

Desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Ana Belem López-Morales,¹ Laura del Pilar Torres-Arreola,¹ Arturo Viniegra-Orsorio,¹ Javier Dávila-Torres,² José de Jesús González-Izquierdo³

¹Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica; ²Dirección de Prestaciones Médicas ³Unidad de Atención Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Introducción

El proyecto para el desarrollo, la implementación y la evaluación de guías de práctica clínica (GPC) en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dio comienzo en el año 2007 bajo el liderazgo de la Dirección de Prestaciones Médicas, con el apoyo de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y la División de Excelencia Clínica, con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad, a partir de las mejores prácticas a nivel internacional, basadas en la evidencia científica disponible para estandarizar la práctica clínica. Asimismo, se buscó compilar en un solo documento institucional la actuación integrada de los tres niveles de atención, y que este documento fuera aplicado de forma transversal a todas las disciplinas involucradas en la atención de los padecimientos más frecuentes.¹

Los antecedentes de la elaboración de las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE) se remontan al año 2008, que fue cuando el IMSS integró grupos de trabajo para ese fin, con base en la metodología que —consensuada por el grupo estratégico sectorial— estableció la División de Excelencia Clínica. En esta etapa, los grupos de enfermería fueron capacitados en medicina basada en la evidencia, lectura crítica y elaboración de guías clínicas. A principios del 2012 se publicó en la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* la primera guía de práctica clínica de enfermería, así como un artículo en el que se menciona la importancia de las guías de práctica clínica en el ámbito de la enfermería.² A finales de ese mismo año se autorizó por el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica y se integró en el catálogo maestro de guías de práctica clínica la primer guía con enfoque de intervenciones de enfermería, con lo que iniciaron los trabajos para el desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería a nivel sectorial.

Guías de práctica clínica de enfermería

Las GPCE son un conjunto de recomendaciones que especifican las acciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al personal de enfermería en las decisiones en torno al cuidado eficaz de determinadas enfermedades o condiciones de salud de la población.³

Estas guías se desarrollan para garantizar la atención integral y de calidad mediante la sistematización del cuidado, estandarizar los criterios de atención con base en la evidencia científica, apoyar la toma de decisiones sobre las intervenciones más efectivas en el cuidado de los pacientes, promover la actitud reflexiva sobre la práctica

Correspondencia:

Ana Belem López-Morales

Correo electrónico:

ana.lopezm@imss.gob.mx,

belop3@hotmail.com

de enfermería, orientar el uso adecuado de los recursos, fomentar la seguridad al evitar conductas inapropiadas en la práctica clínica y servir como un instrumento de educación continua para el profesional de salud.^{2,3}

Las GPCE deben estar basadas en la mejor evidencia disponible; ser desarrolladas usando métodos que sean transparentes y acordes con los valores de la institución; ser construidas de tal manera que permitan el ejercicio reflexivo; ser flexibles, reproducibles y adaptables al momento de su aplicación;⁴ considerar los aspectos organizacionales y de los procesos de la institución en términos de los recursos con los que cuentan los servicios de salud necesarios para la aplicación de la guía; y vincular los aspectos metodológicos de la enfermería basada en la evidencia con el proceso de atención de enfermería.^{2,16}

Las GPCE se pueden desarrollar en distintas facetas de la atención sanitaria y en diferentes aspectos clínicos de una enfermedad o de procedimientos.⁴

Objetivo

Describir la estrategia metodológica para la elaboración y la adaptación de guías de práctica clínica de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Metodología para el desarrollo de una GPCE

La metodología para la elaboración de las GPCE está basada fundamentalmente en la evidencia científica. Da comienzo con la identificación de los integrantes del grupo que participa en su elaboración y luego se estandariza la búsqueda de información a través de la evaluación crítica de la bibliografía. Por lo tanto, las recomendaciones están basadas en un nivel de evidencia determinado y se hacen de acuerdo con el contexto de su aplicación.

