un mismo país. De ahí el amplio interés por las GPC que durante décadas se tiene en Europa, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia y África.³

La adopción de las guías clínicas como propias por parte de los médicos y su consecuente aumento del uso de estos, traducirá en beneficios para las instituciones de salud públicas; lo que permite mejorar la eficacia y opti-

mizar la utilización de los recursos, al reducir la estancia hospitalaria, la formulación de las drogas, procedimientos diagnósticos y cirugías innecesarias.⁴ La fortaleza de las GPC es utilizar la medicina basada en la evidencia, entendida esta, como la práctica de integrar la habilidad y experiencia individual con la mejor evidencia clínica disponible, derivada de una investigación sistemática.⁵

Las investigaciones señalan diversidad de factores que limitan la real adherencia a las guías clínicas, así tenemos; rigidez de las guías, tendencia a obtener experiencia propia, falta de recursos para aplicarlos, pérdida de la autonomía profesional, desconocimiento de su existencia, carecen de revisiones rigurosas y sistemáticas, falta de familiaridad con la guía, se encuentran desactualizadas, ausencia de consenso en su elaboración, creencia que la presencia de la guía cambie el comportamiento del paciente, falta de expectativas en el resultado, son poco prácticas, inercia de su costumbre, y barreras como falta de tiempo o resistencia del paciente a las recomendaciones.^{3,6,7-9,11-13}

Michael Cabana¹¹ refiere, “si el problema es que no se conocen, entonces habrá que socializarlas. Si lo que sucede es que no hay acuerdo, tendremos que trabajar más de cerca con los actores directos junto con líderes de opinión”. La calidad de las guías y las sospechas de que sirven solo para reducir los costes es un factor que dificulta la adherencia a las guías clínicas. No obstante, la forma en la que están hechas es el asunto más preocupante. Debemos aprenderlas de memoria y la mayoría están elaboradas en forma de árbol, en una secuencia de blanco o negro que elimina la consustancial ambigüedad de la medicina. Se necesita que estén hechas de forma cómoda, para que el médico conozca los problemas, las evidencias y las opciones de un vistazo.

Se han propuesto múltiples estrategias para incrementar el grado de uso de las guías: ofrecer un sistema interactivo para su uso, involucrar al paciente para aplicar sistemas de recordatorio, sistema electrónico de apoyo a la toma de decisiones, auditoría y retroalimentación, entre otras. Estas medidas no han demostrado incrementar la adherencia del médico a las guías.^{8-10,18,19}

Es importante destacar que las GPC, a pesar de haber sido realizadas con la mejor intención, tienen limitaciones y peligros potenciales. Probablemente, la principal limitación es que las recomendaciones puedan ser equivocadas para pacientes individuales por diferentes motivos.³

El objetivo principal del estudio fue determinar los factores que limitan el uso de las guías de práctica clínica.



MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) de Lima, entre junio y agosto de 2007. El departamento de Medicina Interna (DMI) cuenta con seis salas de hospitalización, de 40 camas cada una. Cada sala cuenta con seis médicos internistas, incluido el jefe de servicio. El DMI tiene 20 guías de práctica clínica que involucran a las enfermedades más prevalentes de nuestro medio. Tabla 1. Estas guías fueron aprobados en marzo de 2005.

Se entrevistó a 26 médicos de los seis servicios del departamento de Medicina Interna que al momento del estudio se encontraban laborando como hábiles.

Fueron excluidos los jefes de servicio y el jefe de departamento porque sus labores eran mayormente administrativas; los médicos asistentes cuyo tiempo de servicio era menor de un año, por considerarse un año el tiempo necesario para que pueda ser socializado la existencia de las GPC; y, finalmente, se excluyó los médicos que se encontraban de vacaciones.

La entrevista se realizó en un ambiente adecuado y en forma individual. Se utilizó una ficha semiestructurada para recolectar datos del perfil del clínico. El cuestionario recogía datos como: edad, sexo, situación laboral (nombrado o contratado), publicación de trabajos y/o artículos médicos en los dos últimos años, modalidad

por la que realizó estudios de especialización en Medicina Interna (escolarizada o no escolarizada), actividad docente universitaria, ponencias en certámenes académicos en los dos últimos años y, finalmente, si usaba o no las GPC. En quienes la respuesta era 'no', se realizó la pregunta abierta para que explique las razones que dificultan el uso de las GPC existentes.

