

Guías de práctica clínica en internet: cómo separar el grano de la paja

P. Martín Muñoz*, J. Ruiz-Canela Cáceres**,
J. Antonio Guerra de Hoyos***, L. Rivas Aguayo****

*Pediatría. Consultorio de Palmete.

**Pediatría. CS de Torreblanca.

***Medicina Interna. CS de Torreblanca.

****Medicina Preventiva y Salud Pública. Distrito de AP.
Sevilla.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 73-88

Resumen

Las guías de práctica clínica son recomendaciones para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada ante problemas clínicos específicos. El método utilizado para su desarrollo puede ser la opinión de expertos, el consenso formal de expertos y el basado en la evidencia. Desde el punto de vista de calidad metodológica, interesa conocer el panel de miembros, la identificación y síntesis de la evidencia y el método utilizado para la construcción de las recomendaciones, valorando además su posibilidad de generalización, aplicabilidad, consistencia e impacto clínico.

Una estrategia eficiente de selección de guías de práctica clínica en internet debería iniciarse en entidades elaboradoras de documentos de calidad contrastada. Solo en caso de no encontrar una respuesta adecuada acudiríamos a los diferentes directorios y almacenes de guías disponibles en la red, y finalmente a Medline, pero entonces sería necesario realizar una lectura crítica de los resultados obtenidos. Las "Guías de los usuarios de la literatura médica" y el "instrumento AGREE" pueden ser utilizados para la valoración general de una guía y los métodos utilizados en la elaboración de la misma.

Utilizando un escenario clínico hipotético en pediatría, presentamos un ejercicio práctico de búsqueda y elección de una guía de asma infantil.

Palabras clave: Guía de práctica clínica, Literatura médica, Información, Medicina basada en la evidencia.

Abstract

Clinical guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances. Current methods for developing practice guidelines include informal consensus development, formal consensus development, and evidence-based guideline development. The key elements of the methodology are (a) that guidelines are developed by multidisciplinary groups; (b) they are based on a systematic review of the scientific evidence; and (c) recommendations

are explicitly linked to the supporting evidence and graded according to the strength of that evidence. Guideline developers must make a considered judgment about the generalisability, applicability, consistency, and clinical impact of the recommendations.

Searches for guidelines may start covering Internet sites that develop good quality evidence-based clinical guidelines. Only if the search didn't find the answer you need, you would carry out an extensive search to identify other resources on the web, and Medline in the final step, but then a critical appraisal is needed. The "Users' guides to the Medical Literature" and the "AGREE instrument" can be used to help make an informed judgement about the overall quality and methods that were used to develop a guideline.

We undertook a hypothetical search to retrieve a good guideline focused on asthma in children.

Key words: Clinical guidelines, Medical literature, Information, Evidence-based medicine.

Introducción

Las guías de práctica clínica (GPC) (ver la sección de enlaces de la página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en <http://www.aepap.org>) son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada ante problemas clínicos específicos¹.

El desarrollo sistemático de una guía hace referencia a la utilización de una metodología científica, rigurosa y explícita en la elaboración de la misma, y sus recomendaciones deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, tener en cuenta las circunstancias particulares de cada caso y considerar las preferencias de los pacientes².

Las GPC intentan dar respuesta a una serie de problemas concretos de la asis-

tencia sanitaria actual, derivados entre otros de:

- La llamada "paradoja de la información" donde, a pesar de la abundante literatura médica disponible (libros de texto, revistas, artículos de investigación primarios y secundarios, etc.), la incertidumbre en la toma de decisiones no disminuye, fruto de la imposibilidad por parte del clínico de controlar la avalancha de información existente y, a veces, con resultados contradictorios³.

- La existencia de variabilidad en la práctica clínica no explicable por las preferencias de los pacientes o sus circunstancias clínicas concretas, que supone una amenaza no solo para los pacientes (por la posibilidad de no recibir la actuación más efectiva dentro de las diferentes opciones o por recibir intervenciones no efectivas o incluso perjudiciales), sino también para la financiación de los sistemas sanitarios⁴.

