

Diseminación e implementación de una GPC

Autores

Carmen Costa Ribas ¹
Arritxu Etxeberria Agirre ²

1. Médica especialista en M. Familiar y Comunitaria.

SAP de Fingoy- SERGAS- Lugo

2. Farmacéutica.

Farmacéutica de Atención Primaria. Comarca Gipuzkoa Este- Servicio Vasco de Salud- Osakidetza.

Miembros de grupos de la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia (Expte FIS: G03/090)

Guías Clínicas 2005; 5 Supl 1: 6



Elaborada por médicos con revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Introducción

Las GPC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas¹. Para ello es necesario que las guías se incorporen en la práctica clínica, es decir, que los profesionales sanitarios adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes. Ello supone un proceso de cambio en la práctica clínica y, como tal, es complejo y depende de múltiples factores.

Así, si intentamos responder a la pregunta de por qué en general las GPC no se siguen con el éxito esperado aún cuando paradójicamente los clínicos las reconocen como instrumentos útiles², probablemente encontraremos factores relacionados con las características de las propias guías, con las creencias y actitudes de los clínicos y los pacientes, o con el contexto en el que se aplican. Además, otro aspecto muy relevante estará relacionado con el proceso de elaboración de la guía, en el sentido de si se ha planificado una diseminación e implementación efectivas que faciliten la puesta en marcha de las recomendaciones de la GPC.

En este tema, describiremos los métodos o estrategias de implementación más utilizados y su efectividad, las barreras que dificultan la puesta en marcha de una guía, así como las consideraciones y los pasos a tener en cuenta a la hora de diseñar, planificar y poner en marcha la implementación.

Difusión, diseminación e implementación de una GPC: Definición de términos

Los términos de difusión, diseminación e implementación que encontramos en la literatura científica acerca de las GPC tienen matices y significados diferentes que describimos a continuación³:

- La difusión es la distribución de información al clínico, consiste en distribuir la guía por los medios tradicionales. Habitualmente no existe una planificación previa ni unos objetivos determinados.
- La diseminación es la comunicación de la información al clínico para mejorar sus conocimientos o habilidades. Es un concepto más activo que el anterior, en el sentido que intenta transmitir los contenidos de la GPC de una forma más orientada a un público determinado. Un ejemplo de diseminación es la formación continuada en forma de conferencias o charlas.
- La implementación significa trasladar la guía a la práctica clínica. Implica estrategias de comunicación efectiva e identificar y superar las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones que propone. Es más activa que la diseminación.
- La adopción, hace referencia a la decisión de la necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica, una vez que se conocen los contenidos de la GPC.

La complejidad y el coste de las intervenciones es ascendente: la difusión es menor que la diseminación y ésta menor que la implementación. No obstante, hay que aclarar que habitualmente cuando hablamos de "plan

Es necesario que las GPC se incorporen a la práctica clínica diaria, para ello es importante planificar una diseminación e implementación efectivas, que facilite el cambio en el comportamiento de los clínicos y la puesta en marcha de las recomendaciones de la GPC

La difusión es la distribución de la información sin planificación previa. La diseminación comunica la información para mejorar conocimiento y habilidades. La implementación intenta trasladar el conocimiento a la práctica clínica mediante determinadas estrategias y superando las posibles barreras del entorno. La adopción supone la decisión de cambiar la práctica clínica

de implementación" o "estrategias de implementación" nos estamos refiriendo a una combinación de distintas estrategias de difusión, diseminación e implementación.

Descripción de las estrategias de implementación

Cualquier estrategia de implementación debería tener impacto a cuatro niveles, y en el siguiente orden⁴:

- Aumentando el conocimiento, de forma que los clínicos y los pacientes conozcan los mensajes de la GPC.
- Cambiando actitudes, de forma que los clínicos acepten que las recomendaciones propuestas en la GPC representan un mejor estándar de asistencia.
- Cambiando los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica clínica siguiendo las recomendaciones de la GPC, teniendo en cuenta también las preferencias del paciente y las influencias administrativas y económicas.
- Modificando resultados, lo que significa mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población con el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC.