Se determinó frecuencias absolutas y relativas, desviación estándar, promedio, mediana, OR y el ji cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* SPS versión 17.0.

RESULTADOS

De los 26 médicos internistas entrevistados, 19 (73,10%) fueron del sexo masculino y 7 (26,90%) del femenino. La edad promedio fue 41,81 años (1 DE \pm 8,77), la mediana fue 40,50 años (rango: 27-65 años). Veinte (76,92%) fueron internistas escolarizados y 6 (23,08%) no escolarizados. Veintidós (84,62%) eran nombrados y 4 (15,37%) contratados. Diecisiete (65,39%) eran docentes universitarios categorizados como: 14 (82,35%) fueron profesores auxiliares; 1 (5,88%), profesor asociado y 2 (11,76%), profesores principales. Doce (46,15%) tenían estudios de maestría y 4 (15,38%), estudios de doctorado.

Diecisiete médicos (65,40%) fueron expositores de certámenes académicos en los dos últimos años y nueve (34,60%) no realizaron exposición alguna en ese lapso de tiempo. Catorce internistas (53,85%) publicaron artículos de investigación en los dos últimos años y doce (46,15%) refirieron no haber publicado artículos en el tiempo indicado. Catorce (53,85%) de los clínicos pertenecían a la Sociedad Peruana de Medicina Interna, uno (3,84%) a dos sociedades científicas, dos (7,69%) a tres sociedades y nueve (34,61%) no estaban afiliados a ninguna.

Cuando fueron preguntados si tuvieron participación activa en la elaboración de los protocolos del departamento, 19 (73,10%) respondieron afirmativamente y 7 (26,90%) negativamente. Solo 10 internistas del total (38,46%) usaba las GPC.

En la Tabla 2 se muestra el número de respuestas (44), con una media de cuatro respuestas por entrevistado, y la variabilidad de los factores limitantes (11) que proporcionaron los entrevistados respecto al porqué no usan las GPC. La mayoría respondió que las GPC no se discutieron en consenso (22,72%); no contar con la guía en el momento preciso que la requerían (18,18%); que

Tabla 1. Guías de práctica clínicas del departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo

- Infección urinaria
- Desórdenes cardiovasculares
- Hipertensión arterial
- Fiebre tifoidea
- Brucelosis
- Hepatitis viral aguda
- Enfermedad ulceropéptica
- Neumonía aguda
- Sepsis
- Infarto agudo de miocardio no complicado
- EPOC
- Hiperparatiroidismo primario
- Hipoparatiroidismo
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Acromegalia
- Pancreatitis aguda
- Síndrome de Cushing
- Cirrosis hepática

Tabla 2. Factores que limitan el uso de las guías prácticas clínicas (GPC).

Factores	Respuestas	
	n	%
• No se discutieron en consenso	10	22,72
• No dispongo la GPC en el momento requerido	8	18,18
• Se encuentran desactualizadas	6	13,63
• No se encuentran basadas en evidencias	6	13,63
• No sabe que existe las GPC	5	11,36
• La economía del paciente no permite su uso	5	11,36
• Son muy rígidas	4	9,09
• No hay infraestructura ni recursos para usarlas	4	9,09
• Son modificadas por los colegas	3	6,81
• No son prácticas	2	4,54
• Deseo ganar experiencia propia	1	2,27
Total de respuestas	44	100,00

las guías se encuentran desactualizadas y que no están basadas en evidencia (13,63%). Solo un entrevistado manifestó no utilizar las GPC porque deseaba ganar su propia experiencia.

