

# Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano, como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica

Fabricio González-Andrade<sup>1</sup>, Gabriela Aguinaga Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

Rev Fac Cien Med (Quito), 2014; 39(2): 56-65

**Resumen:** El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador venía utilizando protocolos de atención clínica como instrumentos de rectoría, regulación y control de la calidad de la práctica profesional, sustentada fundamentalmente en la experiencia y el juicio personal. Desde el 2012, se inicia un proceso integral de re-estructuración y sistematización de los instrumentos normativos existentes en el MSP. La percepción general es que por primera vez en nuestro país, existe un camino apropiado para armonizar la práctica profesional médica tan heterogénea hasta ahora. Al menos existen dos innovaciones básicas en las guías ecuatorianas. Primero, incorporan buenas prácticas locales relacionadas sobre todo con los aspectos de medicina tradicional, en particular, con aquellas prácticas que aunque no tienen suficiente evidencia pueden ser recomendadas en el contexto local y; segundo, incorporan al final del documento los medicamentos que se avalan por la guía y que se utilizarán en la futura elaboración del Cuadro Nacional Básico de Medicamentos. Para que la salud se desarrolle y sea de calidad, así como para un aprovechamiento adecuado de los recursos, la ciencia necesita ser una parte integral de los servicios de salud. Cuanto más limitados sean los recursos, más importante es que las decisiones clínicas estén científicamente justificadas. Es aquí donde las Guías de Práctica Clínica juegan un rol trascendental y deben ser implementadas de forma mandatoria en los programas de educación médica.

**Palabras clave:** Guías de Práctica Clínica; implementación; educación médica; Ecuador; cambios del sistema de salud; medicina basada en evidencia.

**Abstract:** The Ministry of Health (MOH) of Ecuador had been using clinical care protocols as instruments of stewardship, regulation and control of the quality of professional practice, based primarily on experience and personal judgment. Since 2012, a comprehensive process of re-structuring and systematization of existing policy instruments in the MoH starts. The general perception is that for the first time in our country exists an appropriate way to harmonize professional medical practice. At least there are two basic innovations in the Ecuadorian guides. First, they incorporate local best practices related mainly to aspects of traditional medicine, in particular those practices that do not have sufficient evidence but may be recommended in the local context; second, it incorporates into the final document the medications to be used in the future National Drug Basic Table. For health grow and make quality and for proper use of resources, science needs to be an integral part of health services. The more limited the resources the most important is that clinical decisions are scientifically justified. This is where the Clinical Practice Guidelines play a major role, and should be implemented on a mandatory in medical education programs.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento – No comercial – Sin obras derivadas 4.0 International Licence

**Keywords:** Clinical Practice Guidelines; implementation; medical education; Ecuador; changes in health system; evidence-based medicine.

**Correspondencia:** Fabricio González-Andrade, MD, PhD; Quito-Ecuador. Email: fabriciogonzaleza@gmail.com

**Recibido:** 12/12/13 • **Aceptado:** 10/02/14

## Introducción

Tradicionalmente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador venía utilizando protocolos de atención clínica como instrumentos de rectoría, regulación y control de la calidad de la práctica profesional, sustentada fundamentalmente en la experiencia y el juicio personal. Desde el mes de mayo 2012, el ministerio a través de la Dirección Nacional de Normatización inicia un proceso integral de re-estructuración y sistematización de los instrumentos normativos existentes en el MSP<sup>1</sup>, siendo las Guías de Práctica Clínica (GPC) el principal elemento del cambio y que se caracterizan por utilizar la evidencia científica como fundamento del conocimiento. En este nuevo proceso se implementan las GPC como herramientas destinadas a estandarizar el ejercicio profesional en nuestro país.

Se debe señalar que el MSP, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho del pueblo ecuatoriano a la salud<sup>2</sup>.

Cada día los profesionales de la salud se enfrentan a decisiones diagnósticas y terapéuticas que usualmente presentan un grado de exactitud variable, en un contexto asistencial en el que ejercen presión diferentes fuerzas. Estas diferencias pueden deberse a varias causas como son la incertidumbre, en la que no existe evidencia científica que defina el valor de los posibles métodos diagnósticos o tratamientos, la ignorancia, en la que existe evidencia científica, pero el médico la desconoce o no la actualiza; presiones externas, en las cuales el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero el contexto obliga al uso de otros abordajes; recursos limitados ya que no siempre se dispone de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado, por lo que se utiliza una alternativa y; las preferencias del paciente, bajo el concepto de consentimiento informado, en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia, por lo que su escala de valores define sus preferencias<sup>3</sup>.

