

# Cirugía y Cirujanos

Volumen 72  
Volume

Número 1  
Number

Enero-Febrero 2004  
January-February

*Artículo:*

Guías clínicas en México, emisión de la  
Academia Mexicana de Cirugía

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

# Guías clínicas en México, emisión de la Academia Mexicana de Cirugía

Acad. Dr. Jorge M Sánchez-González, \*Dr. Carlos Tena-Tamayo, \*\*  
Dra. Norma Juárez Díaz-González, \*\*\* Acad. Dr. Armando Vargas-Domínguez, \*\*\*\*  
Dr. Antonio Rivera-Cisneros, \*\*\*\*\* Acad. Dr. Jaime Lozano-Alcázar\*\*\*\*\*

## Resumen

Actualmente en todo el mundo existen organizaciones interesadas en la formulación de recomendaciones y elaboración de guías para la mejor actuación del médico y profesional de la salud; todas ellas encabezadas por universidades, asociaciones, colegios, centros de investigación y grupos de trabajo de prestigiosos médicos, desde los sectores público y privado. El presente informe relata el desarrollo de tres guías clínicas relacionadas con padecimientos de frecuente motivo de consulta: rinosinusitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico e hiperplasia prostática benigna, emitidas por una de las más importantes instituciones académicas del país. Se destacan los aspectos críticos en la elaboración de guías clínicas y se establecen mecanismos de difusión, consulta, retroalimentación y actualización de estos documentos, dirigidos a mejorar la calidad de la práctica médica nacional y el abordaje diagnóstico y terapéutico en los diferentes niveles de atención, haciendo énfasis en la prevención de complicaciones.

## Summary

Today, these exist worldwide organizations related with the practice of medicine that are interested in marking recommendations and in formulating guidelines for better performance of physicians and health professionals. These organizations are headed by universities, associations, colleges, research center, and work groups and are made up of well-known physicians with academic prestige from the private and public sectors. This report presents a brief overview concerning the development of three clinical guides related with illnesses frequently observed in the physician's office: rhinosinusitis gastroesophageal reflux diseases (GERD), and prostate benign hyperplasia. These guides are issued by one of the most important academic institutions in the country. In the above-mentioned works, the efforts of specialist who are opinion leaders in these topics form different states of the country converge. Likewise, critical points to consider for producing clinical guides are provided mechanisms of diffusion, consultation, feed back and updating of these documents, have already been provided and focus on national medical practice quality of services, and the manner in which to carry out diagnosis and therapy at the different levels of medical care, with emphasis on preventing complications.

**Palabras clave:** guías clínicas, rinosinusitis, hiperplasia benigna de próstata, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

**Key words:** Clinical guides, Rhinosinusitis, Prostate benign hyperplasia, Gastroesophageal reflux disease (GERD).

## Introducción

Para el tratamiento de numerosos padecimientos es frecuente encontrar en la literatura médica mundial referencias sobre tratamientos y recomendaciones fundamentadas en evidencia clínica científica actualizada. A la fecha se han descrito y reportado diferentes guías clínicas para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de padecimientos específicos, con la finalidad de facilitar al médico su práctica cotidiana en forma accesible y actualizada, lo que permite uniformar los procedimientos<sup>(1)</sup>.

En todo el mundo existen organizaciones vinculadas a la práctica médica que se dedican a formular recomendaciones y a elaborar guías para la mejor actuación del médico y pro-

\* Coordinador de Guías Clínicas, Academia Mexicana de Cirugía.

\*\* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

\*\*\* Presidenta del Consejo Mexicano de Medicina Interna.

\*\*\*\* Expresidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

\*\*\*\*\* Exdirector General de Enseñanza e Investigación de la CONAMED.

\*\*\*\*\* Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

### Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jorge M Sánchez-González

Coordinación de Guías Clínicas, Academia Mexicana de Cirugía, Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XIX, Bloque B, tercer piso, Col. Doctores, C.P. 06725, México, D.F.