En la Tabla 3 se evidencia que 19 internistas tuvieron participación activa en la elaboración de las guías, pero a pesar de tener participación activa en la elaboración solo las utiliza el 47,36% (9/19). Probablemente, esto ocurre porque las GPC lo elaboran diferentes médicos internistas en forma personal, es decir una guía por cada profesional y luego es presentado al departamento para su respectiva aprobación. El número de internistas que participaron activamente se aproxima al número de guías clínicas existentes en el departamento, lo que sugiere que a cada uno de los entrevistados le asignaron elaborar una de las guías existentes en el departamento de medicina interna. En contraste, los siete médicos que no participaron en la elaboración de las guías solo 3,84% (1/7) usa el documento de gestión (GPC). La posibilidad que sugiere que los internistas que tienen participación activa en la confección de las guías tienen más posibilidad de usarlas no fue significativa.

Los médicos con especialidad escolarizada (residencia médica universitaria) fueron 20 pero de ellos solo el 40% (8/20) usan las GPC, así mismo, los de la modalidad no escolarizada (médicos certificados por su años de experiencia) usan las GPC el 33,33% (2/6). No se encontró diferencia estadística significativa ($p = 0,76$).

Se observó que 17 de 26 internistas realizan docencia universitaria, de estos más de la mitad 9/17 (52,94%) utilizan las GPC, a diferencia de los que no la realizan los que 1/9 (19,11%) usa las GPC. Los internistas do-

Tabla 3. Factores asociados al uso de las guías de prácticas clínicas (GPC).

	Sí usa GPC		No usa GPC		Total	
	N	%	N	%	N	%
• Participación						
– Sí	9	34,6	10	38,4	19	73,1
– No	1	3,8	6	23,8	7	26,9
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0
• Modalidad						
– Escolarizada	8	30,8	12	46,1	20	76,9
– No escolarizada	2	7,7	4	15,4	6	23,1
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0
• Docencia*						
– Sí	9	34,6	8	30,8	17	65,4
– No	1	3,8	8	30,8	9	34,6
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0
• Expositor						
– Sí	7	26,9	10	38,5	17	65,4
– No	3	11,5	6	23,1	9	34,6
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0
• Publicaciones**						
– Sí	9	34,6	5	19,2	14	53,8
– No	1	3,8	11	42,3	12	46,1
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0
• Miembro Asociado*						
– Sí	9	34,6	8	30,8	17	65,4
– No	1	3,8	8	30,8	9	34,6
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0

*P = 0,03 **P = 0,003

centes universitarios están más predispuestos al uso de las GPC. Además, se encontró que los internistas que realizan actividades de docencia universitaria tienen nueve veces más probabilidades de usar las GPC que los que no son docentes universitarios, con significación estadística para esta asociación ($p = 0,03$).

Podemos apreciar que de los 17 (65,38%) médicos que fueron expositores en certámenes académicos en los dos últimos años, 7 usan las GPC disponibles en el departamento de medicina interna, mientras que los que no fueron expositores 9 (34,62%) durante este lapso de tiempo, 3 las utilizan las guías. No se ha encontrado diferencia significativa respecto a la asociación entre las dos variables ($p = 0,69$).

Los internistas que publicaron trabajos de investigación en diversas revistas científicas a nivel nacional fueron 14 (53,84%) y 12 (46,16%) los que no habían publicado trabajos en este periodo. Se encontró que los internistas que publicaron trabajos tuvieron alrededor de 20 veces más probabilidad de usar las GPC que los internistas que no publicaron. Se encontró asociación entre estas dos variables ($p = 0,003$).



Diecisiete internistas (65,37%) eran miembros de al menos una sociedad científica del país: 14 adscritos a una sociedad científica, uno a dos sociedades científicas y dos a tres. Nueve (34,63%) no estuvieron asociados a ninguna sociedad científica del país. Más del 50% (9/14) de los miembros de las sociedades científicas tenía actitudes positivas y usaban las GPC mientras que solo 8,33% (1/11) de los que no eran asociados las usaba. Es decir, los internistas miembros de al menos una sociedad científica tenían nueve veces más probabilidades de usar las GPC que los no asociados ($p = 0,03$).