En los países desarrollados las GPC se han implementado como una estrategia para disminuir la variabilidad en la atención, mejorar la calidad y hacer más racional la prestación de los servicios de salud<sup>4</sup>. Las GPC responden al desarrollo de la investigación científica, por lo que utilizan como método la Medicina Basada en Evidencia (MBE), que de acuerdo a David Sackett se la define como "...el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, en la toma de decisiones sobre la atención de pacientes individuales"<sup>5</sup>.

La MBE es un proceso que lleva más de 40 años en el mundo, y se origina con los trabajos pioneros de Cochrane en 1972<sup>6</sup>, quien habla sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas. John Wennberg en 1973 escribe sobre la variabilidad de la práctica clínica<sup>7</sup>. Iván Illich y Tomás McKeown en 1976, realizan una crítica a la medicina<sup>8</sup>. El concepto de basado en pruebas se expresó como tal, por primera vez por David Eddy en 1982<sup>9</sup>. El concepto de medicina basada en evidencia, se estableció por influencia del grupo de trabajo en MBE de la Universidad McMaster en Ontario, Canadá, en 1992<sup>10</sup>. A partir de esa época, este método prolifera en todo el mundo llegando a romper los paradigmas existen.

Estas nuevas ideas sobre el modo de enseñar, aprender y practicar la medicina, que permite además establecer un adecuado juicio de valor sobre la propia competencia, generaron una crisis en los modelos tradicionales de prestación médica, dada por factores como el difícil manejo del crecimiento exponencial en calidad, cantidad y complejidad de la información biomédica, las dificultades inherentes de acceso a la información y puesta al día por parte del médico, las evidencias que muestran que, por distintos factores, los resultados de las investigaciones no se ven reflejadas con eficiencia y eficacia en la actividad asistencial, la crisis financiera que soportan los sistemas de salud, el desarrollo explosivo de la tecnología informática, y el sorprendente fenómeno tecnológico y cultural que acompaña el advenimiento de Internet.

A esto se acompaña, el hecho de que el pensamiento médico ha evolucionado desde el dogma a la evidencia, pasando por la inferencia y la experiencia, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Evolución del pensamiento médico

| Dogma  | Predicción patológica (inferencia deductiva)  | Experiencia (evidencia deductiva o analógica)              | Evidencia  |
|--|---|--|--|
| Esto es así porque siempre lo ha sido... porque lo dijeron los clásicos o... porque lo dice la autoridad | Esto debe ser así porque lo predice el conocimiento vigente, fisiopatológico/ farmacológico | Esto es así porque lo he visto en muchos otros casos igual | Esto es así porque se ha probado con el método científico. |

La toma de decisiones clínicas que utiliza la MBE sigue tres pasos básicos en su proceso de desarrollo: primero, la búsqueda y hallazgo de la literatura médica original y relevante, seguido de la lectura crítica de la misma y el establecimiento de su nivel de evidencia para interpretarla correctamente, considerando que el razonamiento tradicional fisiopatológico es insuficiente para tomar decisiones clínicas; segundo, la experiencia clínica y el conocimiento sistemático del contexto de esa práctica y, finalmente, las preferencias del paciente<sup>12</sup>.

En el proceso mismo de la MBE se siguen cuatro pasos: formulación de una pregunta clínica clara y precisa a partir de un problema clínico dado; la búsqueda de la literatura de artículos originales relevantes y apropiados para el problema; la evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados (nivel de evidencia) y; la aplicación de los resultados a la práctica clínica al paciente tomando en cuenta su contexto y sus preferencias<sup>13</sup>.

La MBE se conceptualiza como el arte de probar lo que se dice, por lo cual se pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y de esta manera conjugar más adecuadamente la teoría con la práctica. Para ello se requiere tener conocimientos teóricos básicos en epidemiología y estadística. Su objetivo final es eminentemente práctico<sup>14</sup>. En resumen, es una combinación de elementos conceptuales que provienen de la clínica, la epidemiología y la estadística. Esta evidencia puede ser aplicada tanto a nivel individual como a nivel de grupos poblacionales, como se explica y se muestra en la tabla 2.

La atención de salud basada en evidencias es fundamental sobre todo para la gestión de centros y establecimientos de salud, gestión

de organizaciones, evaluación de tecnologías sanitarias, Salud Pública, financiación sanitaria, e implementación de políticas públicas en salud.