Para el desarrollo de una guía de práctica de enfermería es necesario (algoritmo 1):

1. Priorizar el tema de interés

Cuando se decide realizar una GPCE sobre un tema determinado, es porque existen una serie de motivos que justifican su realización. Algunos de estos motivos son: la variabilidad en la práctica clínica por la existencia de áreas de incertidumbre, la ocurrencia de un problema de salud importante con impacto en la morbilidad y los temas prioritarios para la institución por su volumen, los costos, las necesidades de su población, etcétera.¹

La selección del tema de interés se hace a partir de un diagnóstico sobre el perfil de la demanda. Se recomienda evaluar la magnitud, la gravedad, la eficacia (o la resolubilidad) y la factibilidad del problema.⁶

2. Conformar grupos de desarrollo

Una de las recomendaciones esenciales para la elaboración de una buena GPCE es que su proceso de desarrollo incluya la participación de representantes de todos los grupos clave y las disciplinas implicadas.⁵ Por lo tanto, los grupos de desarrollo (GD) se deben integrar de manera ideal por profesionales de enfermería con formación y experiencia en el tema en cuestión que además cuenten con conocimientos básicos de metodología de la investigación, computación, así como lectura y comprensión del idioma inglés.

Es conveniente que el GD incluya a personas que reúnan algunas de las siguientes cualidades: pericia clínica, experiencia en otras especialidades (economía de la salud, servicios sociales), sentido práctico en el afrontamiento de problemas, habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

3. Elaborar preguntas clínicas

Una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre el alcance de la guía, hay que perfilar sus contenidos y elaborar las preguntas clínicas de manera clara y concisa.^{5,8}

Para la formulación de preguntas, es necesario reflexionar sobre la práctica de enfermería, a fin de formular preguntas concretas que puedan responder ante la incertidumbre o ante los problemas identificados. Con la definición de las preguntas clínicas, se orientará la búsqueda de evidencia científica.

Los cuestionamientos pueden abordar aspectos sobre el tratamiento, la prevención, el control o la rehabilitación del tema de interés.

Se sugiere estructurar las preguntas clínicas en el formato PICO.⁷ Esta nemotécnica hace referencia a los componentes mostrados en el cuadro I.

4. Buscar la evidencia

Una vez definidas las preguntas, el siguiente paso es elaborar el protocolo de búsqueda, para lo cual se deben tener en cuenta las bases de datos que se van a consultar⁹ y la elección del tipo de estudio más adecuado para cada pregunta.

Cuadro I. Componentes de preguntas clínicas PICO

P	Paciente o problema	Un problema puede ser un paciente concreto, un grupo de pacientes, una condición o problema de salud, usuarios que comparten una característica sociodemográfica, un aspecto de la atención sanitaria (actividades preventivas y de promoción a la salud) o un aspecto de gestión (reingresos)
I	Intervención o tratamiento	Las intervenciones se pueden clasificar en terapéuticas, preventivas, diagnósticas y relacionadas con la gestión y los costos
C	Comparación	Es aquella otra intervención con la que la primera se va a comparar (si ese fuera el caso)
O	Resultado (<i>output</i>)	Es el resultado final que se espera obtener al proporcionar los cuidados de enfermería dirigidos a la atención

Es muy importante iniciar la búsqueda con fuentes muy elaboradas, preparadas para responder preguntas. Este proceso se realizará en función del tiempo disponible y de los conocimientos que se tengan sobre la búsqueda, la recuperación y la evaluación de la información científica.

El empleo de una metodología de búsqueda eficiente es el elemento central que permitirá recuperar información de calidad en un tiempo y una cantidad aceptables.

En el cuadro II se muestran algunas de las fuentes de información que se pueden consultar.

La estrategia de búsqueda debe ser amplia e incluirá los artículos más relevantes en los principales idiomas (inglés o español). Las guías deberán tener una antigüedad no mayor de 5 años, ya que desde que se comienza la elaboración de una guía hasta que se establecen las recomendaciones finales pasa un periodo de tiempo en el

que pueden publicarse artículos importantes que quizás deban tenerse en cuenta.⁴

5. Analizar de manera crítica la información

Para el análisis crítico de la evidencia, se debe evaluar la calidad del estudio, la metodología utilizada y los resultados obtenidos.^{10,12,15}

La evaluación de la calidad de las GPC encontradas en la bibliografía mundial y utilizadas como referencia se realiza con el instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II*),¹¹ herramienta genérica para evaluar los métodos empleados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación. El instrumento AGREE II puede ser aplicado a una guía de práctica clínica nueva, ya publicada o actualizada,

