

## Guías Europeas de Práctica Clínica en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. ¿Hacia una completa «globalización» de la asistencia cardiovascular?

Fernando Alfonso<sup>a</sup>, Javier Bermejo<sup>b</sup> y Javier Segovia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Editor Jefe y <sup>b</sup>Editores Asociados. REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

*«Si crees que la educación es cara, prueba la ignorancia»  
Ley de Bok<sup>1</sup>*

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA publica en este número 2 Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)<sup>2,3</sup>. Parece adecuado en este momento realizar algunas consideraciones sobre la importancia y las implicaciones de este tipo de documentos, repasar brevemente sus antecedentes y la evolución que han experimentado durante su, a veces compleja, gestación, esbozar la política editorial recientemente recomendada desde la ESC y asumida por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y, finalmente, expresar las directrices que creemos que deben regir su publicación en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

### ANTECEDENTES

Habitualmente, las GPC se definen como los documentos elaborados de forma sistemática para ayudar al médico y a los pacientes en las decisiones dirigidas a conseguir una atención sanitaria apropiada en circunstancias clínicas específicas<sup>4</sup>. Entre sus objetivos destacan: sintetizar la evidencia científica disponible, mejorar la calidad asistencial, procurar consistencia en las actuaciones clínicas, mejorar la relación coste-efectividad, orientar a las agencias reguladoras e identificar las principales áreas de incertidumbre donde es preciso concentrar los nuevos esfuerzos en investigación<sup>4,8</sup>. Ha sido bien establecido que la implementación de las GPC mejora la calidad asistencial y favorece la consistencia de las actuaciones médicas ante situaciones clínicas similares<sup>9-12</sup>. En realidad, su desarrollo y difusión en las 2 últimas décadas se corresponde con la crecien-

te aceptación de la medicina basada en la evidencia como instrumento útil para optimar la práctica médica. Conviene destacar que la cardiología ha sido una de las especialidades donde la realización de estudios aleatorizados ha tenido una mayor aceptación. Sin embargo, también sabemos que muy pocas de las decisiones que tomamos en la práctica médica se basan en estudios controlados. Entre las posibles limitaciones de las GPC destacan que no siempre es fácil ni oportuno estandarizar el tratamiento de pacientes con características frecuentemente heterogéneas (que necesariamente deberá ser individualizado) y que un cumplimiento estricto de estas guías (a veces por motivos medicolegales) puede hacerse a expensas de sacrificar aspectos relevantes, tanto de la experiencia clínica, como de los intereses del propio paciente<sup>4,12</sup>.

Menos conocidas son las consideraciones metodológicas, referentes a los estándares de calidad, que es preciso tener en cuenta durante la elaboración de una GPC<sup>4,8,13-17</sup>. Se pueden resumir en 5 fundamentales:

1. Identificar y definir el tema específico.
2. Elegir el grupo de expertos (idealmente multidisciplinario) y delimitar sus tareas.
3. Seleccionar y valorar la evidencia disponible con *revisiones sistemáticas*, usando una metodología específica (p. ej., Biblioteca Cochrane, disponible en: [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)).
4. Trasladar los niveles de evidencia a grados de recomendación. Es importante clarificar el valor que se ha dado a la «opinión» de los expertos y analizar los costes y las posibilidades reales de aplicación.
5. Revisión externa (por expertos clínicos, epidemiólogos y potenciales usuarios) para garantizar su validez, claridad y aplicabilidad.

No todas las GPC cumplen con los necesarios fundamentos de calidad e independencia. De hecho, y a pesar de las evidentes mejoras cualitativas introducidas con el tiempo, todavía existen importantes deficiencias en su confección<sup>18-21</sup>. Para expresarlo de una forma más provocadora, es habitual que «las guías no cumplan con las guías»<sup>20</sup>. En un estudio reciente<sup>18</sup> sólo

Correspondencia: Revista Española de Cardiología.  
Sociedad Española de Cardiología.  
Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7. 28028 Madrid. España.  
Correo electrónico: [rec@revespcardiolog.org](mailto:rec@revespcardiolog.org)

Full English text available at: [www.revespcardiolog.org](http://www.revespcardiolog.org)

el 5% de las GPC de especialidades cumplían con los 3 criterios básicos de calidad (descripción de los profesionales que las desarrollan, de la estrategia empleada en la búsqueda de la evidencia y de los grados de recomendación). Otros requisitos técnicos que deben atenderse para asegurar la validez científica de las GPC son la definición de posibles conflictos de interés entre los participantes<sup>22</sup> y mencionar el tiempo de vigencia de las recomendaciones propuestas<sup>23</sup>.