**Tabla 2.** Aplicaciones de la evidencia

|            | Medicina Basada en la Evidencia (MBE)                                   | Atención de salud basada en la evidencia (ASEB)   |
|------------|---|---|
| Objetivo   | Toma de decisiones clínicas en pacientes individuales                   | Toma de decisiones clínicas en grupos o poblaciones   |
| Gestión    | Microgestión (gestión clínica)  | Meso y macrogestión   |
| Aplicación | Detección<br>Prevención<br>Diagnóstico<br>Tratamiento<br>Rehabilitación | Gestión de centros<br>Gestión de organizaciones<br>Evaluación de tecnologías<br>Salud Pública<br>Financiación sanitaria<br>Política sanitaria |

Una GPC es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre la atención en salud más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica<sup>16</sup>. En términos generales toda GPC, tiene dos secciones: primero, contiene definiciones y un marco teórico con referencias científicas y; segundo, la descripción de las intervenciones a utilizarse como diagnóstico y tratamiento, justificadas a través de evidencias científicas. La evidencia sólo se utiliza cuando se describe una intervención médica<sup>17</sup>.

## Métodos

**Enfoque:** en el proceso de construcción de las GPC se utilizó la MBE como método básico, el mismo que a su vez utiliza el método científico como fundamento. El enfoque incorporó la metodología de construcción de escenarios de aprendizaje basado en problemas. Se requirió construir una metodología única, consensuada, robusta y científica basada en los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia.

**Proceso de gestión:** los elementos considerados por el equipo ecuatoriano en la formulación de

**Gráfico 2.** Baremo para selección de GPC

| Criterio                      | Prioridad baja   | Valor 1 | Prioridad media  | Valor 2 | Prioridad alta  | Valor 3 | Total |
|-------------------------------|--|---------|--|---------|---|---------|-------|
| <b>Magnitud (prevalencia)</b> | Está entre la causa 51 y 100 de mortalidad y/o morbilidad en el último año |         | Está entre la causa 11 y 50 de mortalidad y/o morbilidad en el último año                              |         | Está dentro de las 10 primeras causas de mortalidad y/o morbilidad en el último año             |         |       |
| <b>Gravedad</b>               | No causa discapacidad  |         | Causa discapacidad temporal  |         | Causa mortalidad a mediano plazo y/o discapacidad permanente                                    |         |       |
| <b>Vulnerabilidad</b>         | La atención de salud NO tiene impacto en la patología                      |         | La atención de salud causa impacto de tipo neutro  |         | La atención en salud tiene mejora de forma drástica la patología                                |         |       |
| <b>Tendencia</b>              | Ha disminuido la prevalencia   |         | La prevalencia en los últimos 10 años permanece igual  |         | Aumento de la prevalencia en los últimos 10 años  |         |       |
| <b>Costos</b>                 | El costo de la patología es igual o menor a otras enfermedades comunes     |         | El costo de la patología es igual a otras enfermedades relacionadas                                    |         | El costo de la patología es muy alto en relación a otras enfermedades relacionadas              |         |       |
| <b>Equidad</b>                | Afecta a la población general  |         | Afecta a un grupo vulnerable que ha recibido atención parcial o incompleta                             |         | Afecta a un grupo vulnerable que nunca ha sido atendido antes por el sistema de salud           |         |       |
| <b>Interés local</b>          | La población es indiferente con esta patología                             |         | Es una patología de poca visibilidad ante la población y, no es diferente a otras enfermedades comunes |         | Existe un grupo organizado o asociación de pacientes que promueve la atención de esta patología |         |       |
| <b>Agenda política</b>        | No hay prioridad en la asignación de recursos                              |         | Los recursos asignados dependen del presupuesto general  |         | Prioridad nacional por lo que se le asignará recursos de forma adicional                        |         |       |

**Total sobre 24 puntos****Calificación:**

Prioridad ALTA de 21 a 24 puntos = 88 al 100%  
 Prioridad MEDIA de 16 a 20 puntos = 67 a 87%  
 Prioridad BAJA menos de 16 puntos = <67%

**Criterios para la priorización**

- i. Magnitud:** Se entiende como la frecuencia del problema o situación de salud dentro de daños estudiados. Un ejemplo puede ser la mortalidad y en este caso se tendrá en cuenta el grupo de edad o población en el cual su frecuencia es mayor. De esta forma, se obtendrá el peso proporcional de la causa.
- j. Gravedad:** Se refiere a las consecuencias del problema o situación de salud en el tanto que puede causar muertes, discapacidad o invalidez permanente o temporal, que demandan servicios de salud de alta tecnología para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- k. Vulnerabilidad:** Es la posibilidad que se tiene de modificar positivamente el problema o situación de salud, mediante diversas intervenciones. Este criterio está íntimamente relacionado con el estado del conocimiento del problema y las estrategias documentadas para impactar en él, la disponibilidad de métodos y técnicas efectivas, el desarrollo de tecnología apropiada, entre otros.
- l. Tendencia:** Se refiere al comportamiento que ha tenido el problema o situación de salud en un periodo de tiempo.
- m. Costos:** Se relaciona con el costo social y económico que genera el problema o situación de salud.
- n. Equidad:** Refiere a la posibilidad de que al intervenir el problema, se promueva la reducción de las disparidades sociales en cumplimiento al enfoque de derechos y género.
- o. Interés local según corresponda:** Se entiende como la importancia que muestra la comunidad o establecimiento hacia la solución del problema o situación de salud, su nivel de motivación y reflejo de su participación en esa solución.
- p. Agenda política según corresponda:** Si el problema de salud está ubicado en ella, tanto en el ámbito nacional como internacional, tiene mayor posibilidad de ser transformado pues hace factible la consecución de recursos.

