



## CAPÍTULO 1

# GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

**E**n el área de la salud, uno de los temas de mayor auge en la última década es el que se refiere a las Guías de Práctica Clínica (GPC). Los profesionales de la salud muestran un gran interés en ese tipo de documentos, y lo mismo hacen los usuarios de los servicios de salud, quienes gracias a los avances en los medios masivos de comunicación cuentan con un acceso fácil y rápido a todo tipo de información, si bien corren el riesgo de que ésta no sea fidedigna. Lo anterior destaca la importancia de elaborar y validar las guías haciendo uso de fundamentos científicos sólidos.

En el ámbito nacional, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece el compromiso de impulsar la utilización de las GPC y de los protocolos de atención médica<sup>3</sup> a través del proyecto del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, el cual se vincula directamente con las acciones requeridas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud en México. La elaboración de las GPC se sustenta en el artículo 96 de la Ley General de Salud, fracción V, donde se menciona que “la investigación para la salud comprende el desarrollo y estudio de técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud”.<sup>4</sup>

Para el profesional de enfermería, las GPC son un instrumento de consulta y una herramienta que facilita el desarrollo de las actividades asistenciales con base en los avances científicos y tecnológicos. En efecto, las GPC exponen en forma explícita las intervenciones específicas de enfermería en relación con un problema determinado, y lo hacen así basándose en la evidencia científica, lo que permite homogeneizar los criterios de actuación, evitar la variabilidad en los cuidados y otorgar una atención continua, responsable, integral y de calidad al aplicar el método científico.

### ¿Qué son las Guías de Práctica Clínica?

Las Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con Lohr y Field, son “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional sanitario y al paciente a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas”.<sup>5</sup> Su objetivo, según Hayward, es “elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos”.<sup>6</sup>

Dicho de otra forma, las GPC son herramientas que brindan orientación para tomar la mejor decisión posible

en determinada circunstancia. Con ello permiten la unificación de los criterios y la homogeneización de los procesos de atención. Es importante no perder de vista que las GPC son recomendaciones documentadas y claras para los profesionales y, por lo tanto, no se deben acatar como una ley o un mandato, ya que la respuesta humana será diferente en cada caso. Lo que ofrecen las GPC es lo que la evidencia científica indica como posible solución para un problema clínico específico, y por tal razón es indispensable que las GPC sean flexibles, específicas y claras.

### ¿Cuál es el objetivo de las GPC?

Las GPC para el cuidado de enfermería tienen la finalidad de dar respuesta a los escenarios específicos de salud con el propósito de optimizar los recursos humanos y los materiales apegándose a las normas institucionales; asimismo, ofrecen instrucciones claras y explícitas que facilitan la toma de decisiones, lo que a su vez promueve el mejoramiento de la calidad de la atención. La consulta y la aplicación responsable de las GPC por parte del profesional de enfermería fomentan el pensamiento analítico, crítico y reflexivo; facilitan la autonomía en la toma de decisiones; fortalecen día con día la profesionalización; propician que se generen nuevos conocimientos mediante la investigación y, por consiguiente, refuerzan la perspectiva de seguridad y calidad del cuidado.

Un punto esencial en la elaboración y la aplicación de las guías clínicas lo constituye su flexibilidad, ya que pueden adaptarse a diferentes circunstancias o estados de salud, y es por ello que las GPC son la amalgama perfecta del proceso de enfermería, el cual se modifica constantemente debido a su carácter dinámico.

### ¿Cuál es la fundamentación de las GPC?

Las GPC se fundamentan de acuerdo con la metodología empleada para la búsqueda de información y la redacción de las recomendaciones, de tal suerte que se sustentan en la opinión de los expertos, en el consenso y en la evidencia. Sin duda alguna poseen mayor peso las guías basadas en la evidencia científica; sin embargo, cuando la bibliografía no es suficiente o no considera la respuesta a un problema determinado, se puede redactar

una recomendación por consenso u ofrecer la opinión de un experto. No es raro que en una GPC coexistan esos tres tipos de fundamentación, los cuales se describen a continuación:

La *guía clínica basada en la opinión de los expertos*, como lo indica su nombre, reúne a algunos especialistas informados para que, con base en su experiencia, aporten su opinión profesional en relación con un tema específico. Semejante tipo de documentos se elaboran sin una metodología estructurada, por lo que se pueden presentar sesgos en las recomendaciones finales.

El nivel de evidencia que representa la opinión de los expertos es el **IV**, y el grado de recomendación corresponde a la letra **C**. Ambas asignaciones expresan una recomendación favorable, pero no concluyente. Es importante recalcar que este tipo de evidencia no se traduce necesariamente en una intervención no recomendable o perjudicial; más bien, lo que refleja es la falta de evidencia documentada, lo que podría interpretarse como la necesidad de investigar el punto en cuestión.

La *guía clínica basada en consenso* se elabora de acuerdo con una metodología estructurada a partir de la selección de estudios; sin embargo, debido a que la meta del grupo de trabajo es el consenso, el riesgo de sesgo al formular las recomendaciones es alto.<sup>7</sup>

La *guía clínica basada en la evidencia* se desarrolla según una metodología que abarca desde la selección de los expertos para la elaboración de la guía, la búsqueda sistemática de la información y la lectura crítica hasta la redacción de las recomendaciones con base en un nivel determinado de evidencia.

Las GPC *basadas en consenso y basadas en la evidencia* pueden expresar recomendaciones con niveles que van desde el **IA** (meta-análisis de ensayos clínicos) hasta el **IV C**, que es el que denota la opinión de los expertos.

## I.I Enfermería basada en la evidencia

El profesor Sackett definió la *medicina basada en la evidencia* como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mayor evidencia científica-clínica disponible, en la toma de decisiones, para el cuidado de los pacientes [...] lo que significa integrar a la maestría clínica individual la mejor evidencia científica disponible procedente de la investigación válida y fiable”. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) proviene de dicho concepto (el cual se definió en la década de 1990), el cual incorpora no sólo la evidencia científica a través de la investigación, sino también el empleo del juicio crítico derivado de la experiencia del profesional, de los recursos disponibles y de las preferencias y los valores del paciente<sup>8</sup>.

La EBE se crea a partir del conocimiento obtenido de las investigaciones, de las competencias clínicas desarrolladas en un área determinada y de la opinión del

paciente. El *uso consciente, crítico y explícito de la evidencia científica en la toma de decisiones* sobre la atención a los pacientes es la idea central de una práctica basada en la evidencia. Su aplicación en la práctica clínica ofrece ventajas que van desde unificar los criterios para proporcionar un cuidado de máxima calidad y eficacia, fortalecer y desarrollar en el profesional de enfermería el hábito de indagar sobre su quehacer, generar normas de atención y fungir como respaldo legal ante una situación de conflicto hasta permitir la participación del usuario en su propio cuidado.

