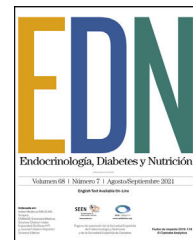




Endocrinología, Diabetes y Nutrición

www.elsevier.es/endo



EDITORIAL

¿Cómo escogemos la guía clínica más adecuada?

How do we choose the most appropriate clinical guidelines?



Mercè Fernández Balsells

Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Territorial de Girona, Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Institut Català de la Salut, Girona, España

Noise becomes data when it has a cognitive pattern. Data becomes information when assembled into a coherent whole, which can be related to other information. Information becomes knowledge when integrated with other information in a form useful for making decisions and determining actions. Knowledge becomes understanding when related to other knowledge in a manner useful in anticipation, judging and acting. Understanding becomes wisdom when informed by purpose, ethics, principles, memory and projection.

GEORGE SANTAYANA, *The Life of Reason*, 1905

Cuando se escribió la cita con la que iniciamos este editorial no se soñaba siquiera con el trasiego de inputs que experimentamos en nuestros días, pese a lo cual no ha perdido un ápice de vigencia. En el campo de la Medicina, en 1979 David Durack¹ pesó los *Index Medicus*, el equivalente analógico al actual Pubmed que solo los *babyboomers* recordarán, y objetivó que había aumentado de forma exponencial a partir de los años cincuenta. Con la aparición de internet, el número de publicaciones médicas indexadas ha aumentado de forma meteórica y el acceso al material ha dejado de ser un problema. Paradójicamente, en nuestros días hallar el conocimiento más relevante para la toma de decisiones clínicas se ha convertido en una auténtica odisea para los profesionales. Es por ello que resulta imprescindible

disponer de herramientas que aglutinen datos y los transformen en conocimiento que ayude en los procesos de toma de decisiones clínicas. Las guías de práctica clínica (GPC) nos llevan acompañando ya varias décadas con este objetivo.

Según el *Institute of Medicine*, las GPC son documentos elaborados de forma sistemática para ayudar a los profesionales sanitarios y a los pacientes a la hora de tomar decisiones sobre asuntos de salud en situaciones clínicas específicas² o una forma conveniente de empaquetar la evidencia y presentar recomendaciones³. El proceso de elaborar recomendaciones es complejo, ya que estas deben basarse en la evidencia pero también en la calidad de la misma, en los valores y las preferencias de los pacientes y en factores como la factibilidad, la equidad o la sostenibilidad³. Cuando están realizadas de forma rigurosa las GPC ayudan en el proceso de toma de decisiones, contribuyen a mejorar los resultados en salud, reducen la variabilidad en la práctica clínica y ayudan a definir políticas sanitarias eficientes potenciando actividades de utilidad demostrada y eliminando aquellas que no aportan valor⁴. Sin embargo, si la evidencia es limitada, si las GPC no están realizadas con un adecuado rigor metodológico, o si se introducen intereses corporativos, se puede acabar haciendo recomendaciones en base a evidencia sesgada y en algunos casos interesada que puede determinar decisiones asistenciales dañinas y políticas sanitarias subóptimas, ineficaces o ineficientes⁴. Pese a la reconocida dificultad de elaborar GPC rigurosas, los documentos con recomendaciones han experimentado una notable proliferación en los últimos años. Así, una búsqueda

Correo electrónico: mercefernandez.girona.ics@gencat.cat

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2023.05.003>

2530-0164/© 2023 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

simple en Pubmed restringida a los últimos 5 años detecta un total de 6.127 GPC, a las que hay que sumar otros documentos diversos auspiciados por sociedades científicas y/o instituciones sanitarias diversas. Por si esto fuera poco, no es infrecuente que las recomendaciones sean divergentes incluso tomando de base la misma evidencia. Es el conocido caso de las recomendaciones referentes a los objetivos de control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2⁵.