**Fuente y elaboración.** Autores

GPC se muestran en el **gráfico 1**.

**Gráfico 1.** Proceso de desarrollo de las GPC



**Fuente y elaboración. Autores**

**Criterios para seleccionar las patologías:** se elaboró un baremo para priorizar y seleccionar las patologías sobre las cuales se desarrollaron las GPC. Los criterios establecidos para la priorización se muestran en el **gráfico 2** y, fueron:

- a. Magnitud: se entiende como la frecuencia del problema o situación de salud dentro de daños estudiados. Un ejemplo puede ser la mortalidad y en este caso se tendrá en cuenta el grupo de edad o población en el cual su frecuencia es mayor. De esta forma, se obtendrá el peso proporcional de la causa.
- b. Gravedad: se refiere a las consecuencias del problema o situación de salud en el tanto que puede causar muertes, discapacidad o invalidez permanente o temporal, que demandan servicios de salud de alta tecnología para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- c. Vulnerabilidad: es la posibilidad que se tiene de modificar positivamente el problema o situación de salud, mediante diversas intervenciones.

- d. Tendencia: se refiere al comportamiento que ha tenido el problema o situación de salud en un periodo de tiempo.
- e. Costos: se relaciona con el costo social y económico que genera el problema o situación de salud.
- f. Equidad: se refiere a la posibilidad de que al intervenir el problema, se promueva la reducción de las disparidades sociales en cumplimiento al enfoque de derechos y género.
- g. Interés local según corresponda: se entiende como la importancia que muestra la comunidad o establecimiento hacia la solución del problema o situación de salud, su nivel de motivación y reflejo de su participación en esa solución.
- h. Agenda política según corresponda: si el problema de salud está ubicado en ella, tanto en el ámbito nacional como internacional, tiene mayor posibilidad de ser transformado pues hace factible la consecución de recursos. Véase **Gráfico 2**.

La calificación se estableció como: prioridad ALTA si sumó de 21 a 24 puntos (88 al 100%); prioridad MEDIA de 16 a 20 puntos (67 a 87%) y; prioridad BAJA menos de 16 puntos (<67%). Se priorizaron las 50 primeras causas de morbilidad en el Ecuador, así como las enfermedades catastróficas y raras (baja prevalencia) establecidas por mandato legal.

**Criterios para desarrollar una GPC:** el proceso puede ser realizado a través de adopción, adaptación o elaboración de novo. Se definió como proceso estándar la adaptación de GPC internacionales, mediante la colaboración ADAPTE 18, la cual tiene como objetivo orientar en el proceso de adaptación de una GPC. La adaptación implica utilizar una GPC que ha sido elaborada en un contexto cultural y organizacional determinado, y modificarla para ajustarla y aproximarla a otro contexto diferente, creando una nueva GPC. ADAPTE es el enfoque sistemático para examinar el uso y/o modificación de una norma producido en un contexto cultural y organizativo para aplicación en un contexto diferente. La adaptación podría ser utilizada también como una alternativa al desarrollo de una guía de novo o para la personalización de una pauta existente a un contexto local<sup>19</sup>.

**Tabla 3.** Criterios para seleccionar el proceso a seguir

|  | A d o p -<br>ción | A d a p t a -<br>ción | E l a b o r a -<br>ción de<br>novo |
|--|-------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Tiempo de produc-<br>ción en meses                 | 1 a 3             | 3 a 6                 | 18 a 24                            |
| Uso de recursos hu-<br>manos                       | Bajo              | Medio                 | Alto                               |
| Costo aproximado<br>estimado (miles de<br>USD/GPC) | 20 a 30           | 25 a 50               | 150 a 600                          |
| Adaptación al con-<br>texto local                  | No se<br>hace     | Menor                 | Mayor                              |
| Legitimidad  | Baja              | Media                 | Alta                               |
| Apropiación  | Baja              | Media                 | Alta                               |
| Riesgo de sesgo en<br>las recomendacio-<br>nes     | Variable          |                       |                                    |