De manera general, el proceso metodológico de la EBE parte de una situación real, traduciendo en una pregunta clínica los problemas reales o posibles que afectan la salud de las personas. El paso siguiente consiste en investigar, contrastar y evaluar de manera sistemática los resultados obtenidos, pues es la asociación de dichos resultados con la experiencia clínica la que le otorga sustento científico a la práctica de enfermería, permite tomar una decisión basada en la evidencia e implica elegir una opción a partir del juicio crítico y transformar el conocimiento en acción. La toma de decisiones con base en la evidencia requiere la fusión del conocimiento adquirido de manera individual y a partir de la experiencia con las preferencias del paciente y con los recursos disponibles.<sup>9</sup>

Las organizaciones de la salud en el nivel mundial exigen actualmente la evidencia como base para la toma de decisiones, por lo que es necesario que el profesional de enfermería demuestre que influye positiva y significativamente en la calidad del cuidado, en el uso racional de los recursos institucionales y en la obtención de resultados cuyos efectos se reflejen en el cuidado de la salud<sup>10</sup>. La manera tangible de presentar dichos resultados es el desarrollo de las GPC para el cuidado de enfermería, las cuales representan un avance indiscutible en la práctica, permiten conquistar nuevos campos de trabajo y ofrecen proyección académica. Sin duda el conocimiento añade una invaluable dimensión, hasta ahora olvidada, a los modelos existentes de utilización de la investigación y de la transferencia de la información.<sup>11</sup> En síntesis, la EBE permite estudiar los aspectos relacionados con la práctica diaria y fortalece la investigación y la difusión de los conocimientos y las experiencias.

## I.II La concepción metodológica de Virginia Henderson aplicada a las GPC

Para Henderson, el proceso de enfermería “es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que brindan atención con la finalidad de resolver los problemas de salud de los pacientes”; en otras palabras, el profesional de enfermería utiliza las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con objeto de proporcio-

nar cuidados de calidad centrados en el individuo. En su modelo Henderson identificó 14 necesidades humanas básicas, inherentes a la persona, y que enumeramos a continuación:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. El movimiento y mantener una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar la vestimenta adecuada.
7. Coservar la temperatura corporal.
8. Atender la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con los demás.
11. Rendir culto a Dios (acorde con la religión de cada cual).
12. Trabajar de forma que le permita a la persona sentirse realizada.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Dichas necesidades son satisfechas siempre que se cuenta con la *fuerza*, la *voluntad* o el *conocimiento* necesarios, y con ello se mantiene un estado óptimo de salud.<sup>12,13</sup>

Durante la *valoración* de enfermería, como primer paso en la aplicación del PAE, es preciso contar con los datos entregados por los pacientes, por sus familiares o que figuran en los diferentes documentos clínicos. Es durante esta etapa donde se pueden identificar aquellas *necesidades* no satisfechas, de las mencionadas por Henderson, que son las causantes de los problemas de salud. En esta etapa se realizan simultáneamente la organización y el análisis de los patrones que se incluyen en la información, lo que permite formular los *diagnósticos de enfermería* y, posteriormente, planificar los cuidados que el usuario requiere. Es importante recalcar que los cuidados de enfermería han evolucionado y se han ajustado a los distintos cambios a través de la historia de la humanidad. Para Henderson existen tres niveles de relación enfermera-paciente: *suplencia*, *ayuda* y *orientación* o *compañía*, y ellos son reflejo del grado de *dependencia*, el cual puede ser *total* o *parcial*, pues tanto la enfermera como el paciente dependen de la capacidad de participación de este último en una intervención determinada. Por otro lado, las *intervenciones de enfermería* se pueden clasificar como sigue: *independientes*, cuando la actividad es responsabilidad de enfermería; *interdependientes*, cuando se trata de intervenciones en las que la participación multidisciplinaria es indispensable, y *dependientes*, cuando la responsabilidad de la acción recae en otro profesional de la salud.<sup>14,15,16,17,18</sup> En la actualidad, la NANDA-NIC-NOC utiliza sólo intervenciones independientes e interdependientes, englobando en estas últimas a las dependientes.

El colofón del proceso de atención de enfermería son los *resultados*, los cuales se expresan como conceptos neutrales y reflejan los estados o las conductas de las personas como consecuencia de la puesta en práctica de los cuidados. Incorporar un modelo con objeto de aplicar el proceso de atención de enfermería en un contexto determinado es trascendental para la gestión y la aplicación del cuidado de calidad, ya que pone de manifiesto los indicadores que permiten evaluar el cuidado proporcionado por enfermería, al tiempo que favorece el uso de un lenguaje estandarizado para la práctica. Esta incorporación requiere un cambio que es preciso efectuar desde la valoración hasta el registro, los cuales deben ser coherentes con el modelo adoptado.

La aplicación del modelo de Virginia Henderson en el desarrollo de las guías clínicas ofrece las siguientes ventajas: organizar el cuidado de acuerdo con las necesidades, identificar el nivel de relación enfermera-paciente oportuna y eficazmente, fomentar la capacidad de participación de la persona o del cuidador primario para satisfacer las necesidades no atendidas, y estandarizar un lenguaje disciplinario.

En semejante contexto, las guías clínicas que forman parte del proyecto “Modelo de cuidado en enfermería” cuentan con el sustento metodológico de Virginia Henderson e incorporan las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

## II. Metodología para la elaboración de las GPC de enfermería cardiovascular

La veracidad de las GPC, como lo señalamos ya, depende del rigor metodológico empleado para la selección de la información y del discernimiento de su aplicación real en la práctica, teniendo en cuenta los factores organizacionales y todos aquellos que estén relacionados con su aceptación. Por tal motivo, las GPC que propone la Dirección de Enfermería del INCICH se desarrollan en un marco metodológico que le permite al grupo de expertos seleccionar la evidencia, lo que a su vez posibilita asegurar la conciliación de la experiencia clínica del profesional con el proceso de atención de enfermería y con la evidencia científica.

El antecedente de la elaboración de las guías clínicas se ubica en el año 2007, cuando se inició en el Instituto el proyecto denominado “Modelo de cuidado de enfermería”.<sup>19</sup> Dicho proyecto surgió de la necesidad de poner en práctica un plan capaz de promover la aplicación del PAE apegado al enfoque filosófico de Virginia Henderson de modo que sirviera como guía metodológica para la asistencia de la persona con alteración cardiovascular, considerando que semejante proyecto resultaba indispensable para garantizar la calidad del cuidado y la seguridad del

paciente. En el proyecto se incluye la elaboración y la validación de los instrumentos que permitan operacionalizar el PAE en todas sus etapas. En este sentido, uno de los instrumentos que se diseñó y se validó fue la “Hoja de valoración de enfermería”<sup>20</sup>, la cual fue elaborada para la población adulta y pediátrica y permitió identificar las etiquetas diagnósticas de mayor prevalencia en la persona con alteración cardiovascular<sup>21</sup>.

