

# 12



## Lectura crítica de una Guía de Práctica Clínica.

Juan Francisco Menárguez Puche  
Juan Antonio Sánchez Sánchez  
Enrique Ortín Ortín  
Isabel Hidalgo García  
Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de  
Medicina Familiar y Comunitaria.

### **1. CONCEPTO DE GUIA DE PRÁCTICA CLINICA(GPC).**

### **2. NECESIDAD DE UTILIZAR GPC.**

### **3. TIPOS DE GPC.**

### **4. EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE UNA GPC.**

4.1. La importancia de revisar correctamente la evidencia.

### **5. ATRIBUTOS DE UNA GPC**

### **6. CRITERIOS FUNDAMENTALES EN LA CALIDAD DE UNA GPC.**

### **7. COMO ACCEDER A LAS GPC.**

7.1. Guías de práctica clínica accesibles en internet.

7.1.1. HSTAT (Health Services Technology Assesment Text).

7.1.2. NZGG (New Zealand Guidelines Group).

7.1.3. NeLH-Guidelines Finder.

7.1.4. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

7.1.5. NGC (National Guidelines Clearinghouse).

7.1.6. Sociedad Española de Cardiología.

7.1.7. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

7.1.8. Fistera.

7.1.9. Guía Salud.

### **8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.**

### **9. PUNTOS CLAVE.**

### **10. BIBLIOGRAFÍA.**

## ESCENARIO CLINICO

Nuestro paciente es un varón de 46 años. En una revisión rutinaria se le ha detectado una Hipertensión Arterial (HTA). Tras la detección se confirmaron cifras medias de presión arterial de 156/104 mm Hg. El estudio inicial (exploración, analítica de sangre y orina, EKG y Rx de tórax) fue normal. No fumaba ni tomaba ninguna medicación. Tras seis meses de tratamiento con medidas higiénico-dietéticas las cifras de presión arterial son de 142/98 mm Hg. Presenta una obesidad leve con un IMC de 28. Nos planteamos comenzar con tratamiento farmacológico. ¿Cuál?

12

→ 1

## CONCEPTO DE GUIA DE PRÁCTICA CLINICA.

Cuando reflexionamos sobre el trabajo diario, los Médicos de Familia nos damos cuenta de diferentes cuestiones relacionadas con nuestra práctica: la amplia variabilidad interprofesional al abordar los diferentes problemas de salud, la importancia de una “puesta al día” continua -con las dificultades que supone antes los múltiples problemas sobre los que debemos tomar decisiones- y las implicaciones que esto tiene tanto para el paciente como para el sistema. Sería muy útil por tanto desarrollar una herramienta que, basada en una rigurosa y reciente revisión bibliográfica, permitiera que nuestras decisiones se apoyaran en la mejor evidencia disponible y mejorara la calidad de nuestra atención.

Habitualmente los clínicos cuidamos a nuestros pacientes valorando sus necesidades de atención sanitaria de forma individual. Para ello debemos reconocer sus problemas de salud importantes, considerar las opciones sensatas para el manejo de cada uno de ellos, interpretar las evidencias sobre los resultados que pueden esperarse de cada una de las opciones y comprobar las preferencias de los pacientes para cada uno de los resultados previsibles. Para ayudarnos a realizar todas esas tareas están las Guías de Práctica Clínica (GPC), que son un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos en un formato fácilmente utilizable.<sup>1</sup>

En principio, para ayudar a responder preguntas como la del cuadro de texto inicial una GPC podría ser una herramienta idónea. Las GPC son un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas ante condiciones clínicas específicas.

Una definición adaptada de la clásica del Institute of Medicine<sup>2</sup> sería la de que una GPC es un “conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar, tanto a profesionales sanitarios como a usuarios, a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica”. El objetivo final de las GPC es elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos.<sup>3</sup>

Las GPC surgen de la revisión sistemática de la evidencia científica y del juicio profesional. Su elaboración es una de las responsabilidades de las agencias de evaluación de tecnologías médicas y servicios sanitarios, en cooperación con las sociedades profesionales. Su función es mejorar la calidad, idoneidad y efectividad de la asistencia sanitaria.<sup>4</sup>

Las GPC son pues herramientas de ayuda en las decisiones clínicas y no un conjunto de normas rígidas. Se caracterizan por su flexibilidad, aplicabilidad clínica, claridad, documentación y elaboración tras una revisión planificada<sup>5,6</sup>. Si contamos con una buena Guía, nos aseguramos que se ha revisado y graduado la evidencia por expertos, se han probado sus recomendaciones y están incorporadas las diferentes posibilidades y opciones de tratamiento. Representan una magnífica herramienta que organiza la mejor evidencia científica disponible para utilizarla en la toma de decisiones clínicas. Son tan útiles que incluso autores del movimiento actual de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia plantean que el primer paso para resolver un problema clínico y el método más eficiente para decidir la mejor actuación sanitaria debería ser la búsqueda de una GPC válida<sup>6</sup>.