**Criterios para selección de GPC:** en la búsqueda de la información científica se utilizó la declaración PRISMA<sup>20</sup>, que es una propuesta internacional para mejorar la calidad y transparencia en la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. Además, se utilizó el instrumento AGREE II<sup>21</sup> para la evaluación y selección de la guía base. El instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) que es una herramienta de evaluación de calidad de GPC, y que se diseñó con el objetivo de identificar la variabilidad de éstas permitiendo, así mismo, identificar las áreas potenciales de armonización para la elaboración de GPC. Mediante 23 criterios o ítems repartidos en 6 áreas o dominios, la herramienta presenta los requisitos esenciales con los que una GPC ha de cumplir. La segunda versión del Instrumento AGREE se publicó en el año 2009.

**Tabla 4.** Características mínimas que debe contener una GPC

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Credibilidad</b>      | Desarrolladas profesionales de prestigio, líderes de opinión, con participación de sociedades científicas. |
| <b>Validez</b>           | Debe lograr el beneficio previsto en la salud del paciente   |
| <b>Reproducibilidad</b>  | Evidencia científica y método reproducible por profesionales, especialistas y expertos.                    |
| <b>Representatividad</b> | Deben reflejar todas las opiniones consensuadas de los participantes y usuarios.                           |

|   |   |
|---|---|
| <b>Aplicabilidad y flexibilidad clínica</b> | Debe ser aplicable, garantizar la atención de calidad y ser flexibles.  |
| <b>Claridad</b>                             | Evitar ambigüedades e imprecisiones.  |
| <b>Fortaleza de las recomendaciones</b>     | Debe especificar el nivel de evidencia científica y el grado de solidez de sus recomendaciones.                     |
| <b>Transparencia</b>                        | Debe especificar el método por el cual se elaboró la guía, así como las personas y organizaciones que participaron. |
| <b>Revisión y actualización</b>             | Se deberán actualizar cada 2 años o cuando el estado del arte lo requiera   |

### Declaración de potenciales conflicto de interés:

los participantes en todas las etapas del proceso declararon y firmaron sus potenciales conflictos de interés, considerados como aquellas situaciones en las que el juicio del individuo, concerniente a su interés primario y legítimo, y la integridad de una acción tienden a estar indebidamente influenciado por un interés secundario, de tipo generalmente económico o personal. Existe conflicto de intereses cuando en el ejercicio de las labores dentro de una institución, sobreviene una contraposición entre os intereses propios e institucionales. Un conflicto de interés es la contraposición de intereses particulares con el interés general.

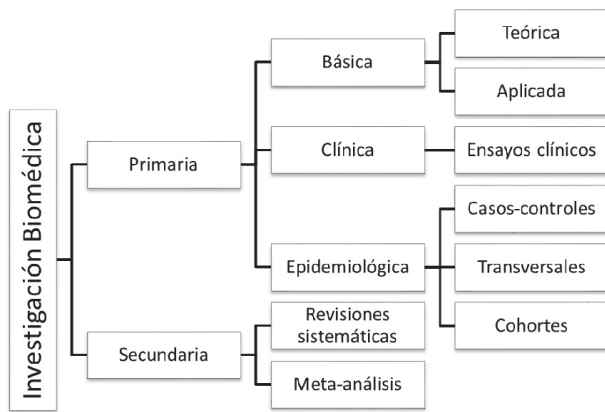
Se define como conflicto real a un conflicto entre los intereses individuales o privados de un individuo o funcionario público y sus obligaciones públicas; conflicto aparente cuando existe un interés personal que no necesariamente influiría en el individuo o funcionario público pero que podría dar lugar a que otros consideren que puede influir en el cumplimiento de sus deberes y; conflicto potencial cuando un individuo o funcionario público tiene un interés privado que puede convertirse en un conflicto de interés en el futuro.

**Características:** las características mínimas que las GPC debían tener se establecen en la **tabla 4**.

**Recomendaciones:** la fuerza, confianza o robustez de una recomendación se estableció en base a la calidad de las investigaciones que hayan proporcionado la evidencia científica para formularla; la magnitud y coherencia de sus efectos positivos frente a sus efectos negativos y, el valor relativo aplicado a distintos

resultados. La investigación de más alta calidad está dada por diseños de investigación de tipo secundario, como son las revisiones sistemáticas y meta-análisis, seguidos por los ensayos clínicos controlados aleatorios

Gráfico 3. Clasificación de la investigación médica



Elaboración: Autores

Algunas GPC incluyeron protocolos de atención basados en evidencia, que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de alguna situación específica de salud. Los protocolos pueden formar parte de las GPC y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado. Así como también algoritmos, que son una representación gráfica, en forma de un diagrama de flujo, de un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, que se deben seguir para resolver un problema diagnóstico o terapéutico específico. También se denomina algoritmo a la secuencia de pasos ordenados que conducen a resolver un problema.