– El rápido desarrollo tecnológico, junto con las presiones de la industria farmacéutica, que hacen que en ocasiones comiencen a utilizarse en la práctica habitual nuevas tecnologías o intervenciones sin una evaluación adecuada, que considere todas sus consecuencias tanto a corto como a largo plazo.

– La demanda creciente por parte de la población, tanto en la utilización de los servicios sanitarios como en sus necesidades de información y participación en la decisión sobre las posibles opciones de tratamiento.

Ante estos problemas, las guías intentan promover las intervenciones apropiadas para el paciente con una calidad técnica alta y buscando la satisfacción de sus necesidades, contando con su participación y al coste más bajo posible⁵. Por otra parte, suponen un intento de organizar el conocimiento científico existente en el tema que abordan, para detectar posibles lagunas de conocimiento y así orientar la futura investigación científica⁶.

Tipos de GPC

Habitualmente se suelen utilizar en la literatura una serie de términos similares, aunque no siempre equivalentes, para describir las recomendaciones clínicas (guías, algoritmos, consensos, pro-

tolos, estándares, etc.). Interesa diferenciar, no obstante, de qué tipo de documento se trata, independientemente del nombre con el que se denomine. Podemos clasificar las recomendaciones para la práctica clínica:

1. Por el tipo de participantes en su elaboración y el ámbito de aplicación:

– De carácter multilateral y ámbito internacional, nacional o regional: son recomendaciones de carácter general, poco flexibles y aplicables en todos los casos, las elaboran las autoridades o expertos de prestigio y suelen ser costosas, tanto en tiempo como en dinero.

– De carácter y ámbito local: son recomendaciones más concretas y prácticas, adaptadas a la realidad en que se va a aplicar, incluyen muchos participantes locales, tienen en cuenta las prioridades y recursos locales, y son más baratas.

En la clínica habitual, lo ideal sería combinar ambos tipos, partiendo de una guía nacional o regional que pudiera ser sometida a evaluación crítica y adaptación local, identificando además las posibles barreras para su aplicación.

2. Por el método de desarrollo:

– Opinión de expertos.

– Consenso formal de expertos.

– Consenso de usuarios finales, incluyendo los pacientes.

– Basadas en la evidencia.

Las diferencias en el método de elaboración de una guía pueden afectar a la calidad y validez de la misma (Tabla I). Se puede establecer una jerarquía en este sentido según que las recomendaciones sean más o menos explícitas y basadas en la evidencia⁷.

Búsqueda de guías de práctica clínica

La localización de las GPC puede resultar difícil para el clínico habituado a conseguir la información que necesita en revistas científicas y bases de datos

como Medline, pues hasta hace poco este tipo de documentos, aunque disponibles en internet⁹, no estaban indizados en la misma.

Aunque no hay establecido un procedimiento contrastado de búsqueda, existen determinados organismos oficiales y asociaciones profesionales que tienen una larga tradición en la elaboración de guías de gran calidad. Una buena estrategia puede iniciarse (primer nivel) consultando las recomendaciones de tales instituciones, ya que es un procedimien-

Tabla I. Diferencias entre métodos para la elaboración de GCP⁸		
Opinión de expertos	Consenso	Basado en la evidencia
No estructurado	Estructurado	Estructurado
Rápido y barato	Lento y caro	Lento y caro
Informal	Formal	Formal
Potenciales conflictos de intereses, y un único punto de vista seleccionado	Muchos participantes Diferentes puntos de vista	Explícito Método reproducible
Evidencia implícita	Evidencia implícita	Evidencia explícita
Definición de experto según contenido	Posible enfrentamiento entre los participantes	Metodología formal y rigurosa
Desavenencias entre expertos	Como el consenso es la meta, se puede llegar a él a expensas de la evidencia	Todos los métodos y decisiones están disponibles para ser revisados
Estrategias sesgadas en el muestreo de los resultados de las investigaciones	Puede haber sesgos en la selección de estudios	Muestreo riguroso, explícito y reproducible

to rápido y que no necesita por lo general la posterior valoración crítica de los resultados obtenidos (Tabla II).