La selección de las entidades clínicas que habrían de desarrollarse en las GPC propuestas en este documento se realizó con base en el análisis de la morbimortalidad institucional con objeto de identificar a la población objetivo. El resultado del análisis puso de manifiesto las 13 entidades clínicas de mayor prevalencia que requieren un cuidado altamente eficaz.

Con la finalidad de realizar guías clínicas sustentadas en la evidencia científica y en la experiencia de los expertos, se invitó a participar a las supervisoras y a las jefas de enfermeras de los diferentes servicios del Instituto considerando que su experiencia y su competencia podrían contribuir al desarrollo y el fortalecimiento de las guías. Se conformaron 13 equipos, cada uno de ellos integrado por tres o hasta seis participantes entre los que figuraba un coordinador.

La primera etapa consistió en la identificación de las necesidades de capacitación del grupo de expertos que desarrollarían las GPC. En consecuencia, se impartió un curso de capacitación y se elaboró un folleto que incluía los pasos requeridos para elaborar las guías de práctica clínica; además se impartió un curso acerca de las herramientas de apoyo para la investigación a fin de facilitar la búsqueda y la identificación de la información.

De manera simultánea se les aplicó el instrumento de valoración de enfermería a 30 personas portadoras de la entidad clínica en cuestión: con los resultados obtenidos se determinaron los diagnósticos prevalentes correspondientes a cada entidad. Se extrajeron de esas valoraciones las necesidades que con mayor frecuencia se encuentran alteradas, y posteriormente se identificaron los seis diagnósticos de enfermería que, de acuerdo con la evidencia y el consenso, aplican a la entidad clínica. Para su inclusión en la guía en la forma de “plan de cuidados” se eligieron sólo los tres diagnósticos prioritarios. Debido a que 80% de las enfermeras que laboran en el Instituto colocó etiquetas diagnósticas de la taxonomía de la Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2007-2008 (NANDA),<sup>22</sup> se tomó la decisión de utilizar dicha taxonomía en las GPC.

Una vez efectuada la identificación de los diagnósticos de enfermería se priorizaron y se elaboraron los tres principales planes de atención, que incluyen, además, la necesidad alterada, la intervención de enfermería, el tipo de intervención, el nivel de relación y el grado de dependencia, el nivel de recomendación de acuerdo con la intervención y el resultado ideal. Fue así como se

integraron las distintas etapas del proceso de atención de enfermería, el cual está respaldado por un método lógico y racional para que el(la) enfermero(a) organice la información de forma tal que la atención sea adecuada, eficiente, eficaz e individualizada. Cada una de las guías incluye las precauciones de enfermería de mayor relevancia referentes al tratamiento farmacológico de elección con respaldo en la evidencia.

Las GPC se han desarrollado bajo la orientación de valores éticos, ya que no pretenden ofrecer fórmulas o procedimientos rígidos; por el contrario, su propósito es influir en los servicios de atención, gestión y gerencia mediante los principios éticos que se relacionan con el cuidado y la orientación del paciente, y es por ello que se presentan como procesos de atención de enfermería en los que se proponen diversas actividades para enriquecer la intervención.

Como punto adicional, a fin de asegurar la autenticidad de las intervenciones se le solicitó al grupo de expertos una declaración de los conflictos de interés, los cuales se definen como aquellas situaciones en las que el juicio del autor puede estar influido por un interés secundario, generalmente de tipo económico o personal.<sup>23</sup>

A fin de cumplir con los criterios de calidad, durante el desarrollo metodológico de las guías se empleó el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation), ya que el futuro efecto de la guía sobre la salud de la población objetivo depende de la adecuada ejecución de las diferentes etapas que se incluyen en el documento. Por tal motivo es indispensable tener claras las siguientes preguntas y sus respectivas respuestas:<sup>24</sup>

### ¿A qué responden las guías?

Debe quedar clara la perspectiva en que se sitúa la propuesta de realizar las GPC. Así, por ejemplo, una guía de práctica clínica se desarrolla debido a que existe heterogeneidad en las prácticas de enfermería para el cuidado de la persona con infarto agudo al miocardio.

Se ha caracterizado a la profesión de enfermería como el desarrollo de habilidades empíricas, como un mero “arte de hacer”, de donde la importancia de documentar e investigar las intervenciones.

### ¿Para qué se realizan las guías o cuál es su objetivo?

Una vez identificado el *por qué*, que en el ejemplo anterior es la heterogeneidad en el cuidado de las personas con infarto agudo al miocardio, el objetivo de la guía es homogeneizar la práctica, o bien, mejorar las prácticas concretas con base en la evidencia científica o, en su defecto,

mediante consenso o a partir de la opinión de expertos, lo que obliga al profesional a documentar su actuación y los resultados que se obtienen con la puesta en práctica de las diferentes técnicas.

## Población objetivo

Debe describirse a la población a la que se aplican las recomendaciones. Para continuar con el ejemplo anterior, la guía es aplicable a toda persona con infarto agudo al miocardio.

## Limitaciones de la guía

Éstas se refieren a un grupo de personas con determinadas características y que, por lo mismo, requieren una actuación específica. Por lo tanto, no se incluyen en la guía.

## Oportunidad

La *oportunidad* se refiere al resultado que se obtiene con la aplicación de la guía. Dicho resultado incluye la obtención de los datos objetivos y subjetivos y de las respuestas humanas que describen a la entidad clínica a fin de establecer el diagnóstico de enfermería y poner en práctica las intervenciones específicas.

“Esta guía se dirige a:”

Con estos términos se señala a los profesionales que tomarán como referencia las GPC para su actuación en la práctica diaria.

Una vez aclarados los puntos anteriores, la metodología utilizada para el desarrollo de las guías puede describirse de manera sucinta en los siguientes términos: traducción del problema en una pregunta clínica; realización de una búsqueda exhaustiva de la información; análisis crítico de la evidencia y, por último, la redacción de las recomendaciones.

## Traducción del problema en una pregunta clínica

Para orientar la investigación de la evidencia se utilizó un modelo que consta de cuatro etapas y que se conoce como metodología PICO,<sup>25</sup> cuyo acrónimo se refiere a lo siguiente:

- I. **Paciente**, población o problema de interés. Se debe identificar el tipo de población o el problema que se pretende plantear con fundamento. Así, por ejem-

plo, se formula la siguiente pregunta: ¿Los resultados podrían describir a un grupo similar al que me interesa? (en este caso, las personas con infarto agudo al miocardio).