E-mail: amc@starnet.com, juevesm@yahoo.com.mx.

Recibido para publicación: 07-01-2004.

Aceptado para publicación: 23-02-2004.

fesional de la salud. Están encabezadas por las universidades, asociaciones, colegios, centros de investigación y grupos de trabajo de médicos de reconocido prestigio académico y del sector privado, este último con el aval de las universidades o asociaciones.

Los grupos más representativos se encuentran en Canadá, Inglaterra, Escocia, Estados Unidos y Nueva Zelanda<sup>(2)</sup>. Todos fundamentan su trabajo en la mejor evidencia de la investigación reportada o en la opinión de expertos cuando esta última no existe. En cardiología, la Asociación Americana de Cardiología ha elaborado y avalado la mayor parte de las guías existentes en la especialidad, ejemplo de ellas son las relacionadas con *angor estable, bypass aortocoronario, cateterismo cardíaco, ecocardiografía, electrocardiografía ambulatoria, infarto agudo del miocardio, marcapasos definitivo, medicina nuclear, prueba de esfuerzo, entre muchas otras*<sup>(3)</sup>. En nuestro país ya se han iniciado importantes esfuerzos, especialmente en las grandes instituciones de salud, para responder a necesidades específicas como las de medicina familiar<sup>(4)</sup>.

## Antecedentes y entorno

Para las guías clínicas se han acuñado varias definiciones, en especial para diferenciarlas de otros informes científicos más extensos o de las recomendaciones: “las guías clínicas son afirmaciones para apoyar las decisiones del médico y del paciente acerca del cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas”. La recomendación para la práctica clínica se define como: “opinión de expertos que representa el punto de vista oficial de la asociación aprobada por el comité de práctica profesional y el comité ejecutivo de directores”<sup>(5)</sup>.

Como se aprecia, es difícil establecer a primera vista las diferencias conceptuales o de método entre ambas acepciones. A partir de ambas definiciones, de modo inmediato se puede inferir que las guías clínicas no necesariamente representan el punto oficial de una organización, pueden ser emitidas individualmente aunque se arriesgue la credibilidad del contenido; su orientación está enfocada a resolver las preguntas sobre el curso clínico de un padecimiento en el cual hay que tomar decisiones de orden pragmático en el diagnóstico, tratamiento o momento de la referencia.

Las recomendaciones tienden a ser más de orden general que específico. Habitualmente abarcan mayores ámbitos de acción en la prevención, el control de factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, las medidas de orden comunitario y de interacción institucional, sectorial y social; siempre representan el punto de vista oficial de la organización que las emite y pueden incluir una guía clínica.

La guía clínica orienta sobre la actuación médica en el momento oportuno de cada fase de la historia natural de la

enfermedad. Revisa aspectos relevantes sobre actividades que deben realizarse en pacientes con una patología específica: promoción a la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos. Coadyuva en la preventión de complicaciones, establecimiento de niveles de competencia, disminución de los costos de la atención médica, mejoría de la comunicación médico-paciente y prevención de mala práctica médica<sup>(6,7)</sup>.

En México, más que nunca, existe preocupación entre los médicos por mejorar la calidad de la atención que brindan y disminuir el grado de incertidumbre en la aplicación del juicio clínico. Ello especialmente está motivado por la exigencia de los pacientes y la sociedad, por el cambio hacia un modelo de relación médico-paciente más deliberativo, y por el acceso de los pacientes a la información, entre otros factores; a esto se agrega en forma tangencial, la necesidad de explicitar los deberes y obligaciones para hacer copartícipe del tratamiento al paciente o sus familiares.

Por eso es impostergable para los cuerpos académicos de todo el orbe, contribuir a la mejora constante de la práctica médica, adecuándola a las circunstancias en que se ejerce, con información, opiniones y recomendaciones que faciliten al médico en ejercicio la toma de decisiones oportunas y condensadas por los expertos, tanto en el ámbito privado como en el público o social, que le proporcionen información reciente, pertinente y ajustada a la realidad social del país, que lo apoyen en el diagnóstico y tratamiento frente a su paciente, propiciando la mejor toma de decisiones en los diferentes niveles de atención<sup>(7)</sup>.