No obstante, posiblemente no encontremos respuesta a muchos de los problemas clínicos a los que habitualmente nos enfrentamos, pues la producción de este

tipo de documentos es limitada, dada la enorme cantidad de recursos necesarios para su elaboración. Por ello, en un segundo nivel, podemos consultar otras entidades que, o bien elaboran recomendaciones propias, o bien funcionan como directorios o almacenes de guías elabora-

Tabla II. Organizaciones que desarrollan guías de práctica clínica	
AHRQ Clinical Practice Guidelines	http://text.nlm.nih.gov
American Academy of Pediatrics	http://www.aap.org/policy/paramtoc.html
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/index.htm
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	http://www.ctfphc.org
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/cphome.htm

Tabla III. Centros que almacenan GPC	
National Guideline Clearinghouse	http://www.guidelines.gov/index.asp
CPG Infobase	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
EBM Guidelines	http://www.ebmsolutions.com/sample.html ^(*)
GPC-Universidad de S. Francisco	http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines
^(*) Precisa suscripción	

das por otros. A diferencia del nivel anterior, aquí podemos recuperar información de calidad muy diversa, siendo necesario un proceso de valoración crítica posterior que nos ayude a elegir el documento de mayor validez de los obtenidos (Tabla III). En Clearinghouse disponemos para ello de la posibilidad de generar una selección y comparación automática múltiple.

Únicamente si no encontramos una respuesta satisfactoria por los procedimientos anteriores estaría indicada una búsqueda en las bases de datos habituales (tercer nivel), sobre todo Medline a través de PubMed¹⁰. En este caso también resulta obligada la lectura crítica y evaluación de la literatura recuperada.

Otro procedimiento alternativo de búsqueda que puede utilizarse también de entrada sería la base de datos TRIP¹¹, iniciada en 1997 como un intento de recuperar conjuntamente todas las fuentes basadas en la evidencia disponibles en internet, aunque sus resultados en el caso de guías de práctica clínica pueden ser limitados y no siempre adecuados a nuestras necesidades.

Valoración crítica de las guías de práctica clínica

El proceso de elección de una GPC incluye no solo la búsqueda y recuperación de la misma, sino que requiere

además una valoración de la calidad de su contenido, pues a menudo el profesional se encuentra ante protocolos, informes, guías, etc., de distinta procedencia y con recomendaciones diferentes e incluso contradictorias¹².

Los criterios para la valoración de una GPC pueden variar pero, desde el punto de vista metodológico, deben poner énfasis fundamentalmente en:

- El panel de desarrollo.
- El procedimiento de identificación y síntesis de la evidencia.
- El método utilizado para la construcción de las recomendaciones.

El *panel* que desarrolla la guía debe ser multidisciplinario, integrado tanto por profesionales relevantes relacionados con el problema de salud de que se trate como por pacientes, siendo un número óptimo entre seis y diez personas (médicos, enfermeras, especialistas de hospital, técnicos de salud pública, representantes de los pacientes y de la administración, etc.); un número menor posiblemente no reúna suficiente experiencia y uno mayor tendría dificultad de cohesión y liderazgo. Los profesionales de Atención Primaria deben estar adecuadamente representados, y es aconsejable también que uno de los miembros sea experto en liderar grupos. Debe existir además un soporte administrativo

para facilitar la operatividad del panel (tomar notas, concertar reuniones, recuperación de evidencias, etc.).

La *identificación de la evidencia* se puede realizar de diversas formas y con diferente calidad metodológica: consultas a especialistas y expertos, revisiones no sistemáticas, revisiones sistemáticas, literatura gris (cartas a director, actas de congresos, estudios no publicados, etc.). Cuanto más exhaustiva haya sido la búsqueda y mayor el número de fuentes consultadas, más validez tendrán los resultados. De igual forma, es importante tener en cuenta la *síntesis*

de la evidencia realizada, siendo necesaria una jerarquización de la información recogida en distintos niveles (ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes, casos-controles, series de casos, etc.)¹³⁻¹⁵ (Tabla IV).