**Revisión:** realizada por expertos o pares, tanto de la construcción como del contenido (peer-review) luego de tener el primer borrador del documento. La revisión por pares o arbitraje es una herramienta usada en la valoración crítica de los manuscritos por parte de los expertos, que no forman parte del personal editorial, con el fin de medir su calidad, factibilidad y rigurosidad científica

**Validación:** el instrumento fue validado en reuniones de diálogo multidisciplinarias que recogieron las sugerencias de los usuarios, actores e involucrados en cada uno de los temas. La validación tiene como objetivo contrastar la evidencia contra evidencia, o encontrar aquella que sea más efectiva.

**Verificación:** confirmación, a través de la provisión de evidencia, que especifique los requerimientos que hayan sido llenados durante la implementación

## Resultados

Entre mayo del 2012 y diciembre del 2014, el MSP aprobó con acuerdo ministerial las GPC que constan en la tabla 5.

Tabla 5. GPC con acuerdo ministerial y en desarrollo hasta Diciembre 2014

|   |
|---|
| Prevención y control de la transmisión materno-infantil VIH y sífilis |
| Atención integral a niños con VIH-SIDA                                |
| Infección de vías urinarias en el embarazo                            |
| Trastornos hipertensivos del embarazo                                 |
| Hemorragia postparto  |
| Lupus Eritematoso Sistémico   |
| Fibrosis quística   |
| Fenilcetonuria  |
| Galactosemia  |
| Enfermedad de Gaucher   |
| Aborto diferido, recurrente y retenido                                |
| Uso de sangre y sus componentes                                       |
| Hiperplasia adrenal congénita   |
| Hipotiroidismo congénito  |
| Osteogénesis imperfecta   |
| Diabetes gestacional y pre-gestacional                                |
| Infecciones vaginales en el embarazo                                  |
| Cuidados paliativos   |

Fuente y elaboración. Autores

## Discusión

### Aceptación de las GPC

Aunque son pocos los profesionales médicos familiarizados con los conceptos de la MBE, se observó que las guías se han ido aceptando de forma gradual y progresiva, en relación directa a la re-educación directa de los médicos, quienes han mostrado un gran interés en el proceso de implementación. La percepción general es que por primera vez en nuestro país, existe un camino apropiado para armonizar la práctica profesional médica tan heterogenea hasta ahora. Y aunque el paradigma del cambio permanente de la ciencia este siempre presente, sigue siendo la evidencia un argumento irrefutable a la hora de tomar decisiones.

Esto se debe en buena medida a las fortalezas de las GPC, entre las que están: la capacidad de reducir la variabilidad clínica injustificada; reflejan el estado del arte de la práctica profesional; evitan la duplicidad de esfuerzos; son usados en sistemas socializados de salud; ayudan a mejorar la toma de decisiones clínicas; permiten establecer estándares; permite aplicar las recomendaciones a economías de escala en la atención en salud; pueden servir para establecer incentivos vinculados a desempeño; son herramienta de auditoría; ayudan a establecer criterios de comparación; sirven como herramienta de acreditación; y mejora la gestión de recursos.

Entre las debilidades están que deben ser adaptadas al contexto del sistema de salud del país de origen de la GPC ya que requieren adecuación cultural y epidemiológica; las tecnologías indicadas como medicamentos o pruebas diagnósticas, no son siempre extrapolables a la realidad local. Por otro lado, el coste de las intervenciones varían según cada país y se requiere establecer umbrales de coste-efectividad a nivel de cada país. La implementación es siempre compleja ya que requiere personal competente y entrenado, tanto para su desarrollo como para su ejecución. La caducidad de la GPC dependerá del estado del arte.

Una buena GPC tiene algunas características únicas entre ellas, que utiliza criterios explícitos y sistematizados para verificar la efectividad de la evidencia, que en el proceso de elaboración se realiza un análisis y evaluación de la evidencia científica disponible, asociada con la opinión y experiencia de los expertos, además todas las recomendaciones emitidas se establecen con el nivel de la evidencia en que están basadas y, finalmente distingue con claridad entre las recomendaciones basadas en opiniones y las recomendaciones basadas en la evidencia. Estas guías son las de mejor calidad por su fortaleza metodológica.