De estas inquietudes y necesidades surge a principios del 2003, como una acción sin precedente, el trabajo interinstitucional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) –académicos líderes de opinión y expertos de diversas sociedades, consejos y asociaciones relacionadas con las especialidades de urología, otorrinolaringología y gastroenterología–, para la emisión colegiada e interprofesional de las primeras tres guías clínicas bajo este concepto. En su elaboración se han considerado diversas metodologías, que se describen más adelante.

La mayor parte de los organismos que formulan las guías y las recomendaciones para la práctica clínica coinciden en que requieren infraestructura, presupuesto y tiempo específicos, las más de las veces no despreciables, y recomiendan considerarlos en la planeación de las organizaciones. Los sistemas de trabajo en la estructura general son similares aunque existen algunas variaciones en los métodos para seleccionar los temas, los participantes de los grupos de trabajo, los revisores externos, las estrategias de difusión o los formatos de publicación. La estructura general del método para elaborar las guías o las recomendaciones se puede resumir en los siguientes ocho puntos<sup>(8-10)</sup>:

1. Identificar el área de interés para emitir la guía o recomendación.
2. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinario.
3. Evaluar la evidencia existente relacionada con el área de interés.
4. Formular la recomendación que contenga la guía para la práctica clínica.
5. Validar la propuesta externamente (por pares o *peer review*).
6. Publicar los trabajos autorizados.
7. Difundir ampliamente.
8. Evaluar y retroinformar la guía inicial.

Varios elementos han sido propuestos para determinar la prioridad de las áreas de interés; por ejemplo, el perfil epidemiológico de cierta región o población, la variación en la práctica clínica para condiciones clínicas similares, la incertidumbre sobre la efectividad de un procedimiento o intervención clínica, necesidades percibidas por autoridades sanitarias, clínicos o pacientes, entre otros aspectos.

Para desarrollarlas se han identificado algunos atributos mínimos (Cuadro I) que fueron considerados en las tres recomendaciones que se emitieron<sup>(10,11)</sup>.

Uno de los puntos cruciales en la formulación de las propuestas se relaciona con la evaluación de la evidencia vigente. El grupo de Mc Master, en Ontario, Canadá<sup>(9)</sup>, pionero en la sistematización de la investigación con la consolidación de la epidemiología clínica, y el grupo de los ingleses, junto con el Centro de Medicina Basada en las Evidencias y la Colaboración Cochrane, determinaron el rumbo que habría de seguir el resto del mundo en este sentido<sup>(11)</sup>.

De esta forma se establecen varios niveles de evidencia dependientes de los métodos de investigación clínica empleados para obtener los resultados. En general se acepta que los ensayos clínicos controlados, en su modalidad de megaensayos (*mega-trials*) y las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados (en su mayoría elaboradas por la Colaboración Cochrane y compiladas por la Cochrane Library) o los ensayos clínicos controlados simples, aportan el mejor nivel de evidencia (primer nivel de evidencia), seguidos por las revisiones sistemáticas de los estudios de cohortes y de casos y controles o por los estudios simples de cohortes o casos y controles con menor sesgo (segundo nivel de evidencia). Continúan los estudios descriptivos, observaciones que presentan series de casos o casos en particular (tercer nivel de evidencia). El cuarto nivel de evidencia está constituido por las opiniones de comités o de clínicos expertos<sup>(12,13)</sup>.

Entre cada una de estas categorías se establecen subdivisiones que se refieren más bien al grado en que se presentan los sesgos en cada uno de los métodos de investigación señalados, más que a subniveles metodológicos.

En la actualidad existen múltiples publicaciones referentes a las estrategias para buscar, seleccionar y evaluar las evidencias de la investigación clínica, e incluso para transferir la información de una guía clínica al paciente individual y para evaluar la calidad de una recomendación<sup>(13,14)</sup>.