La *construcción de las recomendaciones* es el último elemento a considerar en la valoración de una guía (opinión de expertos, consenso formal, basadas en la evidencia, etc.). Pasar de los resultados de la investigación científica a la recomendación para un paciente concreto en una situación determinada supone un salto cualitativo que integra además de la

Tabla IV. Niveles de evidencia⁶	
1 ⁺⁺	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados (ECA) o ECA con riesgo de sesgos muy bajo.
1 ⁺	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos bajo.
1 ⁻	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos alto.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles. Estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes y casos-controles con riesgo de sesgos alto y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (p. ej. serie de casos).
4	Opinión de expertos

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ o 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

evidencia otros factores no menos importantes. En este apartado, los miembros del equipo deben sopesar la aplicabilidad, posibilidad de generalización e impacto clínico de sus sugerencias. A grandes rasgos, hay tres cuestiones que siempre deben ser consideradas al analizar una intervención:

1. *¿Cuál es realmente el efecto?* Una vez hemos comprobado que el estudio se ha realizado correctamente desde el punto de vista metodológico, es necesario valorar el tamaño del efecto de la misma (la significación estadística).

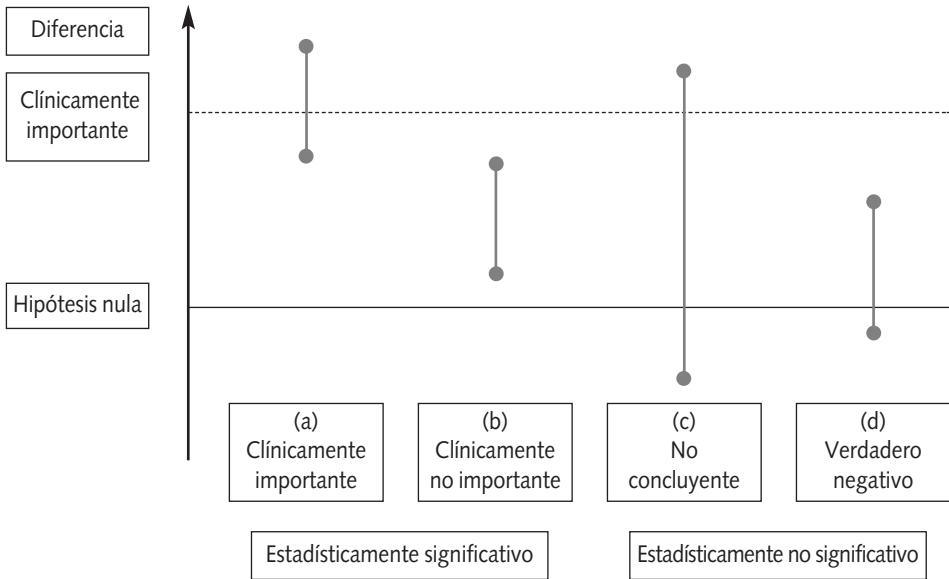
2. *¿Es clínicamente importante?* La significación estadística no siempre conlleva una relevancia clínica suficiente como para tomar en consideración los resultados obtenidos en la práctica habitual (Figura 1).

3. *¿Es aplicable la evidencia en la práctica habitual?* Las circunstancias particulares, recursos disponibles, etc. pueden hacer que una evidencia no se lleve a la práctica¹⁶.

La posibilidad de sesgo al incorporar elementos subjetivos en este momento del proceso de elaboración de una guía es grande, y de ahí que sea necesario tener en cuenta los distintos ángulos del problema (equipo multidisciplinario), así como fundamentar explícitamente en qué ha basado el grupo cada recomendación y cómo ha interpretado la evidencia. Resulta aconsejable, además, otorgar distinta "fuerza" a las recomendaciones, según el nivel de evidencia en que se basan (Tabla V).