¿Cómo podemos saber si una GPC es fiable? Como para cualquier otro documento, existen estándares de calidad que aplican a la elaboración de las GPC^{6,7} y que se centran en la transparencia en su desarrollo y financiación con descripción y resolución de los conflictos de intereses, la composición del grupo, que las recomendaciones se basen en revisiones sistemáticas que cumplan con los estándares del *Institute of Medicine*, que se reporte la calidad de la evidencia y las recomendaciones, que se expliquen las acciones recomendadas, que estén sujetas a revisión externa y que se actualicen con regularidad.

Con el objetivo de «evaluar la calidad de las guías, proporcionar una estrategia metodológica para desarrollar estos documentos y establecer aspectos formales en la presentación de los mismos» hace ya 20 años que se puso en marcha la iniciativa *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation* (AGREE), accesible en <<https://www.agreerust.org/>>. El cuestionario AGREE-II (<<https://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE.II.Spanish.pdf>>), desarrollado por este grupo, es una herramienta exhaustiva que consta de 23 ítems puntuables con una escala de Likert, correspondientes a seis dominios: «Alcance y objetivo», «Participación de los grupos de interés (*stakeholders*)», «Rigor en la elaboración», «Claridad de la presentación», «Aplicabilidad» e «Independencia editorial». Si bien AGREE-II es el instrumento de referencia para evaluar la calidad de las GPC, su aplicabilidad en la práctica diaria por parte de profesionales asistenciales es limitada, ya que requiere de formación específica, de una sólida base metodológica e idealmente se debe completar por pares.

Desgraciadamente, lejos de lo que sería deseable, sucesivas evaluaciones de la calidad de las GPC utilizando AGREE-II resultan descorazonadoras, pues ponen de manifiesto déficits importantes⁸. El campo de la Endocrinología no es ajeno a estas valoraciones negativas^{9,10}. Queda así patente la necesidad para el profesional asistencial de disponer de herramientas válidas y fáciles de utilizar para poder seleccionar la GPC más fiable o, en caso de no tener alternativas, tomar conciencia de las limitaciones de las que está utilizando y hasta qué punto puede confiar en sus recomendaciones o no.

Como lo óptimo es enemigo de lo bueno, con el objetivo de hacer posible una evaluación sencilla de las GPC por parte de sus usuarios finales, recientemente se ha desarrollado por un grupo de expertos un instrumento de aplicación sencilla, el *Guideline Trustworthiness, Relevance and Utility Scoring Tool* (G-Trust), que se ha validado frente al instrumento AGREE-II y detecta el 90% de las GPC de baja calidad¹¹. Este cuestionario¹² consiste en un breve *checklist* de 8 ítems catalogados que el lector puntúa como «sí», «no», «no se sabe», organizados en tres dominios o categorías:

1. *Relevancia y utilidad*. En este apartado se pone el foco en los siguientes puntos por lo que respecta a las recomendaciones:

- Deben centrarse en mejorar resultados importantes para los pacientes (*patient important outcomes*) más allá de indicadores intermedios (*surrogate markers*: parámetros bioquímicos o factores de riesgo).
- Deben ser claras y explícitas, suficientes para la toma de decisiones compartidas.
- Deben ser aplicables en el ámbito de la propia práctica.

El mensaje para el lector es que solo tendrán impacto en mejorar resultados en salud de sus pacientes aquellas recomendaciones que se centren en resultados relevantes y que sean aplicables en su ámbito de acción. De nada sirven recomendaciones que no se pueden aplicar porque no se ajustan a la realidad propia.

2. *Confiabilidad o rigor*. Incluye diferentes aspectos, como que:

- Las recomendaciones se deben basar en revisiones sistemáticas de la literatura.
- Deben utilizar una gradación robusta de la evidencia y de la calidad de la misma, como las que aportan las iniciativas *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) o la *US Preventive Service Task Force*.
- La inclusión de un metodólogo independiente en el grupo de trabajo o bien la revisión por un grupo experto independiente externo se considera un punto crítico.