DISCUSIÓN

El grado de uso de las GPC encontrado en este estudio fue de 38,46%, que concuerda con otros estudios realizados en distintos centros de atención sanitaria. La mayoría de estos estudios^{9,21} reportó escasa utilización de las GPC, entre el 30% y 60%. La mayoría de los reportes reveló que el bajo grado de uso obedece a múltiples causas, pero que principalmente es a la forma cómo se elabora e implementa las GPC y que no es suficiente hacerles participar unilateralmente a todos los involucrados en el uso de la guía. Además, es importante involucrar a la totalidad de los profesionales para debatir la guía y validarla técnicamente, ya sea por consenso o por juicio de expertos^{7,11-13,15,22}. Uno de los estudios⁹ realizó una encuesta estructurada a médicos de familia, en EE UU, que reveló que 69% de los encuestados tuvo un concepto positivo de las GPC pero solo el 44% afirmó usarlas.

En nuestro estudio, el 22,72% de los internistas dijo no usar las GPC porque no se discutieron en consenso y no se involucró a la totalidad de ellos. Esto sugiere que hubo debilidad en la elaboración de la guías, lo que es de gran importancia para su posterior implementación¹⁴ (trasladar la guía a la práctica clínica) y adopción de la guía (obligación de cambiar la práctica clínica). Al no ser elaboradas en conjunto por los internistas, estos no asumen las GPC como suyas. La relevancia que tiene la elaboración de las GPC ha sido resaltada en múltiples publicaciones.^{1,2,12,14-16}

El segundo factor limitante al uso de las GPC es que los internistas no disponen de la guía en el momento de la atención médica (18,18%). La mayoría de ellos conocen de la existencia de las guías en el departamento pero manifestaron que no se le había entregado a cada uno de ellos. La falla en la difusión de las guías explicaría también su escaso uso (38,46%). Es preciso recordar que es difícil conseguir el cambio en el comportamiento de los médicos únicamente con la distribución de las GPC. Si intentamos aumentar el grado de uso de las guías debemos ofrecerles a los clínicos las GPC más prácticas, no ambiguas, actualiza-

das, a colores, con algoritmos y concisas que en lo posible no sobrepasen de dos hojas de contenido.⁹

El 13,63% de los clínicos refirió como tercer obstáculo para el uso de las GPC que estas se encontraban desactualizadas, pero debemos enfatizar que las guías fueron aprobadas en marzo de 2005 y el estudio se realizó en junio de 2007. Por lo tanto, aún mantenían su vigencia. Un estudio realizado en el Centro de Medicina Basada en la Evidencia del Sur de California mostró que más del 75% de las GPC elaboradas por esta agencia se encontraban desactualizadas.⁷ Este trabajo evaluó 17 GPC que abarcaban procesos agudos y crónicos, en adultos y ancianos. Las guías evaluadas habían sido elaboradas entre 1990 y 1996 y estaban todavía en uso durante el año 2000. En siete de ellas tanto los nuevos avances como la opinión de expertos demandaban una revisión completa; seis requerían una actualización menor y tres continuaban siendo válidas. Los autores concluyeron que “la mitad de la guías están desactualizadas a los 5,8 años”. El momento en el que el 90% de las GPC evaluadas estaban todavía vigentes era a los 3,6 años. En general, la recomendación es que las guías deben de actualizarle cada 3 años en promedio. Los resultados de nuestro estudio sugieren que no es que las guías estén del todo desactualizadas si no que existen debilidades en la disseminación e implementación de las GPC. Diferentes trabajos muestran que estas debilidades son las más fáciles de superar, lo difícil es cambiar la conducta y actitud del médico para adherirse a la guía.^{19,20}

El cuarto obstáculo que limitó el uso de las GPC fue que las guías no estaban basadas en evidencias (13,63%). Se pudo comprobar que más del 80% de las GPC estaban basadas en evidencia pero no se mencionaba la categorización de la evidencia (Ia, IIa, IIb...). Para que cumpla sus objetivos las GPC deben de tener la categorización del grado de evidencia y la solidez de la recomendación.² Ellas serán mejor y más utilizadas si tienen vinculación al movimiento de la medicina basada en la evidencia; es decir, lo que se denomina medicina con fundamento científico.