Cuadro II. Fuentes de información que se pueden consultar para la creación de una GPCE

Gestores de bases de datos	MedlinePLUS Fisterra Cuidatge CUIDEN OVID Cochrane Library Plus ARTEMISA Canadian-International Nurse Researcher Database CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) BDENF
Organismos compiladores de GPC	NICE (National Institute for Clinical Excellence) NGC (National Guideline Clearinghouse)
Organismos elaboradores de GPC	SING AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) RNAO (Registered Nurses Association of Ontario)
Biblioteca Virtual	LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) SciELO (Scientific Electronic Library Online)

Fuente: Alonso *et al.* Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados, 2004³

Cuadro III. Estructura del instrumento AGREE II

Estructura	Área que evalúa
Dominio 1 Alcance y objetivo	Propósito general de la guía, preguntas clínicas específicas y población diana
Dominio 2 Participación de los implicados	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos, que sean relevantes, de todos los grupos profesionales. Se toman en cuenta las preferencias de los pacientes. Los usuarios están claramente descritos
Dominio 3 Rigor en la elaboración	Métodos sistemáticos para la búsqueda, criterios para seleccionar la evidencia, métodos para formular recomendaciones, relación entre las evidencias y recomendaciones, revisión por expertos, procedimiento para la actualización
Dominio 4 Claridad de la presentación	Recomendaciones específicas, opciones para el manejo de la enfermedad o las condiciones de salud
Dominio 5 Aplicabilidad	Posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costos
Dominio 6 Independencia editorial	Independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo que desarrolla la guía

Fuente: The AGREE Research Trust, 2009¹¹

tanto en formato escrito como electrónico. Si se utiliza, se requiere de dos evaluadores e idealmente cuatro. La evaluación se realiza en función de seis áreas: alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial (cuadro III). Se realiza, asimismo, de manera independiente para cada una de las áreas. Aunque las puntuaciones parciales nos pueden orientar sobre el grado de calidad global, no existe en este momento un umbral a partir del cual se pueda decir si una GPC es “buena” o “mala”.^{4,10,14}

6. Clasificar la evidencia

En función del rigor científico del diseño de los estudios, hay una variedad de escalas de clasificación de la evidencia, a partir de las cuales se establecen recomendaciones respecto a la adopción de determinadas intervenciones.⁴ Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí (cuadro IV).^{13,14}

Para el desarrollo de las GPCE, en el IMSS se ha preferido emplear la escala de Shekelle por su simplicidad y fácil comprensión (cuadro V), y para referir la evidencia o recomendación de una GPC previa en una nueva se integrará la información y la gradación que aporte la fuente que se consulta.

7. Elaborar evidencias y recomendaciones

Las evidencias son consideradas como el análisis objetivo, verificable y reproducible del conocimiento científico que puede dar cuenta de cierto conjunto de hechos. Para la selección de las evidencias, es indispensable realizar una lectura crítica de la bibliografía seleccionada y clasificada.³

Las recomendaciones surgen tras analizar los niveles de evidencia de los artículos científicos; sin embargo, su redacción final es fruto de acuerdos entre los participantes del grupo elaborador.⁵

Este proceso debe ser explícito, para que el juicio hecho a partir de las evidencias sea lo más claro posible. Tanto las evidencias como las recomendaciones se deben redactar de una en una. Asimismo, se deben señalar en forma genérica los insumos relacionados con la acción. Para una adecuada selección, se debe tomar en cuenta la normatividad institucional, los cuadros básicos, los planes de cuidados de enfermería (PLACE), el impacto clínico, la variabilidad y el uso racional de los recursos. En caso de no encontrar la ventaja planteada de una acción, se formulan los puntos de buena práctica.

Al concluir, es necesario elaborar un reporte de la GPCE en formato de texto y con algoritmo. Asimismo, se deben incluir los planes prioritarios de cuidados de enfermería.