- II. **Intervención** que habrá que considerar. Es importante señalar que la intervención puede referirse al diagnóstico que se desea comparar, a la intervención de enfermería específica o al tratamiento. En este sentido, la pregunta que debe formularse es la siguiente: ¿Cuál es la principal intervención que se pretende llevar a cabo?
- III. **Comparación**. Aquí, la pregunta pertinente se plantea en los términos siguientes: ¿Qué otras opciones existen?
- IV. **Resultados (Outcomes)**. Por último, en relación con las expectativas cabe preguntar: ¿Qué esperamos que le suceda a la persona?

### Ejemplos:

En las personas con IAM, ¿puede el diagnóstico de enfermería “perfusión tisular inefectiva” comparado con “dolor agudo” orientar las intervenciones necesarias o prioritarias?

Las intervenciones dirigidas a la efectividad de la bomba cardíaca comparadas con las intervenciones dirigidas al estado de los signos vitales, ¿reducen las complicaciones (mortalidad) en las personas con perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar debida a un IAM?

Otra forma de redactar las preguntas clínicas recomienda usar los siguientes rubros: **Paciente**, Intervención y **Resultado (Outcomes)**.

### Ejemplo:

En las personas con riesgo de deterioro de la integridad cutánea, ¿la valoración de Norton permite descartar la presencia de úlcera debida a la presión?

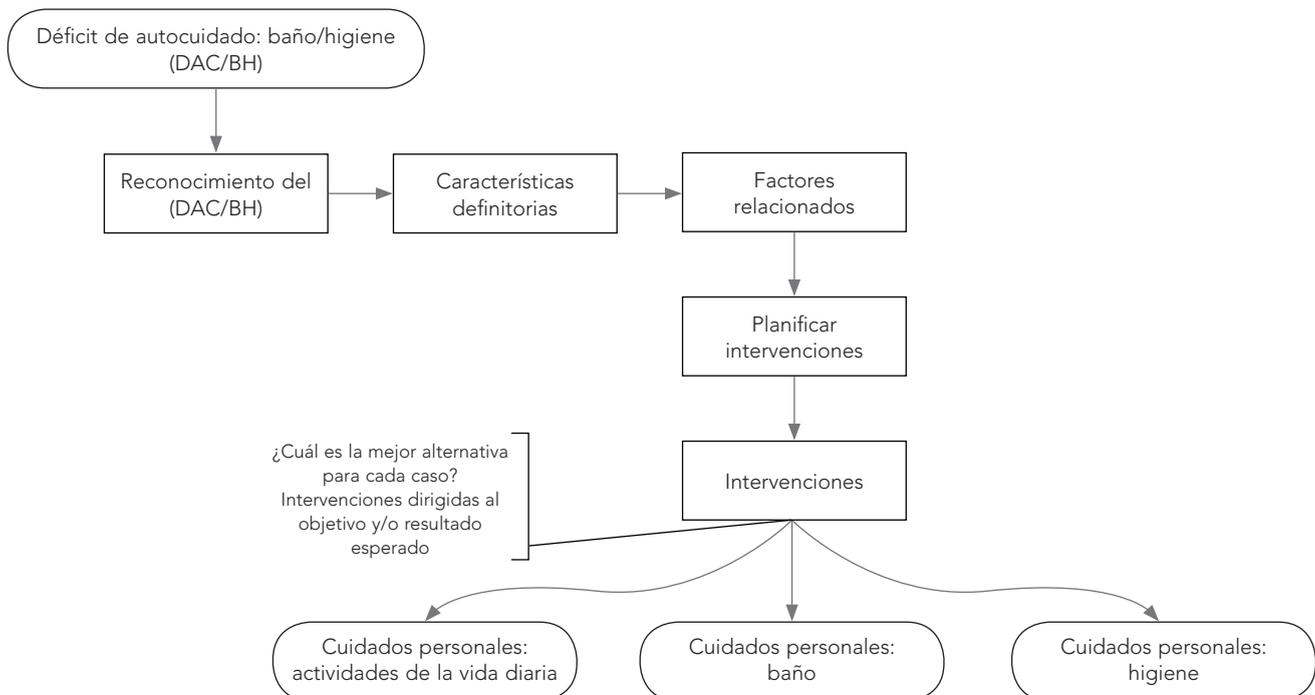
Para facilitar el desarrollo de las guías en lo que respecta a la realización de la pregunta clínica y a la búsqueda de bibliografía científica, en el Cuadro 1 se estructuraron algunos ejemplos.

En el Cuadro 2 se ejemplifica la redacción de preguntas clínicas a partir del diagnóstico de enfermería.

En resumen, transformar las necesidades de información en una pregunta bien estructurada permite planificar la estrategia de búsqueda más eficiente, ya que facilita el proceso de elección de los términos clave para utilizar el buscador, que es la siguiente etapa en el desarrollo de las guías.

**Cuadro 1. Ejemplo de redacción de preguntas clínicas a partir de la entidad clínica hipertensión arterial sistémica.**

Pregunta general		Preguntas específicas
1. ¿Los factores de riesgo son confiables y precisos para estimar el riesgo de HAS?	1.1. ¿Qué FR son aplicables para estimar el riesgo de HAS?	1.1.1: Edad 1.1.2: Sexo 1.1.3: Tabaco
2. ¿Cuál es el mejor método para diagnosticar la HAS?	2.1. ¿Cuáles son los signos y los síntomas que orientan el diagnóstico? 2.2. ¿Cuál es la principal necesidad que se encuentra alterada?	2.1.1: Clasificación de la HAS. 2.2.1: Alimentación/ hidratación.
3. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería que mejor describe a la HAS?	3.1. Desequilibrio nutricional por exceso. 3.2. Riesgo de caída. 3.3. Disposición para mejorar el régimen terapéutico.	3.1.1: Características definitorias.
4. ¿Qué intervenciones han demostrado ser seguras y efectivas en la prevención de la HAS?	4.1. Intervenciones dirigidas al control de peso. 4.2. Intervenciones dirigidas al estado nutricional.	4.1.1: Ejercicio físico eficaz. 4.2.1: Manejo de la nutrición (canalizar).
5. ¿Qué intervenciones han demostrado ser seguras y efectivas en el control de la HAS?	5.1. Intervenciones dirigidas al estado nutricional: ingestión de nutrientes. 5.2. Intervenciones dirigidas al manejo efectivo del régimen terapéutico.	5.1.1: Asesoramiento para una adecuada ingesta de medicamentos. 5.2.1: Intervenciones dirigidas al cumplimiento del tratamiento farmacológico. 5.2.2: Intervenciones dirigidas al conocimiento del régimen terapéutico. 5.2.3: Intervenciones dirigidas al control de riesgo.