A pesar de que existen diferentes propuestas y clasificaciones de los métodos disponibles para implementar una GPC, a continuación se expone un resumen de las más relevantes^{1,5-7}:

Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios

- Distribución de material educativo: es la forma más empleada para dar a conocer una GPC. Pueden utilizarse guías en formato papel, publicaciones electrónicas, materiales audiovisuales, o publicaciones en revistas científicas, en función del público al que se quiera llegar. Es un método de coste relativamente bajo. Sin embargo, es difícil conseguir el cambio en el comportamiento de los clínicos únicamente con la distribución del material educativo.
- Formación médica continuada: en este caso los contenidos de la GPC se presentan en distintas actividades formativas tanto en el propio medio de trabajo, mediante conferencias o sesiones clínicas, como fuera del mismo en los congresos o participando en talleres prácticos interactivos. Como método educativo éstos últimos son preferibles en comparación con los métodos teóricos tradicionales con la presencia de asistentes pasivos (tipo clase magistral)¹⁰.
- Procesos de consenso local: consiste en involucrar a los diferentes grupos de profesionales a los que va dirigida la GPC en una discusión o puesta en común para asegurarse de que están de acuerdo con la importancia de las cuestiones clínicas abordadas y con el manejo de las mismas. La inclusión de los distintos grupos de profesionales que conocen el medio local es útil para identificar las dificultades o barreras y la forma en que pueden superarse.
- Visitas educativas individualizadas en el centro de

trabajo ("Educational outreach visits", "academic detailing"). Consiste en que personas entrenadas del entorno sanitario realicen visitas individualizadas y personalizadas ("cara a cara") con los clínicos en el propio lugar de trabajo, utilizando diferentes propuestas de aprendizaje que tienen como finalidad enseñar resolviendo, por ejemplo a través de casos clínicos concretos. La información puede incluir feedback de datos de actuación clínica. Algunos países con una producción importante de guías cuentan con profesionales específicos para esta actividad, aunque no es así en nuestro medio.

- Líderes locales de opinión: en este caso son profesionales nominados por sus pares como "educacionalmente influyentes" los encargados de transmitir los contenidos de la GPC. Se trata de profesionales de referencia a nivel local, considerados clínicamente competentes y con habilidades de comunicación.
- Intervenciones mediadas por pacientes: son actividades que tienen la finalidad de cambiar el comportamiento de los clínicos con las intervenciones de los pacientes, cuando éstos conocen las recomendaciones de la GPC. Son ejemplos de las mismas:
 - La información obtenida con la entrega o distribución de material que contenga los mensajes de la GPC, en las salas de espera.
 - Enviando información por correo electrónico o convencional, mediante diferentes asociaciones de pacientes de enfermedades relacionadas con el tema objeto de la guía.
 - A través de los conocimientos que pueden recibir de otros profesionales sanitarios.
- Auditoría y feed-back: consiste en conocer cómo se está desarrollando la actuación clínica en determinados procesos sanitarios, en un periodo de tiempo concreto. La información puede obtenerse de las historias clínicas, bases de datos informatizadas o incluso de las opiniones de los pacientes. Se denomina auditoría externa si se recoge por profesionales externos al medio de trabajo o auditoría interna si la realizan los propios profesionales. Es muy importante que el resultado de la auditoría se devuelva a los clínicos para lograr los cambios esperados¹⁰.
- Sistemas de recuerdo ("reminders"): Se trata de cualquier intervención, manual o electrónica, cuyo objetivo principal es avisar al profesional sanitario para que realice una actividad clínica determinada. Entre sus ventajas más destacables estarían que no son difíciles de implementar y su disponibilidad en el momento necesario. Los avisos pueden estar computerizados o en papel para rellenarlo manualmente. Algunos ejemplos son:
 - Sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones ("decision support systems"). Se trata de información médica informatizada accesible en el lugar de consulta, que pueda ser útil en el momento de la toma de decisiones con los pacientes, relacionadas sobretudo con dudas de pruebas diagnósticas, tratamientos o seguimiento de determinadas enfermedades⁸.
 - Informes ampliados de laboratorio (paciente diabético con LDL > 100, avisaría que lo tenemos por encima del objetivo de tratamiento y señalaría las recomendaciones a seguir).
 - Los recuerdos acerca de las diferentes actividades preventivas y de tamizaje o rastreo
 - Diferentes casillas o apartados que hay que cumplimentar en la propia historia clínica o en las hojas de actividades preventivas.