La clasificación de las evidencias, a partir del poder metodológico de los tipos de investigación clínica, ha dado lugar a clasificar las recomendaciones en ese mismo orden y sirve como referencia en la síntesis y publicación.

Las recomendaciones que se fundamentan en evidencias de alto nivel se corresponden a un nivel similar en su clasificación. Por ejemplo, las recomendaciones sustentadas en evidencias nivel I obtienen el nivel A o I, dependiendo de quien las clasifique, que es el mayor. Las recomendaciones sustentadas en evidencias nivel II se clasifican como nivel B, y así sucesivamente, de modo que resultan cuatro niveles de recomendaciones, correspondientes a los niveles de evidencia I a IV.

El grupo escocés ha introducido el concepto de *considered judgement*, el cual podemos asumir como el “enjuiciamiento” de la síntesis final de la guía o recomendación y que no es otra cosa que la evaluación, por el mismo grupo que elaboró la guía, la cantidad, calidad y consistencia de la evidencia, la posibilidad de generalizar los hallazgos y aplicabilidad de los resultados a la población blanco a la cual se dirige la guía y el impacto clínico<sup>(13-15)</sup>.

La validación externa no sólo se realiza por clínicos expertos sino también por asociaciones académicas, colegios, universidades y, en algunos casos, por el sector privado

---

**Cuadro I.** Requisitos mínimos para el desarrollo de guías clínicas

---

- Formulación de la pregunta clínica que da origen a la guía o recomendación
  - Acceso a búsqueda y recuperación de información
  - Evaluación crítica de la evidencia
  - Dominio de conceptos de epidemiología y estadística
  - Experiencia en edición de escritos médicos
- 

**Cuadro II.** Factores que deben ser considerados en la elaboración de guías clínicas

---

- Factores estructurales
  - Factores de la organización (deficiencia de recursos)
  - Grupos de expertos (diferencias de criterio respecto a la guía)
  - Factores individuales (conocimiento, actitud, etc.)
  - Interacción entre el profesional de la salud y el paciente (dificultades en la comunicación)
-

(industria farmacéutica preferentemente). Esta revisión proporciona la oportunidad de poner en común la visión de los líderes de opinión y la síntesis de la evidencia que sustenta la guía o la recomendación, corregir errores de interpretación y emitir documentos claros, sencillos o inteligibles.

Las estrategias de difusión varían de acuerdo al interés particular que dio origen a la emisión de la guía o recomendación, de modo que las estrategias para difundirlas estarán dirigidas al nivel local, estatal, nacional o internacional y serán presentadas para los profesionales de la salud, los pacientes o ambos. Las estrategias estarán coordinadas por un grupo interprofesional. Se ha puesto énfasis en que es necesario identificar los factores que inciden directamente en la posibilidad de llevar las guías a la práctica, y se ha sugerido que estos factores pueden estar ubicados en cinco categorías (Cuadro II). Se recomienda establecer estrategias conjuntas para la modificación de aquellos factores que representan un obstáculo para la implantación de las guías<sup>(16,17)</sup>.

Existe coincidencia de opinión en cuanto a que la sola publicación y difusión no basta para que la aplicación se lleve a cabo con éxito, de modo que parece evidente la necesidad de establecer estrategias educativas intensivas para lograr la interpretación y el seguimiento cabal de lo propuesto y, desde luego, realizar un seguimiento estrecho de los resultados. Al respecto, la mayor parte de los grupos sugieren la auditoría clínica (*clínica governance*) como uno de los métodos para medir el impacto<sup>(17)</sup>.

Otro de los elementos indispensables para la incorporación de las guías a la práctica clínica es mantener su actualización. Se sugiere se lleve a cabo la revisión por lo menos cada dos años.