Cuadro IV. Escalas de clasificación de la calidad de la evidencia científica

Sistema de clasificación usado por la Biblioteca Cochrane.* Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones	A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
		1b	ECA individual (con intervalos estrechos de confianza)
		1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
	B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
		2b	Estudio individual de cohortes y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80 % de seguimiento)
		2c	Investigación de resultados en salud
		3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
		3b	Estudios individuales de casos y controles
	C	4	Serie de casos y estudios de cohortes, casos y controles de baja calidad

*Adaptada de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001)¹⁷ y el Centre for Reviews and Dissemination, Report Number 4 (2001)¹⁸

Sistema de clasificación usado por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Nivel de evidencia	
	1++	Metaanálisis de alta calidad, revisión sistemática, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), o ECA con muy bajo riesgo de sesgo
	1+	Metaanálisis bien dirigido, revisión sistemática, o ECA con un bajo riesgo de sesgo
	1	Metaanálisis, revisión sistemática, o ECA con un alto riesgo de sesgo
	2++	Revisión sistemática de alta calidad de casos-control o estudios de cohorte. Estudios de casos-control o de cohorte de alta calidad con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal
	2+	Estudios de casos-control o de cohorte bien dirigidos con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
	2	Estudios de casos-control o de cohorte con un alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo importante de que la relación sea causal
	3	Estudios no analíticos, por ejemplo, informes de casos, series de casos
	4	Opinión de expertos
	Grado de recomendación	
	A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los resultados
	B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+
	C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++
	D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+

Fuente: Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día. 2003; 2 (2).¹³

Escala de evidencia desarrollada por la United States Preventive Task Force	Evidencias	
	Nivel	Tipo de estudio
	I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y aleatorizado apropiadamente o evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados, cuasi aleatorizados o sin aleatorización
	II	1. Evidencia obtenida de estudios de cohorte o casos y controles bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación
		2. Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo con o sin la intervención
	III	Opiniones de autoridades respetadas que estén basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos y reportes de casos de comités de expertos
	Recomendaciones	
	A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad
	B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada
	C	Recomendación basada exclusivamente en la opinión de expertos o en estudios de baja calidad
	I	Insuficiente información para formular una recomendación

Fuente: Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día. 2003; 2 (2).¹³

8. Llevar a cabo la declaración de conflicto de interés

Para el desarrollo de las GPCE, se considera la declaración de conflicto de interés. Esta declaración es una manifestación ética del personal de salud, en la que este señala la presencia o no de relaciones con terceros, las cuales puedan afectar o ser vistas como comprometedoras al momento de emitir su opinión en el desarrollo de la GPCE. Su objetivo es informar al usuario de esta sobre la existencia de algún tipo de interés.

Aun cuando los profesionales de la salud que participan en el proceso de las GPCE estén seguros de que sus juicios no han sido sesgados, deberán facilitar información relativa a potenciales conflictos de interés para que esta sea de dominio público en los documentos apropiados para ello. Los conflictos en torno a los que tienen que informar son los intereses que podrían influir en su juicio, los cuales incluyen conflictos personales, políticos, académicos, económicos o de cualquier índole sobre el desarrollo o el contenido de las GPCE.

Para ayudar a asegurar el respaldo de la integridad real de las revisiones, las evaluaciones y el ensamblado de las GPCE, y despejar toda duda posible al respecto, cada participante deberá firmar la carta de no conflicto de interés.

9. Revisar la GPCE

La primera versión de la GPCE debe ser revisada por cada uno de los integrantes del grupo de trabajo para ser discutida. Las observaciones que sean producto del consenso serán consideradas para su incorporación y/o modificación, con lo cual se preparará una segunda versión, que será nuevamente revisada por el grupo hasta su versión final.

10. Verificación de la GPCE

Al tener la versión final de la guía, esta deberá ser sometida a un proceso de validación interna, el cual se llevará a cabo por pares clínicos de la misma institución, quienes deberán realizar una revisión exhaustiva del contenido de las evidencias y recomendaciones emitidas en la GPCE y la literatura referida en ella, mediante la cédula de validación interna.

11. Validar externamente la GPCE

Cuando el grupo de trabajo esté de acuerdo con la versión final, esta deberá ser sometida a un proceso de verificación, el cual se lleva a cabo a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC),

Cuadro V. Escala modificada de Shekelle *et al.*

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia, utiliza números romanos del I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación, utiliza letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, por ejemplo, estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes de opiniones, experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:1893-59¹⁹

que coordina la participación de los diferentes grupos del sector y de instituciones.