Para facilitar la evaluación de todas estas dimensiones y conocer la calidad de

Figura 1. Diferencia entre significación estadística e importancia clínica⁷



Notas:

Las líneas verticales representan el IC 95% en torno a la diferencia entre el tratamiento y el control:

- (a) Diferencia estadísticamente significativa y clínicamente importante.
- (b) Diferencia estadísticamente significativa y clínicamente no importante.
- (c) Diferencia no estadísticamente significativa e importancia clínica no clara.
- (d) Diferencia no estadísticamente significativa y clínicamente no importante.

las GPC se han venido desarrollando instrumentos en forma de listas de comprobación para aplicar a las mismas. Entre los más utilizados destacamos los criterios de evaluación crítica de la literatura científica desarrollados por el *Evidence Based Medicine Group* y publicados en *JAMA*¹⁸⁻¹⁹ y el proyecto AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe)²⁰.

Guías para el usuario de la literatura médica

A final del los años setenta un grupo de epidemiólogos clínicos de la Universidad de McMaster, liderados por David Sackett²¹ comienza a trabajar sobre una serie de artículos dirigidos a ayudar a los clínicos en la evaluación crítica de los artículos que se publican en las revistas clínicas. Dicha iniciativa, con la colaboración

de cincuenta clínicos, lleva a la publicación en JAMA entre 1993 y 2000 de una serie de veinticinco artículos para orientar en la evaluación de artículos de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, revisiones, guías, etc. Dichos artículos ofrecen una lista de comprobación basada en unos criterios relativamente simples y no muy numerosos, con una serie de preguntas a formular en relación al artículo a evaluar y agrupadas en tres bloques:

- 1) Validez metodológica del artículo.
- 2) Resultados que aporta.
- 3) Aplicabilidad de los resultados a los pacientes concretos.

Cada uno de estos bloques permite

una evaluación cualitativa para emitir un juicio sobre el artículo, aunque no permite una evaluación cuantitativa con una puntuación global de la calidad del mismo. En cada lista de comprobación se consigna una serie de orientaciones o pistas tras cada pregunta destinadas a que el lector pueda orientarse en las respuestas. En el primer bloque existen preguntas de eliminación, de forma que si el artículo a evaluar no las supera, su validez queda tan comprometida que no merece la pena seguir con la evaluación.

La lista de preguntas para evaluar las guías de práctica clínica puede consultarse en la Tabla VI.

Tabla VI. Lista de comprobación (JAMA) para valorar la calidad de una guía

¿Son válidas las recomendaciones?

Guías primarias

- ¿Estaban claramente especificadas todas las opciones y resultados previsible importantes?
- ¿Existe un procedimiento explícito y razonable, que se haya utilizado para identificar, seleccionar y combinar las evidencias?

Guías secundarias

- ¿Se utilizó un procedimiento explícito y razonable para considerar el valor relativo de las distintas recomendaciones?
- ¿Es probable que la guía responda a desarrollos importantes recientes?
- ¿Ha sido sometida la guía a una valoración por expertos (*peer reviewed*) y ha sido comprobada?

¿Cuáles son las recomendaciones?

- ¿Son prácticas y clínicamente importantes las recomendaciones realizadas?
- ¿Cuál es la fuerza de estas recomendaciones?
- ¿Cuál es el impacto de la incertidumbre asociada a la evidencia y a los valores utilizados en las guías?

¿Le ayudarán estas recomendaciones en la atención a sus pacientes?

- ¿Es el objetivo principal de la guía consistente con sus objetivos?
- ¿Se pueden aplicar las recomendaciones a sus pacientes?