El papel de las guías en la práctica clínica ha sido ponderado en dimensiones variables de acuerdo con el momento de su creación y evaluación. Tiende a ser consenso la opinión de que:

- a) Las guías son lineamientos que enmarcan un rumbo de comportamiento en la práctica clínica.
- b) Su aplicación debe sustentarse en el juicio clínico, ser discrecional y no obligatoria.
- c) No son marcos de referencia inmutables y rígidos y no tienen representación legal, es decir, no sirven como referente legal en un conflicto médico.

## Guías clínicas de la AMC

Como ya se mencionó, el dinámico avance de la ciencia y disciplinas de la medicina que desde hace varias décadas se presenta, obliga a una actualización constante entre los profesionales de la salud y sus instrumentos de consulta. Las guías clínicas son una excelente oportunidad para los propósitos de actualización y accesibilidad de información práctica; adicio-

nalmente, orientan el proceso de decisión, propician la utilización adecuada de recursos y la mejor comunicación médico-paciente, mejoran la calidad de la práctica clínica y difunden el marco técnico-científico de la actuación clínica.

Bajo estas premisas se encauzó el trabajo que durante siete meses desarrollaron los grupos de académicos y especialistas de cada disciplina y de la CONAMED, con varias reuniones de trabajo que permitieron impulsar la elaboración y emisión en octubre de 2003 de las primeras tres guías clínicas con el auspicio de la Academia Mexicana de Cirugía (AMC), mediando en ello una intensa labor de investigación que se cristaliza con las guías clínicas de:

1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
2. Hipertrofia prostática benigna
3. Rinosinusitis

En su proceso se definieron e integraron un comité para la elaboración de guías clínicas, un equipo de trabajo “*ad hoc*” conformado por especialistas afines al problema en estudio, y un equipo asesor que elaboró los lineamientos generales y estructura de la guía, así como sus coordinadores. En todo momento se consideró la pertinencia de las guías a las tendencias de salud y enfermedad del país, y su relevancia para modificar favorablemente el escenario de la calidad del ejercicio de la medicina.

Los médicos participantes de cada grupo fueron:

- Comité para la Elaboración de Guías Clínicas de la AMC

Acad. Armando Vargas Domínguez

*Coordinador General*

Acad. Jaime Lozano Alcázar

*Coordinador General*

Acad. Dr. José R Manzano Trovamala

*Secretario*

Acad. Dr. Rodolfo Blanco Sánchez

*Tesorero*

Acad. Dra. María Estela Arroyo Yllanes

*Primera Vocal*

Acad. Éctor Jaime Ramírez Barba

*Segundo Vocal*

Acad. Dr. Manuel Dufou Olvera

*Tercer Vocal*

Acad. Jorge M Sánchez González

*Comisión Científica. Coordinador de GC*

Acad. Dr. Alejandro Aceff González

*Quinto Vocal*

Acad. Dr. Jesús Sánchez Contreras

*Comisión Científica*

Acad. Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

*Coordinación de enlace con CONAMED*

Acad. Dr. Pascual Edgardo Estrada Estrada

*Coordinador Otorrinolaringología*

Acad. Dr. Carlos García Irigoyen

*Coordinador Urología*

Acad. Dr. Leopoldo S Gutiérrez Rodríguez

*Cuarto Vocal*

- Equipo Asesor en Lineamientos Técnico-Metodológicos de la CONAMED

*Coordinadores*

Dr. Carlos Tena Tamayo, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Acad. Dr. Jorge M. Sánchez-González, Dirección General de Difusión e Investigación, CONAMED.

*Integrantes*

Dr. Luis Hernández Gamboa, Director de Investigación

Dr. Antonio Rivera Cisneros, Director General de Enseñanza e Investigación

Dra. Norma L Juárez Díaz, Directora de Enseñanza

Dra. Esther Mahuina Campos Castolo, Subdirectora de Investigación

Dra. María Josefa Villegas Ríos, Subdirectora de Vinculación.