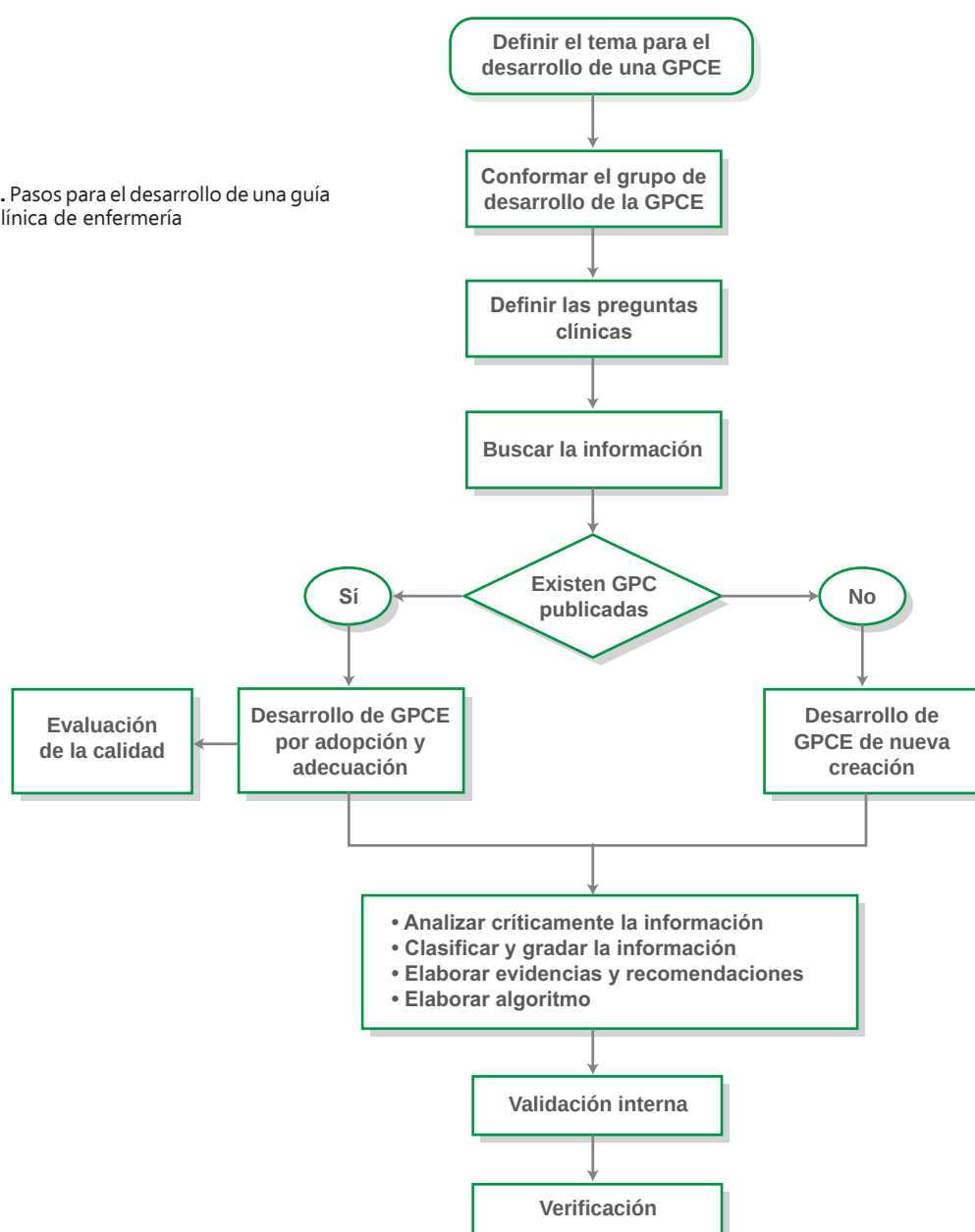
Conclusión

Considerando que actualmente el profesional de enfermería se desarrolla en un ámbito de creciente competencia y de rápidos avances científicos y tecnológicos que lo obligan a cimentar el cuidado que proporciona a los pacientes, es fundamental consolidar la enfermería basada en la evidencia, a través de las GPCE.