El instrumento AGREE

Es un instrumento "genérico" (cualquier enfermedad o área), desarrollado por un grupo internacional de expertos para evaluar la calidad de todo tipo de GPC (sesgos potenciales en el desarrollo, validez externa e interna de las recomendaciones, aplicabilidad clínica) evaluando los beneficios, daños, costes y aspectos prácticos de su aplicación, así como la probabilidad de alcanzar los resultados y dirigido a gestores sanitarios, clínicos y educadores en evaluación crítica²². Consta de seis dominios cada uno de los cuales intenta captar diferentes dimensiones de la guía:

- Alcance y objetivo (objetivo general, población diana, pregunta inicial).
- Participación de los implicados (hasta qué punto recoge las perspectivas de las personas a las que va dirigida).
- Rigor en la elaboración (recopilación y síntesis de la evidencia y formulación de las recomendaciones).
- Claridad y presentación (formulación y lenguaje).
- Aplicabilidad (implicaciones sobre la organización, conductas y costes).
- Independencia editorial (conflictos de interés potenciales de las personas que la han desarrollado).

Cada dominio o área está compuesto por criterios (hasta un total de veintitres

ítems), cuyo grado de cumplimiento se valora en una escala de cuatro puntos: (4) muy de acuerdo (se ha cumplido por completo), (3) de acuerdo (no hay seguridad completa, pero el grado de cumplimiento es alto), (2) en desacuerdo (no hay seguridad completa, pero el grado de cumplimiento es bajo); y (1) muy en desacuerdo (no se ha cumplido en absoluto o no consta la información).

La puntuación total para el dominio, variable según el número de evaluadores (mínimo dos, pero aconsejables cuatro), se estandariza mediante la fórmula: (puntuación obtenida – mínima puntuación posible) dividido por (máxima puntuación posible – mínima puntuación posible).

Las puntuaciones de los seis dominios son independientes y no se agregan en una única puntuación cualitativa ni existen puntos de corte para calificar una guía como buena o mala, pero sí permiten comparar entre sí los dominios de diferentes guías.

Nuestro problema clínico

Con el fin de realizar un ejercicio práctico sobre la utilidad de las guías de práctica clínica en pediatría podemos escoger un problema complejo pero habitual en la clínica: el asma infantil.

El asma es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la infancia, con una tendencia ascendente que refleja un verdadero incremento en la incidencia y un mejor diagnóstico de la enfermedad. El pediatra de Atención Primaria está sometido a un bombardeo incesante de información y precisa conocer esta entidad en muchos aspectos clínicos relevantes.

Siguiendo el esquema esbozado anteriormente sobre la búsqueda de documentos de interés, iniciaríamos el proceso intentando localizar una guía de calidad que no necesitara lectura crítica (pri-

mer nivel) y en este caso tenemos la suerte de contar con una guía escocesa elaborada por SIGN. El proceso se detendría en este momento y solo sería necesario ver la aplicabilidad en nuestros pacientes de sus recomendaciones.

No obstante, y con fines didácticos, si tuvieramos que pasar al segundo nivel podríamos realizar una consulta en la *National Guideline Clearinghouse*²³, utilizando su herramienta de comparación de guías (Figura 2).

Finalmente, y una vez completados los niveles anteriores, podemos realizar también con fines didácticos una búsqueda

Figura 2. Pantalla de comparación de guías en Nacional Guideline Clearinghouse.

	Comm Collab Healthc Qual 1998 May	World Health Organ/Natl Heart Lung Blood Inst NIH 1995 Jan (revised 2002)	Finn Med Soc Duodecim 2001 Jan 4 (revised 2001 Dec:30)	Inst Clin Syst Improve 1994 Aug (revised 2002 May)
TITLE:	Long term management of asthma by reclassification in children < 5 years old.	Global initiative for asthma: Global strategy for asthma management and prevention	Long-term management of asthma.	Diagnosis and management of asthma.
ADAPTATION:	The guideline was adopted from the National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 2 Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997 Jul (reprinted	Not applicable. Guideline was not adopted from another source.	Not applicable. Guideline was not adopted from another source.	Not applicable. Guideline was not adopted from another source.

Figura 3. Resultado de la búsqueda en PubMed.