Cualquier estrategia debería actuar: aumentando el conocimiento, cambiando las actitudes, cambiando hábitos y comportamientos y modificando resultados

La intervención dirigida a los profesionales sanitarios más empleada es la distribución de material educativo y habitualmente insuficiente para conseguir cambios en el comportamiento de los clínicos

- Intervenciones a medida. Son actividades desarrolladas por determinados profesionales, que mediante entrevistas personales o discusiones en grupo, pretenden identificar cuáles son las barreras que se han encontrado para llevar a cabo las directrices de la GPC y diseñar un plan para superarlas.
- Revisión por pares.
- Intervenciones con múltiples estrategias. Consisten en utilizar diferentes combinaciones de los métodos citados previamente, con el objetivo de aumentar la eficacia en los cambios que han de producirse entre los profesionales y pacientes a los que va dirigida la GPC¹⁰.

Intervenciones económicas

Tienen la finalidad de modificar el comportamiento de los clínicos o el de los pacientes, con diferentes tipos de incentivos o penalizaciones. Ejemplos de estas intervenciones podrían ser: pagos de honorarios, subvenciones, becas, asistencia a cursos, congresos o reuniones, por el cumplimiento de las recomendaciones que aparecen en la GPC, tanto a los clínicos como a los pacientes, o por el contrario, penalizaciones por su incumplimiento.

Intervenciones sobre las organizaciones.

Pueden incluir:

- Cambios en las estructuras físicas donde tendrán que llevarse a cabo las recomendaciones de la GPC y que implican modificaciones en el lugar de trabajo, la adecuación tecnológica necesaria o cambios en los sistemas de registro (por ejemplo pasando de registros en papel a registros informatizados). También puede consistir en la creación de nuevas unidades (unidades de ictus, dolor...).
- Cambios sobre las personas que prestarán el servicio: pueden llevarse a cabo con la contratación de profesionales encargados específicamente de realizar algunas de las prácticas propuestas en la GPC o crear equipos multidisciplinares de distintos profesionales para trabajar con el mismo objetivo.
- Intervenciones sobre los pacientes: Son todas aquellas que sirven para aumentar la participación de los pacientes tanto de forma individualizada como a través de diferentes grupos de asociaciones con el fin de mejorar la aceptabilidad de las GPC. Este objetivo puede lograrse mediante educación dirigida a este grupo de personas o bien utilizando distintos tipos de materiales educativos y recomendaciones. La importancia y la eficacia de estas actividades, sobre todo ha recaído en las guías de actividades preventivas y de rastreo.

Intervenciones reguladoras

Son estrategias que tienen como objetivo principal cambiar las prestaciones o los costes de un servicio sanitario mediante una ley o una normativa. Pueden ser ejemplos de ello, para implantar una GPC establecer barreras opuestas a las contraindicaciones de esta, tales como la inclusión de visado de inspección para un fármaco, regulación de precios de los medicamentos o de otras intervenciones.

Intervenciones administrativas

Pueden solaparse con las intervenciones reguladoras, económicas y organizativas. Normalmente están creadas con la intención de facilitar o forzar los cambios en el trabajo clínico de los profesionales sanitarios para ajustarlos a las recomendaciones de la GPC, y entre ellas estarían: la necesidad de que sea un especialista el que solicite una prueba diagnóstica

en vez de que sea el médico de atención primaria, o realizando pagos extras a los mismos por el perfil de prescripción (incentivos). En este apartado se incluyen también los pactos entre gerencias y centros sanitarios, que pueden diferir entre Comunidades Autónomas (pactos, objetivos, contratos programa, contratos de gestión clínica...), que pueden incluir o no incentivos.