Hasta este momento son ocho GPCE las que se encuentran disponibles en el catálogo maestro de guías de práctica clínica.

Se espera que la implementación de las GPCE no solo permita unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad del cuidado de los pacientes, pues su intención fundamental es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y el logro de un sistema de seguridad social más competente, eficaz y humanizado. El presente artículo marca el inicio de una serie de publicaciones sobre cada grupo de GPCE.

Algoritmo 1. Pasos para el desarrollo de una guía de práctica clínica de enfermería



Referencias

1. Torres-Arreola LP, Peralta-Pedrero ML, Viniegra-Orsorio A, Valenzuela-Flores AA, Sandoval-Castellanos FJ, Echevarría-Zuno S. Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(6):661-672.
2. Mancilla-García ME, Zepeda-Arias FA. Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm Mex Seguro Soc*. 2012;20(1):1-3.
3. Alonso-Coello P, et al. Enfermería basada en la evidencia: hacia la excelencia en los cuidados. Material didáctico de apoyo para profesionales de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2004. [En línea] <http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/evidencia.PDF> [Consultado 14/10/2012].
4. Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Louro González A. Lectura crítica de una Guía Clínica (GPC). [En línea] <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/archivos/Lectura24.pdf> [Consultado 14/10/2012].
5. Viana Zulaica C, Rotaache del Campo R. Elaboración y diseño de una GPC. Planificación. [En línea] <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/archivos/Lectura23.pdf> [Consultado 14/10/2012].
6. Sánchez Martínez FI, Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JM. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl. 1):126-36. [En línea] http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13118097&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=3&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v22nSupl.1a13118097pdf001.pdf [Consultado 10/09/2012].
7. Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C, Viana Zulaica C. Cómo formular preguntas clínicas contestables. [En línea] <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/archivos/Lectura3.pdf> [Consultado 14/10/2012].
8. Rotaache del Campo R, Pérez Irazusta I, Etxeberria Agirre A, Balagué Gea L. Cómo formular preguntas clínicas contestables. [En línea] <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/como-formular-preguntas-clinicas-contestables/> [Consultado 12/06/2012].
9. Barderas Manchado A, Escobar Aguilar G, Jones Mallada C. Documentación y producción científica de la enfermería española. En: *Medicina y enfermería Basada en la Evidencia*, en prensa 2004.
10. Fontcuberta Martínez J, García González AL. Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales. Revisiones narrativas. Paneles de expertos. Documentos de consenso. [En línea] https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136633-capitulo_14.pdf [Consultado 12/06/2012].
11. The AGREE Research Trust. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE, 2009. [En línea] http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf [Consultado 14/10/2012].
12. Rico Iturrioz R, Gutiérrez Ibarluzea I, Asua Batarrita J, Navarro Puerto MA, Reyes A, Marín I, Briones E. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(4):457-467.
13. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). EII al día. 2003; 2(2). [En línea] <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf> [Consultado 14/10/2012].
14. Marzo Castillejo M, Viana Zulaica C. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *Guías Clínicas* 2007; 7 Supl. 1:6 [En línea] <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/sintesis.pdf> [Consultado 12/06/2012].
15. Louro González A, Rotaache del Campo R, Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Viana Zulaica C, Casariego Vales E. ¿Cómo hacer una revisión clínica con fuentes MBE? [En línea] <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/como-hacer-una-revision-clinica-con-fuentes-mbe/> [Consultado 10/07/2012].
16. Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*. 2011; 52. [En línea] http://udicor-tumbes.bligoo.com/media/users/25/1256416/files/377470/ENFERMER_A_BASADA_EN_LA_EVIDENCIA.pdf [Consultado 11/07/2012].
17. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001). *BJU Int*. 2009; 104(11):1825. [En línea] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2009.09068.x/pdf> [Consultado 10/07/2012].
18. Centre for Reviews and Dissemination. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for carrying out or commissioning reviews (2nd Edition). CRD Report 4. York: University of York, 2001.
19. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*. 1999; 318(7183):593-596. [En línea] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115034/pdf/593.pdf> [Consultado 10/07/2012].