- Equipo de trabajo para la elaboración de la guía clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico

*Coordinador*

Acad. Dr. Leopoldo S Gutiérrez Rodríguez, Academia Mexicana de Cirugía

*Integrantes*

Acad. Dr. Alejandro Aceff González, AMC, Asociación Mexicana de Cirugía General

Acad. Dr. Fernando Bernal Sahagún, Asociación Mexicana de Endoscopia, Hospital General de México

Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade, Expresidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y la AMC

Acad. Dr. Antonio de la Torre Bravo, Expresidente del Consejo Mexicano de Gastroenterología

- Equipo de trabajo para la elaboración de la guía clínica para la hiperplasia prostática benigna

*Coordinador*

Acad. Dr. Carlos García Irigoyen, Academia Mexicana de Cirugía

*Integrantes*

Acad. Dr. Jorge Elías Dib, AMC, Sociedad Mexicana de Urología

Dr. Francisco Calderón Ferro, Sociedad Mexicana de Urología

Dr. Carlos Pacheco Gahbler, Sociedad Mexicana de Urología

Dr. Sergio Ureta Sánchez, Presidente del Consejo Mexicano de Urología

Dr. Eduardo Serrano Brambila, Consejo Mexicano de Urología

Dr. León Ovadía Rosenfeld, Sociedad Mexicana de Urología

Dr. Ignacio López Caballero, Consejo Mexicano de Urología

Dr. Ernesto Ruiz Rueda, Consejo Mexicano de Urología

Dr. Eduardo Lino Silva, Presidente de la Sociedad Mexicana de Urología

- Equipo de trabajo para la elaboración de la guía clínica para rinosinusitis

*Coordinador*

Acad. Dr. Carlos Pascual Estrada Estrada, AMC

*Integrantes*

Dr. Jorge Ayala Morán, Expresidente de la Sociedad de Alergia en Otorrinolaringología

Dr. Rogelio Chavolla Magaña, Secretario de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (CCC)

Acad. Dr. José Ángel Gutiérrez Marcos, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología CCC

Dr. Mario Hernández Palestina, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acad. Dr. Guillermo Hernández Valencia, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología CCC

Acad. Dr. en C Eduardo López Lizárraga, Expresidente de la Sociedad Médica del Centro Médico de Occidente

Dr. Luis Alberto Macías Fernández, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Dr. Fernando Martín Biasotti, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Acad. Dr. Germán Fajardo Dolci, Presidente del Congreso de Otorrinolaringología 2004

Acad. Dr. Antonio Soda Merhy, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Dr. Alejandro Vargas Aguayo, Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Dr. Jorge Barrera Iglesias, Expresidente de la Federación Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Dr. Edgar Novelo Guerra, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

Dr. Víctor Eduardo Vera Martínez, Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC

## Conclusiones

Las guías clínicas orientan sobre la actuación médica en el momento oportuno de cada fase de la historia natural

de la enfermedad. Revisa aspectos relevantes sobre actividades que deben realizarse en pacientes con una patología específica, que incluyen la promoción a la salud, preventión, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos. Coadyuvan en la prevención de complicaciones, establecimiento de niveles de competencia, disminución de los costos de la atención médica y prevención de mala práctica médica.

Como se puede apreciar en lo antes mencionado, las guías clínicas en cuestión fueron elaboradas por especialistas y expertos en cirugía, gastroenterología, endoscopia, urología, gastroenterología y otorrinolaringología, entre otras, con el objetivo de brindar a la comunidad médica del país recomendaciones sistemáticas basadas en la mejor evidencia científica disponible en nuestro medio. Al igual que otras guías que se estarán elaborando, tienen el objetivo de orientar las acciones de los profesionales de la salud sobre las intervenciones clínicas más adecuadas y eficientes, en este caso, en los diferentes niveles de atención apoyando la identificación de competencias y responsabilidades, sus contenidos abordan criterios clínicos, epidemiológicos y administrativos.

Las tres guías clínicas aludidas podrán ser consultadas y revisadas *in extenso* en la página electrónica de la Academia ([www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx)), y en las publicaciones que en breve estarán disponibles.