Todo este proceso aún se complica más por el marcado incremento del número de GPC producidas por las diferentes sociedades científicas, lo que ha causado un fenómeno de «Torre de Babel»<sup>24</sup>. Por ejemplo, el número de GPC de cardiología publicadas por los países miembros de la ESC se incrementó, de forma exponencial, desde las primeras de 1985, hasta las más de 70 que vieron la luz en el año 2000<sup>6-8</sup>. Concretamente, en ese año se publicaron las GPC de la SEC que, tanto por su calidad y número (39 guías diferentes) como por la diversidad y amplitud de los temas abordados, cubrían perfectamente la práctica totalidad de los problemas relevantes en cardiología y, probablemente, han representado uno de los esfuerzos más importantes realizados en Europa en este sentido. Otras sociedades, como la británica, han desarrollado programas estables para el desarrollo de GPC (National Institute of Clinical Excellence [NICE]) enfatizando la inclusión de análisis de coste-efectividad<sup>25</sup>.

Pero, no sólo es importante desarrollar GPC. Después de su elaboración, es trascendental estimular estrategias de difusión y lograr superar los problemas –ya bien definidos– que limitan su implementación en la práctica<sup>9-12</sup>. En Norteamérica, se han diseñado programas específicos con esta finalidad, como el proyecto Guidelines Applied in Practice (GAP) iniciado en Michigan<sup>26</sup> y el proyecto Get With The Guidelines (GWTG) de Nueva Inglaterra<sup>27</sup>. Entre los múltiples registros diseñados por la ESC con el propósito de conocer la realidad europea (Euro Heart Surveys)<sup>6-8,28</sup>, actualmente ya disponemos de los datos de los registros EUROASPIRE<sup>29</sup>, que han estudiado la implementación de las recomendaciones de las GPC de prevención en diferentes países.

## POLÍTICA EDITORIAL

Debido al vertiginoso aumento de los conocimientos científicos y con el objeto de evitar en lo posible esfuerzos redundantes y favorecer la calidad y la consistencia en las recomendaciones, se creó el Comité Europeo de GPC (www.escardio.org). Para conseguir la máxima difusión de las GPC, la ESC ha acordado, con las diferentes sociedades nacionales, la estrategia que debe regir la publicación de estos documentos en las revistas oficiales de cada país. Inicialmente, las sociedades nacionales deben aprobar y asumir (*endorsement*) las GPC de la ESC. Posteriormente, la ESC

garantiza el derecho de publicar, en exclusiva, la traducción de las GPC seleccionadas en las revistas oficiales de cada uno de sus países miembros durante un período de 6 meses tras su publicación inicial en *European Heart Journal*. Esta publicación debe cumplir unos altos estándares de calidad, tanto en su formato de presentación como en la precisión de los términos empleados en la traducción, ya que, por razones de consistencia, cualquier documento elaborado con posterioridad no debe diferir de la traducción oficial inicial<sup>30,31</sup>. Como una de las características específicas de las GPC es la necesidad de adaptarse al entorno donde se pretende su aplicación, las GPC pueden incluir comentarios o anotaciones a pie de página realizados por expertos locales que deben ser claramente diferenciados del documento original. El documento final será consensuado con el departamento de GPC de la ESC.

Es obvio que las implicaciones de traducir las GPC a nuestra lengua son especialmente trascendentes y en absoluto comparables a las derivadas de su posible publicación por otras sociedades nacionales de la ESC. Con ello lograremos ampliar su difusión a todos los profesionales sanitarios hispanoparlantes, dedicados al estudio de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. Todavía no ha comenzado el proceso de traducción y publicación sistemática de las GPC por las diferentes sociedades nacionales de la ESC y, en este sentido, debemos considerarnos pioneros. Nuestro objetivo es publicar GPC seleccionadas en su versión resumida (*Executive Summary*) directamente en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA para que, especialmente por medio de nuestra edición electrónica, podamos mejorar su difusión. Obviamente, esto supone un nuevo reto editorial para REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA y será preciso reorganizar nuestra infraestructura para agilizar el proceso de traducción y velar por su exactitud, así como conseguir la adecuada inclusión de comentarios específicos de nuestros expertos cuando sea oportuno. Si logramos este ambicioso objetivo, nuestro esfuerzo de *globalización* habrá merecido la pena, ya que no sólo contribuiremos a una difusión precoz de las GPC, sino que potenciaremos el interés de su publicación en nuestra Revista, tanto desde el punto de vista científico como bibliométrico.