Adaptación local de las GPC

Cada vez son más los grupos productores de guías que incorporan la adaptación local de una guía de ámbito nacional en guías o protocolos locales dentro de la fase de implementación. El desarrollo local aumenta la familiaridad y el sentido de propiedad de la guía, ya que tiene en cuenta aspectos locales de tipo organizativo, incluye líderes de opinión o profesionales relevantes del medio y, en definitiva, tiene en cuenta cuáles son los principales problemas en el lugar en que se va a aplicar la guía, y si las recomendaciones son aplicables en dicho entorno (valorando existencia de personal, disponibilidad de medios diagnósticos o de tratamiento, barreras culturales, etc.).

Medios de comunicación de masas

Utilizan distintos métodos de comunicación para llegar a un gran número de personas: televisión, radio, periódicos, folletos y otros. Están dirigidos a toda la población en general y cada vez es más importante su potencial de impacto.

Independientemente de cuál sea la estrategia de implantación de la GPC que se utilice entre las descritas, siempre hay que cuestionarse su efectividad esperada y si dicha estrategia es la más apropiada a las barreras y circunstancia del lugar donde se quiere implantar. Ausencia de una planificación estructurada desde el inicio para la implementación.

Efectividad de los métodos de implementación

El grupo de la Cochrane denominado EPOC (Effective Practice and Organization of Care) se constituyó con la finalidad de realizar revisiones sistemáticas relacionadas con intervenciones de implementación, para poder determinar la efectividad de las mismas. Recientemente Grimshaw y cols¹ han llevado a cabo una revisión sistemática muy exhaustiva (bases de datos EPOC, MEDLINE, EMBASE, Healthstar, Cochrane-ensayos clínicos, SIGLE), y que incluye 235 estudios.

Los hallazgos más relevantes han sido los siguientes:

- Se observan mejoras en el resultado medido en el 86,6% de las comparaciones, aunque el efecto es variable dependiendo del tipo de intervención y también del estudio.
- Las intervenciones más valoradas fueron los sistemas de recordatorios, materiales educativos, auditoría y feedback. La mayoría producen de pequeño a moderado efecto: así, la mediana de mejora es del 14,1 % para los recordatorios, 8,1% para materiales educativos, 7% para la auditoría y feedback y un 6% para las intervenciones con múltiples estrategias. Los máximos efectos observados no suelen pasar de un 25% de mejora absoluta.

Las intervenciones más valoradas son los sistemas de recordatorio, materiales educativos, auditoría y feedback. Los primeros son además los más efectivos

- Los sistemas de recordatorio son las intervenciones que han demostrado ser más efectivas.
- Las intervenciones con múltiples estrategias no son necesariamente más efectivas que las intervenciones simples, aunque sí suelen serlo.
- Los materiales educativos tienen poca eficacia, pero potencialmente pueden tener efectos importantes (van dirigidos a muchos profesionales) y sus costes es relativamente bajo.
- Se requiere más investigación en este campo, principalmente en aspectos relacionados con los modelos teóricos sobre cambios de comportamiento y con la eficiencia.

Barreras y facilitadores

Las barreras en el contexto de las GPC se definen como aquellos factores que impiden o dificultan los cambios que se pretenden alcanzar⁹. Los facilitadores son los factores que propician los cambios. Las estrategias y los planes de implementación que tengan en cuenta e identifiquen las barreras que van surgiendo, tanto durante el proceso de implementación como después del mismo, e intenten poner los medios para superarlas, tendrán mayor probabilidad de éxito.

En general pueden clasificarse en cuatro grandes grupos^{5,7,9}:

- Barreras que dependen de las características de las GPC:
 - En el proceso de desarrollo de las GPC. Alguna de las barreras incluyen: objetivo de la guía poco definido, el grupo redactor es poco representativo, la síntesis de la evidencia o la forma en que se ha utilizado la evidencia es inadecuada, las recomendaciones son ambiguas o poco claras, no se ha empleado un método de consenso para las recomendaciones, entre otras deficiencias.
 - En la redacción de las GPC: a veces son demasiado largas, de uso complejo, con formatos de publicación incómodos para el manejo en la consulta, o puede que las recomendaciones finales presenten dificultades para su interpretación.
 - En el contenido de las GPC, en este caso hace referencia a la validez, fiabilidad y reproducibilidad, todas ellas condiciones que facilitarían o dificultarían su credibilidad por parte de los clínicos.
- Las barreras relacionadas con las guías son probablemente las más fáciles de superar, si se elaboran con contenido, formato adecuados (guías rápidas, algoritmos...), y un equipo redactor multidisciplinar que incluya a profesionales que conozcan el medio.
- Barreras relacionadas con el clínico:
 - Conocimientos y habilidades: el clínico desconoce que existe la guía, o no está familiarizado con las guías y la MBE.
 - Actitudes: el clínico está en desacuerdo con el contenido de las guías o con la importancia de las mismas, presenta una actitud crítica, los líderes de opinión en desacuerdo, percepción de la guía como algo impuesto....
 - Sobrecarga asistencial.
 - Comportamientos: resistencia al cambio.

Todos estos factores van a tener gran influencia en la adopción de una guía y no son fáciles de superar:

- Barreras relacionadas con el medio local y con la propia organización sanitaria:
 - Escaso apoyo institucional y la falta de recursos para el desarrollo e implementación de las guías.

- Falta de reconocimiento a los profesionales que siguen las recomendaciones de las guías.
- Demanda asistencial excesiva, que dificulta el destinar tiempo a la lectura de las guías.
- Formación continuada en manos de la industria farmacéutica.
- Barreras relacionadas con el propio proceso de implementación:
 - Ausencia de una planificación estructurada desde el inicio para la implementación.

Pasos que deberían seguirse en la implementación local de una GPC

Aunque en la literatura científica podemos encontrar diferentes propuestas a seguir para realizar la implementación o la diseminación de una GPC, en este capítulo exponemos un resumen agrupando las que utilizan el grupo de GPC de Nueva Zelanda⁶ y las de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)⁷. Sin embargo es muy importante recordar que la propuesta con los pasos

Es importante que los pasos de la implementación se adapten al medio y a las circunstancias locales

del plan de implementación, deberá siempre adaptarse al medio y a las circunstancias locales, teniendo presente los recursos disponibles, la población diana a la que nos vamos a dirigir, las características de nuestros pacientes y también, los distintos factores culturales propios de la zona. Pasos^{4,6,7}:

1. Desarrollar un plan de implementación, para ello es muy importante esclarecer desde un principio cuáles van a ser los objetivos y qué mejoras o cambios tienen que suceder con la implementación de la GPC.
2. Identificar qué personas tendrán que involucrarse en el proyecto de implementación, así como las que van a liderarlo. En las mejores condiciones debería contarse con un grupo multidisciplinar, de forma similar a los miembros del grupo elaborador de la GPC, en este caso tendría que estar constituido al menos por todos los representantes de los diferentes estamentos clínicos que intervienen en el cuidado de los pacientes, pacientes y representantes de los mismos, gestores de la sanidad así como grupos de personas con experiencia en metodología de GPC y lectura crítica. Es importante incluir en este proceso a profesionales que conozcan el medio local, con el objeto de mejorar la aceptación de la guía.
3. Decidir cuál es la población diana a la que hay que dirigirse, porque no todos los métodos son útiles para todos los grupos (pacientes, médicos de distintas especialidades, enfermería, auxiliares etc.), una vez identificados, elaborar diferentes estrategias para cada uno de ellos.
4. Analizar los vacíos que existen entre la práctica clínica que se está llevando a cabo de forma habitual y la práctica "ideal" que propone la GPC, es decir, qué es lo que se está haciendo en el momento actual y qué cambios deben suceder. Para identificarlos puede ser muy útil realizar una auditoría. Ello ayudará a plantearse objetivos realistas de la implantación.
5. Seleccionar cuáles son los mensajes clave que propone la GPC y que necesariamente deben comunicarse, porque con su cumplimiento probablemente se resolverán los vacíos entre la práctica clínica habitual y la "ideal". A veces cada uno de estos mensajes necesita estrategias distintas