Es por la magnitud de este encomiable esfuerzo, que todos los médicos participantes en los equipos de trabajo merecen reconocimiento por su dedicación en beneficio de la medicina mexicana, pero especialmente por el beneficio sobre los pacientes.

Por otra parte, y para reforzar lo anterior, insistimos en que las guías clínicas son una excelente oportunidad en su aplicación y toma de decisiones porque:

- I. Propician la utilización adecuada de recursos y una mejor comunicación médico-paciente.
- II. Mejoran la calidad de la práctica clínica y difunden el marco técnico-científico de la actuación clínica.
- III. Aportan criterios explícitos para el flujo de decisiones durante el acto médico.
- IV. Constituyen, dada su versatilidad y actualización constante, una herramienta para la educación continua de los profesionales de la salud.
- V. No constituyen un instrumento obligatorio de implicación legal.
- VI. Propician una consulta actualizada en el tratamiento de una enfermedad específica e impacto en los programas de salud.

Además, su vigencia es corta (generalmente no va más allá de dos años), su revisión y renovación constantes, acordes al

desarrollo actual de la ciencia. Con base en lo anterior, la vigencia para las tres guías clínicas quedó establecida en máximo 12 meses, tiempo durante el cual se acumularán: la información actualizada, los ajustes sugeridos por los expertos, y la incorporación de nuevos conocimientos, si fuese el caso, para la nueva versión<sup>(14-17)</sup>. Por lo tanto, se extiende una cordial invitación a enriquecer dichos documentos con sus conocimientos y experiencia, enviando sus aportaciones a la Academia Mexicana de Cirugía en escrito dirigido al Comité de Guías Clínicas o a las direcciones electrónicas amc@starnet.com y guiasclinicasamc@yahoo.com.mx

## Referencias

1. Field MJ, Löhr KN. Clinical practice guidelines directions for a new program. Washington, DC, USA: National Academy Press; 1990.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Acceso 6 noviembre 2003. URL disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidlines/index.html>.
3. American Heart Association. Acceso 4 noviembre 2003. URL disponible en: [http://www.ahajournals.org/cgi/bbtBrowse?subdir\\_name=ahajournals\\_bbt&category=522283](http://www.ahajournals.org/cgi/bbtBrowse?subdir_name=ahajournals_bbt&category=522283).
4. Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Trejo y Pérez JA. Guías de práctica clínica para medicina familiar. 1<sup>a</sup> ed. México: El Manual Moderno; 2004.
5. American Diabetes Association. Acceso 8 noviembre 2003. URL disponible en <http://www.diabetes.org/diabetes-research/clinical-trials/trials-home.jsp>.
6. McHaffie H, et al. Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe. J Med Ethics 1999;25:440-446.
7. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Grimshaw J. Potential benefits limitations and harm of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527-530.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Newtwork. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section9.html>.
9. Campbell N, et al. Methods and an overview of the Canadian recommendations. CAMJ 1999;160:s1-s50.
10. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. BMJ 1999;318:728-730.
11. Guyatt G, Sinclair J, Cook D, Glasziou P. Users' guides to the medical literature. XVI. How to use a treatment recommendation. JAMA 1999;281:1836-1843.
12. Haycox A, Bagurt A, Walley T. Clinical guidelines. The hidden cost. BMJ 1999;318:391-393.
13. Lohr KN, Eleazer K, Maushopf J. Health policy issues and application for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. health policy. 1998;46:1-19.
14. Schwartz P, Breithardt G, Howard A, Julian D, Rehnqvist N: The legal implications of medical guidelines – a task force of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 1999;20:11523-1157.
15. Cabana MD, Rand CS, Powe RN, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework of improvement. JAMA 1999;282:1458-1465.
16. Grifell E, Carbonell JM, Iniesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona, España. Ed. Consultoría y Gestión; 2000.
17. Tools for Guideline Development and Evaluation- New Zealand Guidelines Group. On line: <http://www.nzgg.org.nz/tools.cfm>.