Una simple ojeada a los requerimientos para determinar la aplicación de los criterios GRADE y de la herramienta para desarrollar recomendaciones de práctica clínica GRADEpro, accesibles en <<https://www.gradeworkinggroup.org/>> y <<https://www.grade.pro/>>, respectivamente, deja bien a las claras que se requiere de una formación y de una base metodológica robusta para garantizar el rigor en la categorización de la fortaleza de la recomendación y la calidad de la evidencia.

3. *Interpretación*. En este último dominio se hace referencia a factores determinantes, como:

- La independencia del grupo de trabajo: que el presidente del grupo de trabajo y la mayoría de los miembros del grupo estén libres de conflictos de intereses y que la financiación del grupo también sea independiente.
- La inclusión en el grupo de trabajo de todos los colectivos profesionales y los grupos de interés (*stakeholders*) como asociaciones de pacientes, aseguradoras e instituciones sanitarias. Esta condición está directamente ligada a garantizar que los objetivos del documento estén centrados en el paciente y sean asumibles y realizables en el ámbito asistencial, organización sanitaria en la que se desarrolla la actividad del profesional.

Esta herramienta plantea tres ítems críticos, cuya ausencia hace altamente improbable que la GPC cumpla con

los requerimientos mínimos para ser considerada de utilidad: ausencia de foco en resultados importantes para los pacientes, recomendaciones no sustentadas en revisiones sistemáticas y falta de gradación robusta de la evidencia y de la calidad de la misma. Pasado este primer filtro, si en los cinco ítems restantes se detecta un solo déficit la GPC se considera útil, dos déficits no permiten garantizar utilidad del documento y entre 3 y 5 déficits ponen en serias dudas que el documento resulte de utilidad.

Este pragmático instrumento es sencillo de utilizar, no requiere de grandes conocimientos metodológicos y permite al profesional hacer una revisión sistemática de ítems críticos para evaluar cuál de las GPC sobre un tema concreto tiene más visos de cumplir con unos requerimientos de calidad y de fiabilidad en sus recomendaciones. ¿Quién se anima ahora a realizar este saludable ejercicio de lectura crítica con sus GPC de cabecera?

Bibliografía

1. Durack DT. The weight of Medical knowledge. *N Engl J Med.* 1978;298:773–5.
2. Field MJ, Lohr KN, Institute of Medicine (US) Committee on Clinical Practice Guidelines. *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use.* Washington DC: National Academy Press; 1992.
3. Treweek S, Oxman AD, Alderson P, Bossuyt PM, Brandt L, Brožek J, et al. Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): Protocol and preliminary results. *Implement Sci.* 2013;8:6.
4. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ.* 1999;318:527–30.
5. Qaseem A, Wilt TJ, Kansagara D, Horwitch C, Barry MJ, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Hemoglobin A1c targets for glycemic control with pharmacologic therapy for nonpregnant adults with type 2 diabetes mellitus: A guidance statement update from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2018; 168:569–76.
6. Institute of Medicine. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* Washington, DC: National Academies Press; 2011.
7. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, Board of Trustees of the Guidelines International Network. *Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines.* *Ann Intern Med.* 2012;156:525–31.
8. Alia E, Grant-Kels JM. The trustworthiness and transparency in clinical practice guidelines versus the ongoing damaging power of direct and indirect conflict of interest. *Clin Dermatol.* 2020;38:254–6.
9. Fritz C, de Ravin E, Suresh N, Romeo D, Shah M, Rajasekaran K. Clinical practice guidelines for management of medullary thyroid carcinoma: An AGREE II appraisal. *Am J Otolaryngol.* 2022;43:103606, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103606>.
10. Ng JY, Verma KD. Identifying the quantity and assessing the quality of clinical practice guidelines for the treatment and management of type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;168:108365, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108365>.
11. Shaughnessy AF, Vaswani A, Andrews BK, Erlich DR, d'Amico F, Lexchin J, et al. Developing a clinician friendly tool to identify useful clinical practice guidelines: G-TRUST. *Ann Fam Med.* 2017;15:413–8.
12. Barry C, Cosgrove L, Slawson DC. Where clinical practice guidelines go wrong. *Am Fam Physician.* 2022;105:350–1352.