Los datos que refrendan la validez de un procedimiento se encuentran en la revisión sistemática de los ensayos clínicos controlados y aleatorios. Es de enorme importancia definir exactamente el grado de evidencia que hay tras cada recomendación; es decir, si está sustentada en la opinión de un experto, en el consenso o en un metanálisis. Esta última metodología es la auténtica prueba de oro de la evidencia.

Otras barreras para el uso de las GPC fueron: no saber que existían (11,36%), fueron modificadas por los colegas (6,81%) y deseo ganar experiencia propia (2,27%)

que correspondieron a dificultades relacionadas con el internista. Estas dos últimas respuestas difirieron de las respuestas encontrados en otros trabajos publicados.^{10-12,21} La pregunta abierta ¿por qué no usa las GPC? permitió aflorar nuevas respuestas en este campo de la investigación. Otros autores, encontraron respuestas más estandarizadas porque emplearon fichas de encuestas semiestructuradas o estructuradas.^{12,13} Estas dos respuestas dadas por los internistas dependieron básicamente del conocimiento y actitud o comportamiento (desconocían la existencia de la guía, percibían la guía como imposición y hubo resistencia al cambio).^{19,20}

Se encontró también factores limitantes relacionados con el paciente: la respuesta “la economía del paciente no permite su uso” se encontró en el 11,36% de los internistas entrevistados. Esto refleja que, en los países en desarrollo, la situación económica del paciente puede limitar el uso de las GPC. Este obstáculo seguirá encontrándose en los sistemas de salud públicos donde el paciente costea todos los servicios de salud que se le brinda. Caso contrario debería ocurrir en aquellos servicios de salud donde se le brinda todo al paciente. Habría que estudiar si en los pacientes asegurados se tiene menos dificultades para aplicar las GPC.

Otra respuesta recogida de los clínicos fue “no hay infraestructura y recursos necesaria para usar las GPC” (9,09%), que se refirió al equipamiento biomédico y/o infraestructura física.

Finalmente, se encontró que los internistas que realizan docencia universitaria ya sea en pregrado o posgrado, los que publicaron trabajos de investigación en los dos últimos años y los que están adscritos al menos a una sociedad científica de nuestro país fueron los que tuvieron más probabilidades de usar la GPC.

No se ha podido encontrar asociación entre sexo, edad, años de servicio, conocimientos de idiomas, condición laboral ni con la modalidad en la especialización.

Sería recomendable que antes de diseñar las GPC debe hacerse un plan de implementación, que debe ser adaptado al medio y a las circunstancias locales, preguntarse ¿a qué población va a estar dirigida? y tener en cuenta los recursos disponibles. Involucrar a la totalidad de usuarios de las GPC y otros profesionales que intervienen en el cuidado del paciente para la patología específica que se está diseñando la guía (multidisciplinaria). Describir objetivos realistas de la implantación de las GPC. Utilizar previamente la auditoría para analizar los vacíos o deficiencias existentes: ¿qué se está haciendo en el momento actual? y ¿qué cambios deben suceder?

Preparar a los profesionales para el cambio, explicándoles, con tiempo y entusiasmo, los objetivos de las GPC. Seleccionar cuales serán los mensajes claves que propone la GPC (algoritmo, resumen, recomendaciones, a colores, cuadros, etc.). Identificar cuales son los factores que podrían interferir o limitar el uso de las GPC.^{11-13,17,20-22} Implementar la infraestructura hospitalaria del lugar donde se va a implementar la guía. Considerar el costo del plan de implementación (elaboración, difusión e implementación). Recopilar la información de alto rigor científico de la literatura mundial, adaptarlo a su nivel de complejidad de su centro asistencial y categorizar el nivel de evidencia para cada una de las recomendaciones.