**Cuadro 2. Ejemplo de la redacción de preguntas clínicas a partir del diagnóstico de enfermería.**

**Cuadro 3. Ejemplo de una lista de bases de datos consultados en la web.**

BASE DE DATOS	DIRECCIÓN
Medline	www.medline.com
Sinal	www.cinahl.com
Index	www.index-f.com/index-enfermeria
Cuiden	http://www.doc6.es/index/
Scielo	http://www.scielo.cl/
Cochrane	www.cochrane.es
Database of reviews of effectiveness	www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/
Embase	www.embase.com
Free books 4 Doctors	http://www.freebooks4doctors.com/
Pubmed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
CSIC	http://www.cindoc.csic.es/servicios/gratis.html
TESEO	https://www.micinn.es/teseo/login.jsp
ERIC	www.eric.ed.gov
Fisterra	www.fisterra.org
Artemisa	www.artemisa.org
PsycINFO	www.psycinfo.com

## Buscar la evidencia en la bibliografía

Ya que la búsqueda debe ser confiable y específica para un problema determinado, habrá que seleccionar los estudios que ofrezcan los datos más útiles para responder a la pregunta clínica y asegurarse de que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible.

Una forma práctica de seleccionar los estudios relevantes es realizando los siguientes pasos:

1. Lectura del título.
2. Lectura del resumen.
3. Examen del resumen.
4. Revisión analítica del documento completo.

La estrategia para la búsqueda de evidencia se enfocó en la identificación de guías de práctica clínica publicadas y dirigidas a las entidades clínicas en cuestión, así como en la calificación de las mismas con el instrumento AGREE.

Se elaboró además una lista de las bases de datos consultadas. El planteamiento de preguntas clínicas apérgandose al formato PICO permitió identificar artículos específicos. Cabe señalar que es escasa la información sobre las intervenciones de enfermería, por lo que la pregunta tuvo que generalizarse para identificarlas, y en algunas ocasiones fue necesario extraer las intervenciones de documentos médicos a fin de redactar las acciones de enfermería explícitas.

## Búsqueda de información específica

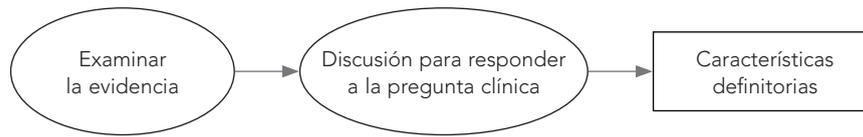
El desarrollo de las GPC se centró en dos áreas:

1. Búsqueda de información específica. Ejemplo: esta búsqueda se realizó para responder a las siguientes preguntas:
  - 1.1.1. ¿Cómo puede identificar el personal de enfermería los síntomas de hipertensión en la población adulta?
  - 1.1.2. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas a las que en la práctica puede recurrir el profesional en enfermería para disminuir la presión sanguínea de la persona?
2. Identificar todas las revisiones sistemáticas y los estudios publicados en el área. En el Cuadro 3 se muestra un ejemplo con una lista de las bases de datos y de los sitios consultados en la web.

## Análisis crítico de la evidencia

Juzgamos el nivel de las pruebas mediante la cantidad, la calidad y la coherencia de las mismas, así como mediante la validez externa de los estudios y de su aplicación al problema clínico en cuestión.

Para evitar sesgos en la elección de los artículos el análisis fue realizado por dos integrantes del equipo; en los casos en los que hubo paridad un tercer integrante analizó el artículo. Además se utilizaron las plantillas del

**Figura 1. Traducción de la evidencia en una recomendación.**

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 50) para el análisis crítico de la evidencia.<sup>8, 26</sup>

Los resultados se sintetizaron de dos maneras: *cuantitativa o cualitativamente*, entendiendo por *cualitativo* el resumen de los estudios individuales que reflejaban con mayor exactitud la relevancia de la evidencia encontrada, en tanto que se consideraron como resultados *cuantitativos* los casos en los que existían estudios con el mismo diseño y cuya técnica estadística combinaba los resultados de los diferentes estudios con el mismo diseño del meta-análisis.<sup>27</sup>

El siguiente paso consistió en: *a) traducir la evidencia en una recomendación*, lo que requirió el análisis crítico de la información con base en el objetivo de la guía, y *b) priorizar las recomendaciones*, con lo que nos referimos a la adecuada selección de la evidencia teniendo en cuenta el efecto que produciría en la práctica, ya sea clínico, o en la reducción de la variabilidad de las intervenciones, e inclusive en el uso óptimo de los recursos (Figura 1).

Traducir la información recopilada en el nivel de la evidencia y de la recomendación incluye, además, la discusión de las intervenciones por parte del grupo de expertos. Es por ello que se propone, para facilitar el trabajo del equipo de expertos, con la utilización de un formato para la síntesis de la información. En el Cuadro 4 se muestra dicho formato y permite la discusión del grupo de expertos para la selección de las intervenciones, además de facilitar la traducción del nivel de evidencia

y del grado de recomendación para formular un plan de atención de enfermería.

Al respecto, los pasos que deben darse son los siguientes:

1. *Redactar las recomendaciones*, las cuales deben estar orientadas a la acción. Se deben redactar de una en una. Las recomendaciones y el nivel de evidencia se incluyen en el proceso de atención de enfermería. Dichas intervenciones deben estar orientadas a responder a la pregunta clínica.
2. *Priorizar las recomendaciones* requiere la adecuada selección de la evidencia teniendo en cuenta el efecto clínico, el efecto sobre la reducción de la variabilidad en el cuidado de enfermería y el uso racional de los recursos.
3. Exponer las decisiones del grupo y *formular la recomendación*.<sup>28</sup>

La expresión textual del nivel de evidencia y del grado de recomendación se fundamenta en la *US Agency for Healthcare Research and Quality*<sup>29</sup> y el *SING<sub>50</sub> (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)*<sup>30</sup> (Cuadro 5).

Es fundamental recalcar que durante la búsqueda de evidencia nos enfrentamos al conflicto de la escasez de documentación generada por el profesional y que avale la práctica, de tal suerte que algunas intervenciones fueron extractadas de documentos médicos gracias a la conjun-

**Cuadro 4. Formato para la síntesis de la información.**

Síntesis de la revisión de artículos		
Bibliografía	Tipo de estudio	Intervención/resumen
Facundo-Sánchez HJ, Delgado-Martínez I, Galí-Navarro Z. Uso del catéter de Swan Ganz en el posoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por procedimientos cardíacos. Revista cubana anestesiología y reanimación. 2008.	Descriptivo, retrospectivo. III B	Complicaciones: arritmias ventriculares por irritación miocárdica.
Martins Da Silva V, et al., Signos vitales en niños con cardiopatías congénitas. Rev Mex Ped 2007; 74(5): 230-233.	Descriptivo, longitudinal. III B	Vigilancia, registro y puntos clave en la valoración de los signos vitales.
Mas RD, Comas TL. Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofanista en la fase preoperatorio. Enferm Clin 1998; 8: 156-160.	Estudio experimental, longitudinal, prospectivo y aleatorizado. Ib A	La visita preoperatorio disminuye la ansiedad del paciente.

