



Figura 2 – Fasciotomía de glúteo derecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altwegg M, Geiss HK. *Aeromonas* as a human pathogen. Crit Rev Microbiol. 1989;16:253-86.
2. Janda JM, Abbot SL. Evolving concepts regarding the genus *Aeromonas*: An expanding panorama of species, disease presentations, and unanswered questions. Clin Infect Dis. 1998;27:332-44.

3. Apisarnthanarak A, Pheerapiboon P, Apisarnthanarak P, Kiratisin P, Mundy LM. Fulminant epiglottitis with evolution to necrotizing soft tissue infections and fasciitis due to *Aeromonas hydrophila*. Infection. 2008;36:94-5.
4. Abuhammour W, Hasan RA, Rogers D. Necrotizing fasciitis caused by *Aeromonas hydrophila* in an immunocompetent child. Pediatr Emerg Care. 2006;22:48-51.
5. Lau SM, Peng MY, Chang FY. Outcomes of *Aeromonas* bacteremia in patients with different types of underlying disease. J Microbiol Immunol Infect. 2000;33:241-7.
6. Tsai YH, Huang KC, Huang TJ, Hsu RW. Case reports: Fatal necrotizing fasciitis caused by *Aeromonas sobria* in two diabetic patients. Clin Orthop Relat Res. 2009;467:846-9.
7. Furus A, Yoshizuka N, Abe K, Sasaki O, Miyazaki K, Miyazaki M, et al. *Aeromonas hydrophila* necrotizing fasciitis and gas gangrene in a diabetic patient on haemodialysis. Nephrol Dial Transplant. 1997;12:1730-4.
8. Fulghum DD, Linton Jr WR, Taplin D. Fatal *Aeromonas hydrophila* infections of the skin. South Med J. 1978;71:739-41.

Manuela Fernández Arroyo, Domingo González Romero, Luciano Santana Cabrera* y Manuel Sánchez Palacios

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org (L. Santana Cabrera).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.013

¿Guías clínicas tradicionales o sistemáticas?

Traditional or systematic clinical guides?

Las guías de actuación, en general, y las guías de práctica clínica (GPC), en particular, comprenden aquellos planes asistenciales previstos para la mayor parte de los pacientes de una determinada enfermedad y con un curso clínico predecible. Se basan en el conocimiento científico producto de la investigación, así como en la práctica médica, deben ser elaboradas por un grupo de expertos mediante el consenso sobre la base de una práctica clínica correcta sustentada por una bibliografía lo más exhaustiva posible¹. Se publican normalmente por sociedades científicas con el objetivo de ser una ayuda en la toma de decisiones terapéuticas sobre enfermedades determinadas, en general de alta prevalencia, y aportan un soporte de evidencia científica a los profesionales sanitarios².

El proceso de elaboración de las GPC está sistematizado, puede durar entre 9 y 24 meses y podría ajustarse a las etapas³ que se expresan en la [tabla 1](#).

La selección de expertos es clave en esta metodología y suele basarse en 3 criterios⁴: a) ser profesionales con mucha experiencia y con reconocido prestigio en el tema tratado; b) procurar una representación proporcionada de especialistas según el ámbito abarcado por el estudio (nacional, auto-

nómico, provincial, comarcal, local) y c) incentivar el carácter multidisciplinar de los grupos de trabajo que incluya a especialistas con opiniones notoriamente discrepantes sobre el procedimiento evaluado.

Al seguir el modelo de medicina basada en la evidencia hay que valorar cada una de las directrices según un sistema en donde se contemple su grado de evidencia, después de razonarlas y en función de esos grados de evidencia la guía debe incluir la correspondiente recomendación que también debe someterse a una escala de gradación⁵.

Además, las GPC deben estar adaptadas a la población en la que se van a aplicar, sobre todo por el lenguaje y las diferencias culturales. Estas exigencias traen consigo la necesidad de ser sometidas a un proceso de validación de su calidad. Para lograrlo existe un sistema de evaluación denominado instrumento AGREE^{6,7}, que es el único que contiene al menos una pregunta para cada uno de los atributos que debe exigirse a una GPC.

