

nal study. BMJ Open. 2019;9:e026009, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026009>.

8. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Plan Persona. Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad, 2021. pág. 113. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona>.

M. López-Gobernado^{a,*}
y J.I. Sánchez Brezmes^b

^a Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid, España

^b Delegado de Protección de Datos, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlopezgob@saludcastillayleon.es (M. López-Gobernado).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.10.002>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adherencia a las guías de práctica clínica, de la teoría a la acción en un hospital de Colombia



Adherence to clinical practice guidelines from theory to action in a hospital in Colombia

Sra. Directora:

Las guías de práctica clínica (GPC) han demostrado ser un documento útil y eficaz para optimizar el cuidado en salud, reduciendo la variabilidad en la atención, así como la ocurrencia de eventos adversos¹. No obstante, estos potenciales beneficios dependen de la correcta adopción/adaptación e implementación de las guías de acuerdo al contexto de cada unidad hospitalaria, así como del grado de adherencia del personal clínico a las recomendaciones realizadas, lo que constituye un desafío en el ámbito hospitalario. Las GPC ofrecen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, realizando un balance de

riesgo-beneficio de las terapias y tecnologías disponibles. Sin embargo, en países como Colombia los recursos son limitados y deben ser optimizados entre todos los actores del sistema de salud. Lo anterior motivó al gobierno en el año 2009 a lanzar un programa nacional de GPC para establecer una guía nacional para la adaptación e implementación en cada centro asistencial para patologías priorizadas². En esta carta, nosotros queremos aportar nuestra experiencia y opinión en el proceso de pasar de la teoría a la práctica en la implementación y la medición de adherencia de las GPC, para orientar a la toma de decisiones durante la atención en salud.

Para contextualizar, la Clínica Imbanaco Grupo Quirón-Salud es una institución de carácter privado ubicada en Cali (Colombia) que hace parte de las instituciones hospitalarias que sirven como referentes para el suroccidente colombiano. Desde el año 2013 se ha venido transformando el modelo de atención con el fin de ofrecer un servicio integral centrado en el paciente y con los más altos estándares de calidad, jugando las GPC un rol muy relevante en este proceso debido a que han permitido tener equidad en el

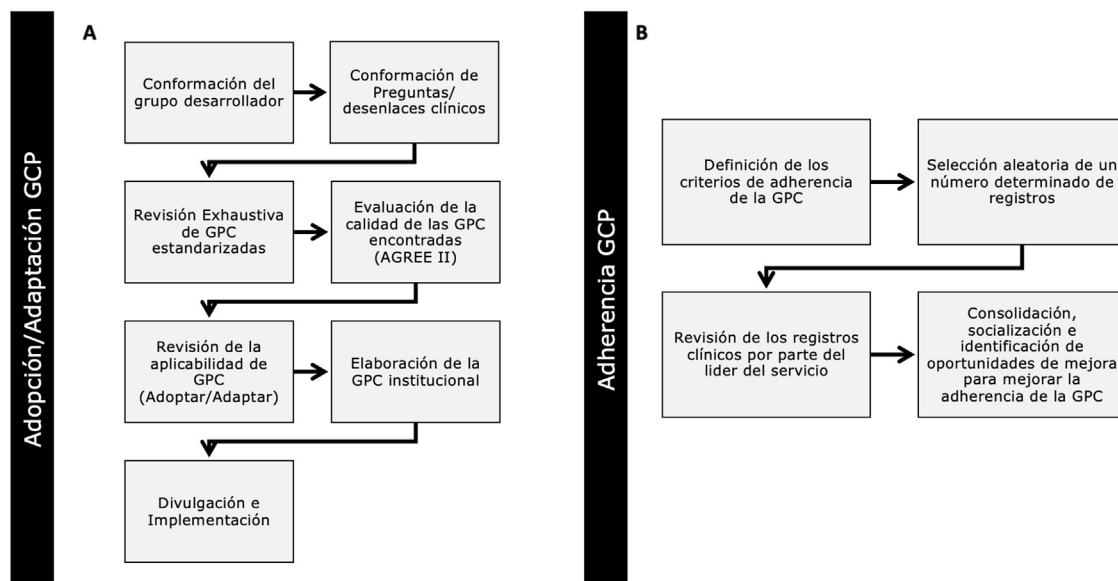


Figura 1 A) Descripción del proceso institucional para la creación y adaptación de GPC para una condición de interés. B) Descripción del proceso institucional de medición de adherencia a las GPC. GPC: guía de práctica clínica.