Hemos de reconocer que el conocimiento científico es una condición necesaria –pero no suficiente– para una buena práctica clínica. En este sentido, no cabe duda de que en la medicina actual todavía queda una parte importante de «arte». En la era de la medicina basada en la evidencia, este «arte» consiste, fundamentalmente, en saber cuándo la individualización de las decisiones basadas en el razonamiento clínico debe prevalecer sobre la estandarización de la práctica asistencial<sup>8,32,33</sup>. Los editores confiamos en que la publicación de las GPC de la ESC consiga contribuir a mejorar la labor educativa y de formación continuada de

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>34,35</sup> y que esto ayude a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hibble A. If you think education is expensive –try ignorance– Bok's Law. *Med Educ* 2001;35:100-1.
2. Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa [Resumen]. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:952-62.
3. Documento de Consenso de Expertos sobre el uso de agentes antiplaquetarios. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:963-80.
4. Field MJ, Lohr KN, editors. *Guidelines for clinical practice. From development to use.* Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press, 1992.
5. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;31:527-30.
6. Hart D. Some reflections on how not to get bitten by a clinical guideline. *Heart* 2002;87:501-2.
7. Klein WW. Current and future relevance of guidelines. *Heart* 2002;87:497-500.
8. Bassand JP, Ryden L. Guidelines: making the headlines or confined to the sidelines? *Eur Heart J* 1999;20:1149-51.
9. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
10. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, et al. Systematic review of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003;12:298-303.
11. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
12. Rich MW. From clinical trials to clinical practice. Bridging the gap. *JAMA* 2002;287:1321-3.
13. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:593-6.
14. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:59-67.
15. Woolf SH. Evidence-based medicine and practice guidelines: an overview. *Cancer Control* 2000;7:362-7.
16. Bero L, Rennie D. The Cochrane Collaboration: preparing, maintaining and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA* 1995;274:1935-8.
17. Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J. AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care* 2003;15:31-45.
18. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by special societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000;355:103-6.
19. Miller J, Petrie J. Development of practice guidelines. *Lancet* 2000;355:82-3.
20. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following the guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed literature. *JAMA* 1999;81:1900-5.
21. Moher D, Fortin P, Jadad AR, Juni P, Klassen T, Le Lorier J, et al. Completeness of reporting of trials published in languages other than English: implications for conduct and reporting systematic reviews. *Lancet* 1996;347:363-6.
22. Van Der Weyden MB. Clinical practice guidelines: time to move the debate from the how to the who. *Med J Aust* 2002;176:304-5.
23. Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 2001;323:155-7.
24. Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice: the new tower of Babel? *BMJ* 1998;317:862-3.
25. Wailoo A, Roberts J, Brazier J, McCabe C. Efficiency, equity, and NICE guidelines. Clinical guidelines need a broader view than just the clinical. *BMJ* 2004;328:536-7.
26. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, et al. Improving quality of care for acute myocardial infarction: the Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative. *JAMA* 2002;287:1269-76.
27. Denton TA, Fonarow GC, LaBresh KA, Trento A. Secondary prevention after coronary bypass: the American Heart Association «Get with the Guidelines» program. *Ann Thorac Surg* 2003;75:758-60.
28. Simoons ML, Van der Putten N, Wood D, Boersma E, Basand JP. The cardiology information system. The need for data standards for integration of systems for patient care. Registries and guidelines for clinical practice. *Eur Heart J* 2002;23:1148-52.
29. EUROASPIRE I and II group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in 9 countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.
30. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Nuevas Recomendaciones del Comité Internacional de Editores Médicos. Cambiando el énfasis: de la uniformidad de los requisitos técnicos a los aspectos bioéticos. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:592-3.
31. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y proceso editorial para la publicación de trabajos biomédicos. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:539-58.
32. Kenny NP. Does good science makes good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by the fact that clinical practice is as much art as science. *Can Med Assoc J* 1997;157:33-6.
33. Parmley WW. Practice guidelines and cookbook medicine—who are the cooks? *J Am Coll Cardiol* 1994;24:567-8.
34. Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. Una revista científica de calidad dedicada a las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:1239-45.
35. Alfonso F, Bermejo J. REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA: en camino. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:1-3.