**Cuadro 5. Nivel de evidencia presentada por la US Agency for Healthcare Research and Quality con modificación del grado de recomendación hecho por SIGN<sub>50</sub>.**

Nivel de evidencia	Descripción del nivel de evidencia y su relación con el grado de recomendación	Grado de recomendación
Ia	La evidencia proviene del meta-análisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados; se incluyen guías clínicas de calidad.	A
Ib	La evidencia proviene, por lo menos, de un ensayo aleatorizado.	A
IIa	La evidencia proviene, por lo menos, de un estudio controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.	B
IIb	La evidencia proviene, como mínimo, de un estudio que no es completamente experimental y que está bien diseñado, como son los estudios de cohorte.	B
III	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como son los estudios comparativos, de correlación o de casos y de controles.	C
IV	La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos, o de experiencias clínicas de autoridades de prestigio, o de los estudios de series de casos.	C

ción de la experiencia clínica del grupo de expertos con la lectura crítica. Cabe señalar que el nivel de evidencia IV C expresa una recomendación favorable pero no concluyente, lo que no significa que sea una intervención no recomendable o perjudicial: refleja más bien la falta de información documentada y se podría traducir como la necesidad de investigar el tema en cuestión.

En conclusión, las recomendaciones se desarrollaron a partir del análisis crítico de la evidencia obtenida y del consenso del grupo de expertos, todo ello en conformidad con las exigencias de la calidad del cuidado.

## Contenido de las guías clínicas

Para facilitar la reflexión del lector, así como la identificación de las recomendaciones, las GPC se estructuraron de la siguiente manera:

**Introducción:** en ella se incluyen los siguientes puntos: “Objetivo general” y “Objetivos específicos”, “Población objetivo”, “Limitaciones de la guía”, “Oportunidad” y “Esta guía se dirige a”:

Todos los puntos anteriores tienen la finalidad de destacar el propósito central, los límites y la aplicación de la GPC.

**I. Definición de la entidad clínica:** se refiere a la descripción clara, concisa y pertinente de la patología que se va desarrollar en la guía.

I.I Subtipos de la entidad clínica: incluye, cuando así es pertinente, las distintas formas en que se puede presentar la patología.

I.II Glosario: incluye los términos clave utilizados en la guía.

**II. Antecedentes:** en este apartado se debe resaltar la magnitud del problema y el comportamiento clínico de la persona enferma. Incluye los siguientes puntos:

II.I Epidemiología.

II.II Fisiopatología.

**III. Valoración de enfermería:** es la etapa del PAE que permite identificar los signos y los síntomas. Este apartado se divide en:

III.I Datos objetivos: se refiere a aquella información mensurable obtenida durante la valoración mediante técnicas tales como la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión.

III.II Datos subjetivos: éstos corresponden a los datos aparentes referidos por la persona y que no pueden ser medidos, ya que dependen de la percepción individual. De manera general se conocen como *síntomas*.

**IV. Diagnósticos de enfermería:** una vez obtenidos los datos objetivos y los subjetivos se puede identificar el problema y redactar o seleccionar la etiqueta diagnóstica

que mejor describa la situación clínica de la persona. En las GPC se incluyen las seis etiquetas diagnósticas de mayor frecuencia relacionadas con la entidad clínica. Para fines prácticos, sólo desarrollamos los planes de cuidados correspondientes a las tres principales etiquetas diagnósticas.

**V. Pregunta clínica:** se refiere a la transformación de la necesidad de información en un cuestionamiento estructurado que facilitó la búsqueda de la bibliografía científica. En este apartado se incluyen los tres planes de cuidado cuyo contenido se describe a continuación:

**Necesidad alterada:** se refiere a la necesidad no satisfecha o alterada y que es la responsable del problema de salud.

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> es un juicio que describe de forma concreta la situación de la persona y que se obtiene a partir de los datos obtenidos en la valoración.
Tipo de diagnóstico: el diagnóstico puede referirse a un problema presente ( <i>real</i> ), posible ( <i>riesgo</i> ), o bien, de bienestar.
Nivel de recomendación de acuerdo con la etiqueta diagnóstica: se refiere al nivel de evidencia.

**Objetivo:** es una afirmación sobre el estado de salud de la persona (Cuadro 6). Dicha afirmación debe ser medible y observable al evaluar el resultado.

**VI. Tratamiento farmacológico:** este apartado se ha incluido con la finalidad de señalarle al profesional de enfermería cuáles son las precauciones indispensables relativas al tratamiento farmacológico de elección. El nivel de evidencia que se presenta está en relación con las precauciones de enfermería.

Cada una de las GPC posee un apartado de **Anexos**, en el cual se incluyen los datos pertinentes que se mencionan sin descripción en la guía.

## II.I Aplicación de las GPC

Con el incremento de las publicaciones (impresas y electrónicas) que sustentan la EBE nos hemos visto obligados a integrar la evidencia en la práctica de nuestro equipo de trabajo. Ha llegado el momento de integrar en las competencias del profesional de enfermería la toma de decisiones con base en la evidencia, y una estrategia pertinente para ello es la aplicación de la GPC en el cuidado de enfermería.

*Aplicar los resultados en la práctica clínica* es el objetivo de las GPC, y es probablemente una de las tareas de mayor importancia que deben desarrollar los practicantes de enfermería, ya que fortalecerá la calidad de la atención al promover el razonamiento crítico del profesional, y también justificará el desarrollo de la práctica diaria al hacer de la seguridad de la persona la piedra angular de su actuación profesional.

Una adecuada difusión de las GPC encaminará al profesional de enfermería a adoptarlas como herramienta de trabajo. Es por ello que la Dirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez propicia un cambio paulatino del proceso enseñanza-aprendizaje en la capacitación del personal (y lo hace así con sustento en la teoría constructivista) que permita obtener mediante el análisis y el pensamiento crítico un aprendizaje que se construya activamente a partir de la propia experiencia y de las intervenciones fundamentadas en la evidencia que se proporcionan de manera explícita en cada una de las guías clínicas.

Para la puesta en práctica de las GPC propuestas en el Instituto, el proceso educativo se planteó en cinco etapas:

**Cuadro 6. Ejemplo de los objetivos del estado de salud de una persona.**

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	NIVEL DE RELACIÓN/ GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE RECOMENDACIÓN DE ACUERDO CON LA INTERVENCIÓN	RESULTADO
Las <i>intervenciones</i> dirigen al profesional de enfermería para que elija y desarrolle las actividades que faciliten la solución de un problema diagnóstico concreto.	Las intervenciones se clasifican en: independientes, interdependientes o dependientes, de acuerdo con el grado de responsabilidad.	El nivel de relación se refiere a la capacidad de participación de la persona en una intervención determinada.	Se refiere al nivel de evidencia que fue identificado en la búsqueda sistematizada.	El resultado <i>ideal</i> se refiere a la consecuencia favorable o estado óptimo de la persona como respuesta a la intervención realizada.