### Particularidades en el proceso de adaptación

De acuerdo con recomendaciones internacionales, el diseño de una GPC debe seguir obligatoriamente un plan de trabajo, emulando al protocolo de una investigación científica, por lo que la elaboración de una GPC presupone el conocimiento y manejo de una metodología basada en el proceso iterativo del método científico.

La adaptación de GPC internacionales de alta

calidad metodológica reduce la duplicación de esfuerzos y permite aprovechar directrices existentes y probadas. En el desarrollo de las GPC ecuatorianas se encontraron varias dificultades como que el sistema de salud local aún no está preparado para algunos de los cambios propuestos, la falta de profesionales especialistas y el poco entendimiento de la MBE. Ecuador no tiene un instituto centro desarrollador de GPC, tan sólo cuenta con un equipo de gestión del Dirección Nacional de Normatización.

A pesar de ello, se conformó una red de equipos desarrolladores en cinco hospitales de segundo nivel de atención, con equipos multidisciplinarios y, liderados por el Hospital del Puyo, establecimiento de salud del MSP que cuenta con un equipo de trabajo motivado y colaborador. Estos nuevos equipos han desarrollado una red utilizando una aplicación de software libre llamado Trello®. A través, de este se comparte información general, sobre metodología y se interactúa entre los profesionales involucrados.

Para que una guía sea calificadas como adecuadas y de calidad debe cumplir con tres criterios básicos: la minimización de sesgos, el uso de la mejor evidencia científica disponible y, el juicio experto cuando no hay evidencia disponible, en casos excepcionales. Se debe recordar a David L. Sackett, el padre de la MBE que la define como: un modelo de la práctica de la medicina, en el que la evidencia más confiable y ajustada para la circunstancia de un paciente en particular, es aplicada a fin de mejorar la calidad del juicio clínico y optimizar la ecuación costo-beneficio del cuidado de la salud.

### Innovaciones de las GPC ecuatorianas

Al menos existen dos innovaciones básicas. Primero, incorporan buenas prácticas locales relacionadas sobre todo con los aspectos de medicina tradicional, en particular, con aquellas prácticas que aunque no tienen suficiente evidencia pueden ser recomendadas en el contexto local y; segundo, incorporan al final del documento los medicamentos que se avalan por la guía y que se utilizarán en la futura elaboración del Cuadro Nacional Básico de Medicamentos.

### Implementación de las GPC

La simple publicación y difusión de una GPC no conlleva necesariamente su incorporación a la práctica profesional, ni su utilización sistemática para alcanzar el objetivo con el que fueron



concebidas. Hay que recordar que las guías ayudan tanto al personal de salud como a los pacientes y sus cuidadores a tomar decisiones sobre su atención en base al mejor conocimiento disponible.

Dentro de esta etapa se realizaron en el 2012, nueve talleres en las Coordinaciones Zonales del MSP, en las cuales se entrenaron ~600 médicos y profesionales de la salud en la lectura e interpretación de GPC, actividades que tuvieron mucho éxito a nivel de los proveedores directos de la atención. De igual forma, en la Red Pública Integral de Salud se capacitaron a más de ~300 profesionales, incorporando charlas sobre GPC dentro de otras temáticas.

Luego de esto se realizó una hoja de ruta en cada Coordinación Zonal con un cronograma incuído, que incorpora actividades de implementación. Se estima que el cambio llevará al menos un año y, de forma progresiva se incorporará en la rutina de la atención clínica.

La implementación debe ser dirigida a las personas y profesionales relacionados como el tema de la GPC, como son: organizaciones nacionales de pacientes/cuidadores, que representan a las personas cuyo cuidado se describe; organizaciones nacionales que representan a los profesionales que proveen directamente los servicios descritos; organismos intra y extrasectoriales, prestadores de servicios y directivos del sistema de salud; organizaciones de investigación con un interés específico en el tema de la GPC.

### Las GPC en la educación médica

El actual Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) integra y consolida la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada en todos los niveles de atención médica en Ecuador, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y fortalece el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. El MAIS requiere profesionales de excelencia, vinculados a este modelo de gestión y capaces de actuar en forma competente en diferentes realidades, escenarios y con diferentes recursos.

En este contexto, se ha establecido la relación asistencial-docente como una estrategia para mejorar la educación médica, esta relación

se define como el vínculo funcional que se establece entre las Instituciones de Educación Superior (universidades) y los establecimientos de salud (hospitales entre otros), con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de áreas de práctica formativa en salud.

Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación asistencial-docente. Esta relación tiene como estrategias promover la colaboración entre las tareas asistenciales y docentes; promover una cultura de servicio al público y el respeto a los derechos de los pacientes; promover la investigación científica de acuerdo al portafolio de prioridades de investigación en salud; promover los principios de la Bioética en la práctica asistencial; optimizar el uso de recursos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); promover el desarrollo científico-tecnológico; entre otros.

Las actividades asistenciales comprenden: guardias o turnos rotativos de atención médica, presentación de casos clínicos, visitas médicas programadas a pacientes, realización de procedimientos, acompañamiento a pacientes, vigilancia de pacientes críticos, participación en cirugías, estudio de casos, elaboración de documentos médicos y médico-legales, entre otros que el estado del arte de cada especialidad médica exija.

Las actividades académicas comprenden: clases teóricas y/o prácticas, preparación de protocolos técnicos y documentos científicos, revisión de literatura científica, escritura de trabajos académicos, preparación de ponencias y conferencias científicas, elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC), entre otras actividades similares.

La práctica formativa en salud es una estrategia educativa planificada y organizada desde una IES, que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud; con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud. Todo esto dentro de un marco que promueve el respeto a los derechos del paciente, la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y

ético de la profesión. Dentro de la misma, las GPC constituyen herramientas de referencia para la educación, por lo cual, luego de varias reuniones los Decanos de las 24 Escuelas de Medicina ecuatorianas, han declarado su intención de incorporar las GPC en los contenidos curriculares de las diferentes escuelas.

EL MSP en su calidad de Rector de la salud ecuatoriana garantiza que existe una Política de puertas abiertas a la academia con fines docentes y de investigación, y esto se entiende como la decisión institucional y el compromiso para que los profesores, docentes, académicos e investigadores externos a los establecimientos de salud puedan acceder a los mismos. Por otro lado, si se da prioridad a la experiencia en la toma de decisiones, la realidad muestra que más del 80% de los pacientes son asistidos por médicos en formación. Se debe alcanzar una estrategia que permita adoptar decisiones acertadas aún a los que posean menor experiencia.

## Referencias:

- Ministerio de Salud Pública, Metodología para elaboración de normas y metodología para la elaboración de set de instrumentos asistenciales. Acuerdo Ministerial 1202, 14 de junio del 2012.
- República del Ecuador, Plan Nacional de Desarrollo: Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, SENPLADES, Quito, 2013.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica. México DF: Secretaría de Salud; 2007.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999; 318(7182):527-530.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richards. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
- Elstein AS. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making. *Inflamm Res*. 2004 Aug;53 Suppl 2:S184-9.
- Wennberg JE. Practice variation: implications for our health care system. *Manag Care*. 2004 Sep;13(9 Suppl):3-7
- Illich I. Medical nemesis. 1974. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Dec;57(12):919-22.
- Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jan-Feb;24(1):9-17.
- Straus SE, Sackett DL. Using research findings in clinical practice. *BMJ*. 1998 Aug 1;317(7154):339-42.
- Straus SE, Sackett DL. Applying evidence to the individual patient. *Ann Oncol*. 1999 Jan;10(1):29-32.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*. 1999 Feb 27;318(7183):593-6.
- Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schünemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implement Sci*. 2012 Jul 4;7:62. doi: 10.1186/1748-5908-7-62.
- Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement Sci*. 2012 Jul 4;7:60. doi: 10.1186/1748-5908-7-60.
- Woolf S, Schünemann HJ, Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implement Sci*. 2012 Jul 4;7:61. doi: 10.1186/1748-5908-7-61.
- Falck-Ytter Y, Kunz R, Guyatt GH, Schünemann HJ. How strong is the evidence? *Am J Gastroenterol*. 2008 Jun;103(6):1334-8.
- Guyatt G, Vandvik PO. Creating clinical practice guidelines: problems and solutions. *Chest*. 2013 Aug;144(2):365-7
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008 May 10;336(7652):1049-51.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(3):167-76.
- Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010. Available online July 5, 2010. doi:10.1503/cmaj.090449
- Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010 Oct 9;135(11):507-11.

## Conclusión

Para que la salud se desarrolle y sea de calidad, así como para un aprovechamiento adecuado de los recursos, la ciencia necesita ser una parte integral de los servicios de salud. Cuanto más limitados sean los recursos, más importante es que las decisiones clínicas estén científicamente justificadas. Es aquí donde las Guías de Práctica Clínica juegan un rol trascendental y deben ser implementadas de forma mandatoria en los programas de educación médica.

## Conflicto de interés

Los autores declaran NO tener ningún conflicto de interés. Todos firmaron la declaración de conflictos establecida por la Dirección Nacional de Normatización del MSP.

## Financiamiento

Fondos propios de los autores