Las GPC deben ser editadas en forma concisa, ya que no son revisiones extensas sino extractos que ayudan a la toma de decisiones. Por lo tanto, deben ser claras, aprobadas en consenso, no deben faltar en la consulta, ser válidas, fiables y reproducibles. En la edición se debe considerar que la GPC tendrá más adherencia al clínico si es presentado con formatos adecuados, a colores, con algoritmos, categorización de la evidencia, y debe ser elaborados por un equipo multidisciplinario.¹⁹

El último paso es evaluar el impacto de la implementación de las GPC. Cuáles han sido los cambios obtenidos en los resultados, no solo a corto plazo, si no como se va manteniendo a lo largo del tiempo. El patrón de oro para medir la efectividad de una GPC es el ensayo clínico aleatorio por conglomerados, pero es complejo y costoso. Otros diseños pueden incluir estudios antes-después con grupo control, estudios antes-después sin grupo control, el control estadístico de procesos (*flow chart*) u otros métodos como la monitorización de indicadores de calidad asociados a la GPC (indicadores de calidad de prescripción o de datos procedente de historias clínicas informatizadas).^{6,16}

En conclusión, encontramos que la mayoría de las respuestas de los internistas acerca de la subutilización de las GPC corresponde a factores que dependen de la elaboración, difusión, diseminación, implementación y adopción de la guía. Así tenemos: “no se aprueban en consenso”, “no dispongo de la guía”, “están desactualizados”, “son muy rígidos”, “no están basados en evidencia” y “no son prácticos”. Los otros dos grupos de factores limitantes para el uso de las guías es compartido proporcionalmente entre las barreras que dependen del médico (no saben que existe, son modificadas por los colegas y deseo de ganar experiencia propia) y las dificultades que dependen de la infraestructura institucional (la economía del paciente no permite sus uso, no existe la infraestructura necesaria).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feder G, Eccles M, Grol R, et al. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728-30.
2. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Clinical guidelines: Developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593-96.
3. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
4. Shapiro DW, Lasker R, Bindman AB, et al. Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Ann Rev Public Health* 1993;14:219-41.
5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, et al. Evidence based medicine: What's it is what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
6. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
7. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the agency for Healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001;286:1461-67.
8. Mottur-Pilson C. Internist' Evaluation of guidelines. *International Journal of Quality in Health Care* 1995;7(1):31-37.
9. Wolff M, Bower DJ, Marbella AM, et al. US family physician's Experiences with practice guidelines. *Fam Med* 1998;30(2):117-121.
10. Tunis SR, Roberts SA, Hayward R, Wilson MC, et al. Internist' Attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994;120(11):956-63.
11. Cabana MD, Rand CS, et al. Why do not Physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Jama* 1999;282 (15):1458-65.
12. Medina F, Mirapeix, AB, Henarejos M, et al. Factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos, según la opinión de los fisioterapeutas de los centros de salud de la región de Murcia. *Medifan* 2001;11(6):325-30.
13. Medina F, Lilo MC, Mantilla J, et al. Opinión de los fisioterapeutas sobre los factores que influyen en el uso de los protocolos. *Estudio cualitativo. Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):632-38.
14. Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K. Do practice guidelines guide practice? The effect of consensus statements on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989;321:1036-41.
15. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC: National Academy Press, 1992.
16. Grimshaw JM, Thomas RE, Maclennan G, Fraser C, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004;8(6):1-84.
17. Farquhar CM, Kofa EV, Sultsky JR. Clinicians' attitudes to clinical guideline: A systematic review. *Med J Aust* 2002;177:502-6.
18. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence local decisions. *Health Aff* 2005;24:151-162.
19. Thorsen T, Makela M. Cambiar la práctica de los profesionales Sevilla: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía, 2002.
20. Foy R, Walker A, Penny G. Barriers to clinical guidelines: the need for concerted action. *British Journal of Clinical Governance* 2001;6:166-74.
21. Domínguez JP, Chafer-Rudilla M, García-Fernández C, et al. Uso de las guías de práctica clínica por los médicos de un hospital general. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):232-7.
22. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: The relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994;32:202-13.

Correspondencia a: Dr. Carlos Walter Contreras Camarena, contrerashndm@hotmail.com

Financiamiento: el estudio fue autofinanciado por el autor.
Declaración de conflicto de intereses: el autor declara no tener potenciales conflictos de intereses de ninguna índole.

Fecha de recepción: 20-06-09.
Fecha de aceptación: 30-06-09.