proceso de atención. El primer paso fue la conformación de una unidad con personal experto, cuya única función es apoyar y fomentar el desarrollo de GPC institucionales, así como monitorizar su cumplimiento. El proceso de adopción y adaptación de las GPC se ha venido realizando como se describe en la [figura 1A](#), siendo una etapa crítica la decisión de adoptar, no realizar cambios de una guía elaborada en un contexto similar (p.ej., Ministerio de Salud) o adaptar, modificación de acuerdo a los requerimientos o necesidades. Como en todo proceso que abarca la búsqueda de literatura, se recomienda verificar que las GPC que se tomen como referencias hayan sido producidas con un adecuado rigor metodológico, utilizando el sistema GRADE (por su nombre en inglés, *Grading of recommendations assessment, development and evaluation*) para evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones³. De acuerdo al estudio de Cabrera y Pardo⁴, solo el 31,8% de GPC producidas en Latinoamérica incorporan este tipo de criterios y el GRADE, que es el instrumento que tiene mejor evidencia, es usado solo en el 8,9%.

Una vez se cuente con la mejor evidencia, se debe realizar el proceso de elaboración de la GPC institucional, identificando barreras y facilitadores durante su implementación, estrategias de socialización y herramientas que faciliten su fácil recordación (p.ej., algoritmos). No obstante, tras la implementación, el mayor reto es lograr el cumplimiento de estas por parte del personal de salud, por lo que contar con un cronograma de seguimiento y promoción de la adopción de las recomendaciones es un paso vital para ganar adherencia y retroalimentación por parte del usuario de la guía ([fig. 1B](#)). Igualmente, como lo recomiendan los expertos en el área, es pertinente realizar grupos de trabajo para mejorar las creencias del personal de salud sobre las GPC, así como fomentar el liderazgo en los equipos de trabajo⁵. Adicionalmente, la medición de la adherencia representa un proceso de mejora continua, dado que permite identificar los picos de botella de la guía y generar planes de acción. En la actualidad, institucionalmente, se cuenta con 80 GPC que han sido divulgadas y monitorizadas desde su implementación, con una adherencia institucional de al menos el 75%.

Aunque somos conscientes de que este proceso enmarcado en la búsqueda de mejorar la atención en salud y reducir los eventos adversos depende del contexto de cada institución hospitalaria, esperamos que nuestra experiencia ayude a otras instituciones a mejorar sus procesos y a dar el paso en este camino de las GPC.

Financiación

Este estudio no recibió ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Kredt T, Bernhardtsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: The current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016;28:122–8, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv115>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Repositorio publicación de guías de práctica clínica, 2012 [consultado 1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924–6, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>.
4. Cabrera PA, Pardo R. Review of evidence based clinical practice guidelines developed in Latin America and Caribbean during the last decade: An analysis of the methods for grading quality of evidence and topic prioritization. *Global Health*. 2019;15:14, <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-019-0455-0>.
5. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: A systematic metareview. *Health Res Policy Syst*. 2020;18:74, <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>.

A. de la Torre^{a,*}
y A. Franco^{b,c}

^a Dirección científica, Clínica Imbanaco Grupo QuirónSalud, Cali, Colombia

^b Dirección de calidad y seguridad del paciente, Clínica Imbanaco Grupo QuirónSalud, Cali, Colombia

^c Universidad del Valle, Cali, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Alejandro.delatorre@imbanaco.com.co (A. de la Torre).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.11.001>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.