**Si tu paciente presenta:**

- Gasometría arterial anormal (pH arterial anormal, hipercapnia, hipocapnia, hipoxemia, hipoxia).
- Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormal.
- Color anormal de la piel (palidez, cianosis).
- Confusión.
- Diaforesis.
- Disnea.
- Cefalea al despertar.
- Irritabilidad.
- Aleteo nasal.
- Agitación.
- Somnolencia.
- Taquicardia.
- Trastornos visuales.

**Pensar en:**

**Deterioro del intercambio gaseoso.**

Deterioro del intercambio gaseoso.		Real / IIB	
INTERVENCIÓN	TIPO	RELACIÓN/DEPENDENCIA	EVIDENCIA
Monitorizar la función respiratoria.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A
Identificar cambios en la función respiratoria.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A
Dar una posición que facilite la ventilación.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A
Administrar oxígeno.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A
Favorecer el intercambio de oxígeno.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	IV C
Disminuir el trabajo respiratorio.	Independiente	Orientación/Dependencia parcial	III B
Identificar signos de intolerancia a la actividad.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A
Realizar control de líquidos.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	II B
Colaborar en la interpretación de la placa de tórax.	Independiente	Suplencia/Dependencia total	Ia A

Ejemplo de la guía de práctica clínica: cuidado enfermero dirigido a la persona con insuficiencia cardíaca.

Figura 2. Material didáctico entregado por servicio para la selección de etiquetas diagnósticas a partir de los factores relacionados.

1. En el diagnóstico de las necesidades educativas se detectó la necesidad de capacitar al personal para lograr la fusión del proceso enfermero con la práctica diaria.
2. Se planeó como estrategia educativa retomar los diagnósticos de enfermería y presentar las etiquetas diagnósticas de mayor frecuencia por entidad clínica.
3. Para facilitar el proceso anterior, el diseño de la metodología didáctica incluyó la realización de una guía rápida para la selección de la etiqueta diagnóstica de la NANDA<sup>22</sup> a partir de los factores relacionados (Figura 2) y de las intervenciones principales para el plan de cuidado; adicionalmente se entregó una tarjeta con las etiquetas diagnósticas más frecuentes por servicio.
4. Se puso en práctica la capacitación del personal de enfermería de los tres turnos.
5. Como última etapa del proceso se evaluaron las estrategias. Uno de los resultados fue el hecho de facilitar la selección de la etiqueta diagnóstica a partir de los datos objetivos y subjetivos obtenidos en la valoración.

El siguiente paso es la puesta en práctica de las guías clínicas, lo que permitirá validar las intervenciones y las actividades de enfermería.

Puntos importantes para la utilización de las *Guías de Práctica Clínica Cardiovascular: intervenciones de enfermería con base en la evidencia*

Las GPC que propone el INCICH deben ser utilizadas con base en las necesidades alteradas identificadas durante la valoración.

Los resultados de laboratorio que se presentan en las guías clínicas son referencias obtenidas del laboratorio del INCICH.

Al final de cada una de las guías se presenta un algoritmo que concentra el contenido de la guía clínica. Para su desarrollo se utilizó el esquema axiomático propuesto por el Instituto Americano de Normalización, el cual es aceptado internacionalmente.<sup>31</sup>

En la Figura 3 se presenta un ejemplo para la interpretación de los algoritmos. Este ejemplo abarca desde la identificación de los signos y los síntomas para la selección del diagnóstico de enfermería prioritario hasta la selección de las intervenciones generales de enfermería que nos permitan lograr en la persona que está bajo nuestro cuidado el resultado ideal.

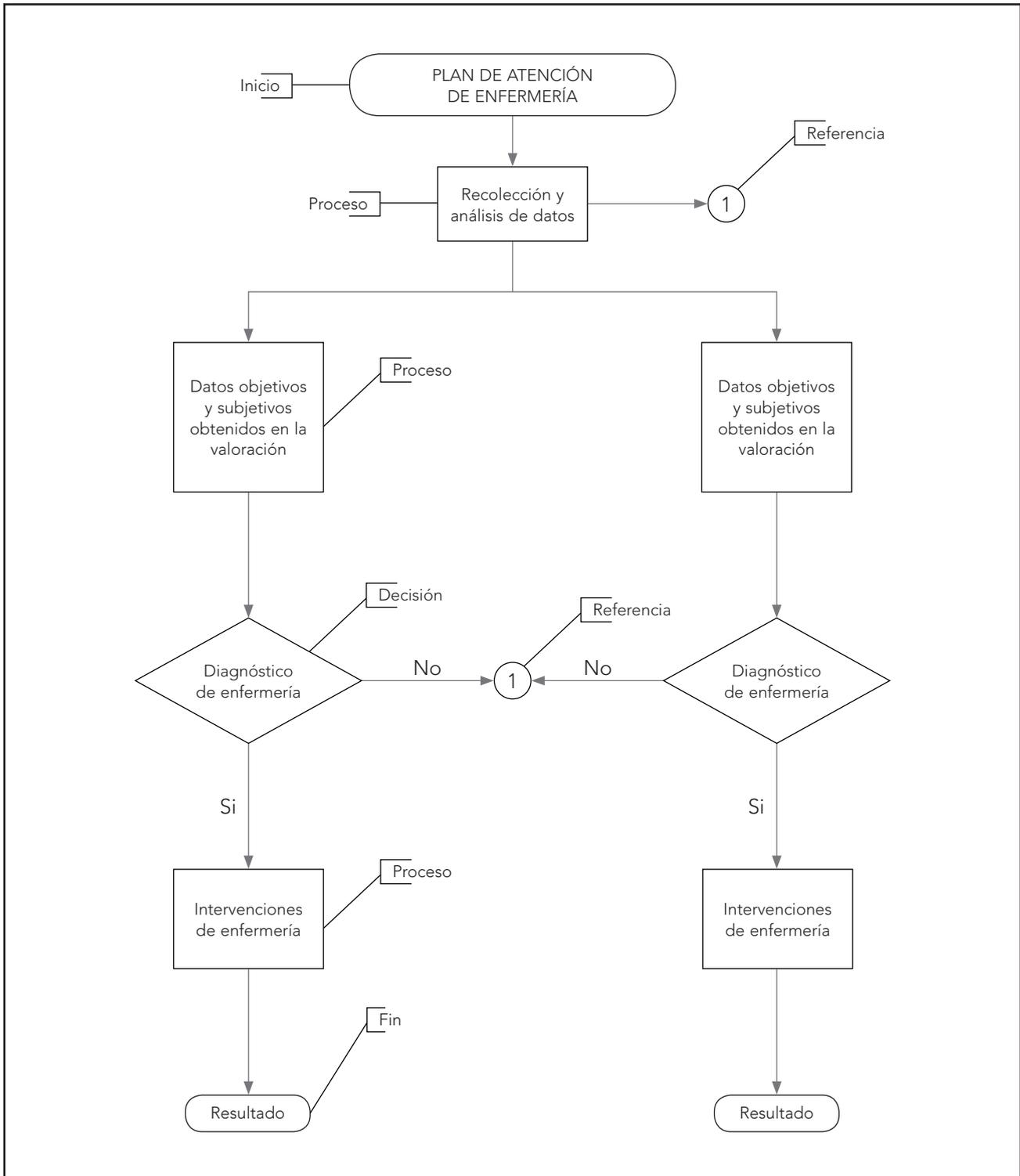


Figura 3. Algoritmo para la selección de diagnósticos e intervenciones.