- 1 Effects of early treatment on the progression of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S196-S219.
- 2 Written action plans compared to medical management alone. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S183-S191.
- 3 Use of antibiotics to treat asthma exacerbations. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S180-S183.
- 4 Combination therapy: addition of other long-term-control medications to inhaled corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S169-S180.
- 5 Long-term management of asthma in children: safety of inhaled corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S160-S168.
- 6 Long-term management of asthma in children: effectiveness of inhaled corticosteroids compared to other medications. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5 Suppl): S147-S160.
- 7 [Clinical Practice Guidelines. Therapeutic education of the adult and adolescent asthmatic patient. June 2001]. *Rev Pneumol Clin* 2002; 58 (3 Pt 1): 169-184.
- 8 [Therapy education for the adult and adolescent asthma patient]. *Rev Mal Respir* 2002; 19 (2 Pt 2): 254-84.
- 9 British guideline on the management of asthma. *Thorax* 2003; 58 Suppl 1: i1-94.
- 10 Boulet LP, Becker A, Berube D, Beveridge R, Ernst P. [Summary of the recommendations of the Canadian Consensus Conference on Asthma 1999. Canadian Asthma Consensus Group]. *CMAJ* 1999; 161 (11 Suppl Resume): SF1-14.
- 11 Boulet LP, Becker A, Berube D, Beveridge R, Ernst P. Canadian Asthma Consensus Report, 1999. Canadian Asthma Consensus Group. *CMAJ* 1999; 161 (11 Suppl): S1-61. Canadian Asthma Consensus Report.
- 12 D'Urzo AD. Controlling asthma. Highlights of the 1999. *Can Fam Physician* 2000; 46 (4): 895-4.
- 13 Frischer T, Eber E, Eichler I, Horak E, Riedler J, Gotz M et al. [Consensus guidelines for drug therapy of bronchial asthma in children and adolescents. Austrian Society of Pediatrics and Adolescent Medicine and Austrian Society for Lung Diseases and Tuberculosis]. *Wien Klin Wochenschr* 1999; 111 (21): 900-902.
- 14 Kemp JP. Guidelines update: where do the new therapies fit in the management of asthma? NHLBI and WHO Global Initiative for Asthma. *Drugs* 2000; 59 Suppl 1: 23-28.
- 15 Motala C, Kling S, Gie R, Potter PC, Manjra A, Vermeulen J et al. Guideline for the management of chronic asthma in children-2000 update. Allergy Society of South Africa Working Group. *S Afr Med J* 2000; 90 (5 Pt 2): 524-8, 530, 532.
- 16 Van Asperen P, Cahill A, Alexander K, Henry R. Discharge guidelines for children with acute asthma: a consensus statement. *J Paediatr Child Health* 2001; 37 (6): 539-541.
- 17 Van Asperen PP, Mellis CM, Sly PD. The role of corticosteroids in the management of childhood asthma. *Med J Aust* 2002; 176 (4): 168-173.
- 18 Von Mutius E. Presentation of new GINA guidelines for paediatrics. The Global Initiative on Asthma. *Clin Exp Allergy* 2000; 30 Suppl 1: 6-10.
- 19 Wettengel R, Berdel D, Hofmann D, Krause J, Kroegel C, Kroidl RF et al. [Asthma therapy in children and adults. Recommendations of the German Respiratory League of the German Society of Pneumology]. *Med Klin* 1998; 93 (11): 639-650.
- 20 Worth H, Meyer A, Folgering H, Kirsten D, Lecheler J, Mag-nussen H et al. [Recommendations by the German Airway League for sports and physical exercise in patients with obstructive lung disease]. *Med Klin* 2000; 95 (3): 123-129.

en Medline usando el MESH "asthma" y combinando con el tipo de publicación "practice guideline", limitando a niños menores de dieciocho años y cinco años de publicación. El resultado en este caso incluye veinte citas (Figura 3).

La revisión de la consulta en Medline permite restringir los resultados si eliminamos las citas que corresponden a la misma publicación, las que se refieren al asma en adultos y las publicaciones en alemán. Al final nos quedaríamos con cuatro guías:

- *British guideline on the management of asthma*²⁴ (SIGN 2003).
- *National Asthma Education and Prevention Program Report*²⁵ (NAEPP 2002).