- de comunicación para cada uno de los grupos diana, así como diferentes formatos de resúmenes, algoritmos y recomendaciones.
6. Identificar cuáles son las barreras que podrían interferir en el desarrollo de una implementación satisfactoria; algunas de las ya mencionadas anteriormente son: disponibilidad de recursos, organización del trabajo, cuáles son las actitudes al cambio que se perciben en el entorno, disponibilidad de poder aumentar el tiempo de trabajo para llevar a cabo las recomendaciones de la GPC, la visión de la política sanitaria y las posibles interferencias con la administración.
 7. Decidir cuáles son los métodos de implementación que pueden funcionar en nuestro contexto, teniendo en cuenta el grado de complejidad de las recomendaciones para que la población diana utilice la GPC, los facilitadores aprovechables y las barreras a superar. Habitualmente se necesitan menos y estrategias más baratas para implementar las guías sencillas. En esta fase también es importante preparar a los profesionales para la implementación de la GPC, explicándoles con tiempo, entusiasmo y con una comunicación eficaz, cuáles son los objetivos que se pretenden llevar a cabo, asegurándose de que consiguen una actitud positiva y favorable al cambio. Por otro lado, no menos importante es preparar el medio de trabajo, equipándolo adecuadamente, como también ayudar a los grupos de pacientes, para que intervengan en las iniciativas que se llevarán a cabo.
 8. Llegado este punto resulta fundamental considerar cuáles van a ser los costes del plan de implementación. Cualquier estrategia conlleva unos costes que suelen ser menores en las más sencillas, además, es frecuente que las estrategias más baratas sean también las menos eficaces para producir las modificaciones en la práctica clínica. Para decidir si merece la pena elaborar una GPC deben considerarse todas las implicaciones económicas, incluyendo los gastos de su elaboración, los de su diseminación e implementación. El objetivo final consiste en alcanzar un equilibrio eficiente de todos ellos, teniendo en cuenta los beneficios que se obtendrán a largo plazo con la implementación, es decir un coste-oportunidad bajo.
 9. Una vez recopilada toda la información obtenida de los apartados previos, es importante elaborar un plan de actuación, con el consentimiento de

todos los responsables en cada uno de los pasos que se han decidido para llevar a cabo las mejoras en la práctica clínica.

10. El último paso y quizá el más relevante es la evaluación del impacto que han tenido las estrategias de implementación de la GPC y para ello es necesario conocer los siguientes aspectos:
 - Qué grupos de personas conocen y se han familiarizado con los contenidos de la guía.
 - Comprobar el uso actual que se está haciendo de la misma.
 - Recoger información de cuánto se ha consumido en recursos adicionales de salud, necesarios para cumplir las recomendaciones propuestas.
 - Cuáles han sido los cambios obtenidos en los resultados de salud, con el uso de la GPC, no solamente a corto plazo, si no cómo se han ido manteniendo a lo largo del tiempo.

Bibliografía

1. Grimshaw J M, Thomas R E, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C R, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 2004; 8(6). 1-84
2. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust*. 2002;177:502-6.
3. Implementing clinical practice guidelines. [Monografía en Internet]. Davis D, Taylor-Vaisey A. What the literature says: translating guidelines into practice Ottawa: Canadian Medical Association; 1997 [acceso 26 de abril de 2005]. Disponible en: http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/handbook/sect_2.htm
4. García Gutiérrez JF, Minué Lorenzo S. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) ¿Cómo hacer que las GPC sean efectivas? En: García-Caballero M (ed.). Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Málaga: Ciencia Biomédica, Universidad de Málaga; 2003.
5. Thorsen T, Mäkelä M. Cambiar la Práctica de los Profesionales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002
6. New Zealand Guidelines Group Incorporated. Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-based Clinical Practice Guidelines [Internet]. Wellington: NZGG; November 2001. [acceso 26 de abril de 2005]. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf
7. Sign 50: A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; February 2001, updated May 2004 [acceso 26 de abril de 2005] Disponible en: <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/50/index.html>
8. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24:151-62.
9. Foy R, Walker A, Penny G. Barriers to clinical guidelines: the need for concerted action. *British Journal of Clinical Governance* 2001;6:166-174.
10. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, Villar E, Rincón M et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica en la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. *Ensayo clínico aleatorizado en grupos Rev Esp Cardiol*. 2005; 58: 640-8