## REFERENCIAS

- Marrineer TA, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998.
- Campo MA, Oriach MR, Viladot A, Espinalt A, Fernández C. Servicio de cuidados enfermeros según modelo conceptual de Virginia Henderson. *Implantación, resultados y costes. Metas Enfermería* 1999; 2 (13): 8-14.
- Córdova Villalobos JA. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. [En línea: consultado en mayo del 2008]. Disponible en: <http://www.cofemermir.gob.mx/uploadtests/15239.59.59.1.Acuuerdo%20GPC%2003%20abril%20COFEMER.doc>
- Ley General de Salud. [En línea: consultado en junio de 2008]. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm)
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. En: Field MJ, Lohr KN. *Guidelines for clinical practice. From development to use.* Washington DC: National Academy Press; 1992.
- Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Evidence-Based for the medicine working group. Users' guides to the medical literature. VII. How to use clinical practice guidelines. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995; 274: 570-574.
- Castiñeira PC, Costa RC, Louro GA. Lectura crítica de una guía clínica. *Guías clínicas.* [En línea, 2008: consultado en abril de 2009]; 8 (1): 1. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/gpc.asp>.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE.* Londres: Churchill Livingstone; 1997.
- DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* [En línea, 1998: consultado en mayo de 2008]; 1: 83-40. Disponible en: <http://ebn.bmj.com/content/1/2/38.full>.
- González RM. Proceso formativo sobre la práctica de enfermería basada en la evidencia científica. *Enferm Clínica* [En línea, 2002: consultado en mayo de 2008]; 12(2): 70. Disponible en: [www.ebn.bmj.com](http://www.ebn.bmj.com).
- Thompson C, Cullum N, McCaughan, Sheldon T, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decisions making- the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evid Based Nurs* 2004; 7: 68-71.
- Luís MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
- Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. *Acercamiento epistemológico al libro de Luis Fernández y Navarro. Index Enferm* [En línea, 2007: consultado en agosto de 2009]; 16 (57): 55-59. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es).
- Mora MJR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. España: Díaz de Santos; 2003.
- Urbina LO, Pérez SA, Delgado MJE, Martín LX. El modelo de actuación de enfermería y su valor humanista. *Educ Med Super* [En línea, 2003: consultado en noviembre de 2008]; 17 (3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17\\_3\\_03/ems02303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm).
- Irvine D, Sidani S, McGillis HL. Finding value in nursing cares: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics* [En línea, 1998: consultado en noviembre de 2008]. Disponible en: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_mofsw/is\\_n3\\_v16/ai\\_n18607847/](http://findarticles.com/p/articles/mi_mofsw/is_n3_v16/ai_n18607847/).
- Tsirintani M, Biniaris S, Mantas J, Papadantonaki A, Vassilakopoulos G. An expert system of diagnosis-based cardiac nursing care plans. *ICU NURS WEB J* [En línea, 2001: consultado en noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.nursing.gr/protectedarticles/informaticspaper.pdf>.
- Zinder M, Egan EC, Nojima Y. Defining Nursing Interventions. *Journal of Nursing Scholarship* 2009; 28 (2): 137-141.
- Ortega VC. Manual Administrativo del Departamento de Calidad del Cuidado 2009.
- Montesinos JG, Ortega VMC, Leija HC, Quintero BMM, Cruz AG, Suárez VM. Validación de un instrumento de valoración cardiovascular con enfoque de Virginia Henderson. V Congreso Internacional de Enfermería "Actualidades e Innovación en la Práctica de Enfermería un proceso para la excelencia en el cuidado". Hospital General de México; 2010.
- Puntunet BM, Ortega VC, Montesinos JG, Leija HC, Quintero BMM, Cruz AG, González FNE. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en la persona con alteración cardiovascular, en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Arch Cardiol Mex* 2009; 79 (1):111.
- North American Nursing Diagnosis Association. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. España: Elsevier; 2008.
- Body AE, Bero AL. Mejoramiento del uso de los datos de investigación para la formulación de directrices. *Cómo proceder frente a los conflictos de intereses. Health Research Policy and Systems.* [En línea, 2006: consultado en mayo de 2008]; 4:16. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1252521943.pdf>.
- The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish Version. [En línea: consultado en mayo de 2008]. Disponible en: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org).
- Soto M, Rada G. Formulación de preguntas en medicina basada en la evidencia. *Rev Med Chile* 2003; 131: 1202-1207.
- Programa de habilidades en lectura crítica España. CASPe Coordinación General ©2002-2007 [En línea]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>.
- Zulaica VC, Rotaache CR. Elaboración y diseño de una GPC: Planificación. [En línea: consultado en junio de 2008]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/planificacion.asp>.
- Andrew DO. Grading quality of evidence and strength of recommendations, GRADE Working Group. [En línea: consultado en mayo de 2008]. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7454/1490>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). GPC Evidence Reports. [En línea: consultado en mayo de 2008]. Disponible en: [www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm#methodology](http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm#methodology).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50. A guidelines developer's handbook. [En línea: consultado en mayo de 2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>.
- Cerecedo CVB. Algoritmos y diagramas de flujo en medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1997; 40 (6):214-217.

## REFERENCIAS

- Jonson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Mass M, Morread S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e intervenciones. Interacciones NANDA, NOC y NIC. España: Elsevier; 2006.
- Lomas J. Connecting research and policy. ISUMA [En línea, 2000: consultado en mayo de 2008]; 1: 140-4. Disponible en: [www.isuma.netvo1n01/lomas/lomas\\_e.pdf](http://www.isuma.netvo1n01/lomas/lomas_e.pdf).
- Malloch K, Porter-O'Grady T. Evidence bases managment. *Harvard Business Review* 2006; 84 (1): 62-74.
- Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. [En línea: consultado en 2008]. Disponible en: [www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best\\_Practice.htm](http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best_Practice.htm).