- *The Global Initiative on Asthma*²⁶ (GINA 2000).
- *Canadian Asthma Consensus Report*²⁷ (CMAJ 1999).

Resolución de nuestro escenario clínico

Aunque para el lector común no es necesario utilizar una revisión por pares, en nuestro caso cuatro evaluadores de manera independiente han valorado las guías de práctica clínica seleccionadas, utilizando el instrumento AGREE traducido al castellano por el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Vasco²⁸. Las puntuaciones globales obtenidas por cada guía se ven en la Tabla VII.

Tabla VII. Resultados de la evaluación de las guías con el instrumento AGREE

Áreas	1	2	3	4	5	6
Guía	Alcance objetivo	Participación implicados	Rigor elaboración	Claridad presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Canadian Asthma Consensus Report (CMAJ 1999)	0,83	0,44	0,25	0,71	0,22	0,25
The Global Initiative on Asthma (GINA 2000)	0,83	0,40	0,42	0,60	0,31	0,25
National Asthma Education and Prevention Program Report (NAEPP 2002)	0,50	0,35	0,52	0,23	0,06	0,58
British guideline on the management of asthma (SIGN 2003)	1,00	0,75	0,96	0,98	0,78	0,63

Podemos comprobar que la guía que mayor puntuación alcanza en todas las áreas y ocupa el primer lugar para todos los evaluadores es la elaborada por SIGN, y serían entonces sus recomendaciones las que intentaríamos aplicar a

nuestros pacientes. Con la estrategia de búsqueda presentada habríamos localizado dicho documento inicialmente de forma rápida (primer nivel), ahorrando tiempo y esfuerzos.

Bibliografía

1. Field MJ, Lohr KN (Institute of Medicine). Guidelines for clinical practice. From development to use. National Press Academy; Washington: 1992.
2. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-6.
3. Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ* 1998; 317: 862-3.
4. 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.
5. Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995. (AHCPRpublication No 95_0045).
6. 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.
7. Browman G, Gómez de la Cámara A, Haynes B, Jadad A, Gabriel R. Herramientas para la práctica de la medicina basada en la evidencia (y II). Desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia: de abajo-arriba. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 267-270.
8. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med* 1992; 152: 946-52.
9. García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica en Internet. *Aten Primaria* 2001; 28: 74-9.
10. National Library of Medicine (National Center for Biotechnology Information). URL disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>
11. Turning Research Into Practice (TRIP). URL disponible en: <http://www.tripdatabase.com>
12. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR, Gaona Ramón JM, Gascón Cánovas JJ, y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Características de las guías clínicas de Atención Primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. *Aten Primaria* 2001; 28 (8): 525-34
13. Robin H, Juliet M, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-6.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN guidelines: an introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines. Edinburgh: SIGN; 1999.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook.

ok (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50; 2001.

16. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995; 345: 840-2.

17. Berry G. Statistical significance and confidence intervals. *Med J Australia* 1986; 144: 618-9.

18. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1995; 274 (7): 570-4.

19. Wilson MC, Hayward RS, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guides to the Medical Literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. B. what are the recommendations and will they help you in caring for your patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1995; 274 (20): 1630-2.

20. The AGREE collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.

21. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg

WM, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. London: Churchill-Livingstone; 1997.

22. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument. URL disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>

23. National Guidelines Clearinghouse. URL disponible en: <http://www.guidelines.gov/index.asp>

24. British guideline on the management of asthma (SIGN 2003). URL disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign63.pdf>

25. National Asthma Education and Prevention Program Report (NAEPP 2002). URL disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>

26. The Global Initiative on Asthma (GINA 2000). URL disponible en: <http://www.ginasthma.com>

27. Canadian Asthma Consensus Report (CMAJ 1999). URL disponible en: http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/161/11_suppl_1/s1.pdf

28. Colaboración AGREE. Evaluación de guías de práctica clínica: Instrumento AGREE (2001). URL disponible en: http://www.euskadi.net/sanidad/os_teba