La Asociación Española de Cirujanos (AEC), consciente de su papel en la formación continuada, establece la publicación de las denominadas "guías clínicas", y quiere contribuir con

Tabla 1 – Etapas en el proceso de elaboración de las guías de práctica clínica

- 1 Identificar la condición clínica sobre la que versará la guía
- 2 Especificar posibles resultados (clínicos, económicos) para tener en cuenta (factibilidad de aplicación de la GPC)
- 3 Revisión sistemática de las evidencias científicas (ver si hay otras GPC; si éstas son de calidad; seleccionar la más reciente y contextualizarla)
- 4 Redacción de la versión preliminar
- 5 Revisión externa, por expertos, de la versión preliminar
- 6 Realización de una prueba piloto
- 7 Redacción de versión definitiva (formato extenso, formato breve (¿algoritmos?) y versión para pacientes)
- 8 Disseminación de la GPC a los potenciales usuarios
- 9 Evaluación del proceso de implementación de la GPC (factor impacto y definición de indicadores)
- 10 Actualizaciones

ellas a actualizar y perfeccionar los conocimientos científicos y técnicos de los cirujanos españoles. Estas “guías” forman parte de un proyecto editorial que tiene por objeto proporcionar a los cirujanos información clara y concisa sobre el estado actual del conocimiento en los distintos campos de la cirugía general y digestiva.

Ya en la primera Guía de Cirugía Endocrina⁸ se apuntaba que “... el objeto de estas *monografías* es el de ofrecer al cirujano general textos claros y prácticos sobre los diferentes procedimientos que configuran actualmente nuestra especialidad. Esta meta aleja a la presente Guía clínica tanto de un libro de texto, más prolijo y heterogéneo, como de una colección de protocolos cuya vigencia resulta siempre controvertida. A medio camino entre ambos estilos, hemos procurado encontrar una tercera vía, elaborando una obra que recoja y resume la información que se precisa [...] de una forma concisa y priorizando la información cuantitativa sobre la cualitativa o meramente argumental.” En este párrafo ya se especificaba que no se trata estrictamente de las GPC, sino de textos monográficos concisos sobre determinadas enfermedades.

Las guías clínicas de la AEC son un excelente instrumento dirigido a plasmar el estado actual de los conocimientos de las principales áreas de capacitación específica dentro de la cirugía general. Tienen una gran utilidad para los profesionales de la cirugía y han conseguido, evidentemente, el fin para el que se propusieron, pero podemos preguntarnos si debemos llamarlas así, pues no cumplen los criterios y requisitos de las GPC y pueden inducir a error ya que los cirujanos, cada vez más acostumbrados a consultar las GPC, buscan en éstas niveles de evidencia y grados de recomendación de las distintas directrices propuestas y no las van a encontrar. Tampoco hallarán en éstas el carácter multidisciplinar (otras especialidades) que se supone en el abordaje de los distintos procesos clínicos.

Otro de los aspectos fundamentales en las GPC es la necesidad de actualización de las mismas con al menos una

periodicidad de 3 años. La primera guía data de 1999. Por último, dado que tampoco poseen una estructura de auténtica GPC, lógicamente no puede ser evaluada su calidad con el sistema AGREE.

Por tanto, es admirable la iniciativa de la AEC y hay que animar a la Junta y a las distintas secciones para que la continúen. No obstante, desde la sección de gestión de calidad pensamos que el nombre de “guías clínicas” induce a confusión con las GPC. También sugerimos que las nuevas guías, así como las reediciones, deben tener en cuenta elaborar unas recomendaciones en cuanto a diagnóstico o tratamiento basadas en la evidencia científica para así mejorar su validez. Por tanto, las nuevas “guías” podrían adaptarse formalmente a la estructura de tales o quizá deberían cambiar de denominación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians N Eng J Med. 1989;321:1306-11.
2. Romero M. Proceso de desarrollo de las GPC. Traducir evidencia y experiencia en recomendaciones concretas de actuación clínica. En: García-Caballero M, editor. Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Ciencia biomédica. Universidad de Málaga; 2003.
3. Romero M. Implantación y evaluación de la eficiencia de las GPC. Dificultad para desarrollarlas y resistencia para usarlas. Desarrollar nuevas guías o adaptar las ya existentes: pensar de forma global, actuar de forma local. En: García-Caballero M, editor. Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Ciencia biomédica. Universidad de Málaga; 2003. p. 135-45.
4. ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons). Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. Dis Colon Rectum. 1993;36:989-1006.
5. Romero M, Alós R, Aparicio J, Estevan R, García J, Grau E, et al. Resumen de la guía de práctica clínica en el cáncer colorrectal de la Sociedad Valenciana de Cirugía. Cir Esp. 1999;65:326-30.
6. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. The Agree Collaboration, 2001 [citado 5 Oct 2008]. Disponible en: URL: <http://www.agreecollaboration.org>.
7. Romero M, Gea T, Aranaz JM. Comparación de la calidad de dos guías de práctica clínica en el cáncer colorrectal mediante el sistema AGREE. Cir Esp. 2008;84:87-91.
8. Sitges-Serra A, Sancho Insenser J. Cirugía endocrina. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán Ediciones SL; 1999.

Manuel Romero Simó

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España
Vocal de la Junta Directiva de la Sección de Gestión de Calidad de la AEC

Correo electrónico: mromero@umh.es