Los beneficios potenciales de las GPC son diversos y se extienden para todos los protagonistas del sistema sanitario. Pueden servir para:

- A) Mejorar los resultados en salud de los pacientes, promoviendo actuaciones adecuadas y pertinentes. Permite disminuir la variabilidad injustificada al seleccionar tratamientos o exploraciones complementarias.
- B) Ofrecer a los profesionales directrices basadas en los mejores resultados de la investigación biomédica, aportando referencias sobre puntos de buena práctica clínica.
- C) Que planificadores y gestores mejoren la eficiencia de los recursos y controlen los costes sin amenazas para la calidad de la asistencia.

## 12

### → 2 NECESIDAD DE UTILIZAR GPC.

Entre los factores que determinan la necesidad de utilizar GPC<sup>4</sup> se incluyen varios:

- A) Variabilidad en la práctica clínica. Los diferentes estilos profesionales pueden llevar no sólo a un diferente e injustificado consumo de recursos, sino también a diferencias en los resultados en salud. Estos dispares patrones de conducta ocurren más allá de lo justificado por la incertidumbre inherente a la práctica médica, el respeto al principio de autonomía de los profesionales en la toma de decisiones clínicas y/o las diferentes características de pacientes o centros sanitarios.
- B) Idoneidad de la práctica clínica, entendida como la utilización adecuada del mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico para la circunstancia clínica en que esté indicado.
- C) Necesidad de desarrollar estándares que permitan evaluar la calidad asistencial o determinar criterios de buena praxis.
- D) Incertidumbre en torno a los resultados clínicos que se pueden producir al aplicar las estrategias diagnósticas o terapéuticas disponibles en la práctica médica.
- E) Ayuda a profesionales y usuarios en situaciones donde la asimilación de los nuevos conocimientos sea difícil, como consecuencia del elevado número de publicaciones, complejidad metodológica de los estudios y sesgos de publicación.
- F) Ayuda para evitar falsas presunciones respecto al diagnóstico y tratamiento de determinadas condiciones clínicas.

A pesar de todos estos aspectos que avalan la utilización de GPC, también hay limitaciones que relativizan la utilidad de la herramienta y que deben ser tenidas en cuenta en el proceso de toma de decisiones:

- Aunque las GPC utilicen revisiones sistemáticas para apoyar sus recomendaciones, cuando no hay información disponible las GPC sintetizan sólo la mejor evidencia disponible en ese momento.
- Aunque sean una gran herramienta de trabajo, no debemos pensar que en ellas encontraremos las respuestas a todas las preguntas que a diario nos hacemos en la consulta.
- Las decisiones finales sobre el procedimiento clínico, preventivo, diagnóstico o terapéutico está siempre en manos del médico, del paciente y de las circunstancias específicas que rodean cada situación clínica.

## 12

### → 3 TIPOS DE GPC.

Según su proceso de elaboración podemos dividir las GPC en tres tipos<sup>7</sup>. La valoración de este aspecto es importante para interpretar el grado de validez de las recomendaciones de la guía. Algunas veces los tres coexisten en el mismo documento, lo que dificulta su diferenciación:

A) GPC basadas en la opinión de expertos. En estas no existe una metodología estructurada para su elaboración y puede haber sesgos en la selección de los estudios utilizados.

B) GPC basadas en el consenso. Hay una metodología estructurada de elaboración y aunque puede haber sesgos en la selección de estudios, se llega a los acuerdos que sustentan las recomendaciones a través de la evidencia científica.

C) GPC basadas en la evidencia. La diferencia fundamental con las anteriores es de tipo metodológico. Estas últimas GPC tienen una serie de características como la inclusión rigurosa y explícita de la:

1º) Identificación y composición del panel de expertos que las elabora.

2º) Protocolización del sistema de identificación, recogida y evaluación crítica de las publicaciones analizadas en la bibliografía revisada.

3º) Formulación individualizada sobre el nivel de evidencia que sustenta cada recomendación por separado.

## 12

### → 4 EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE UNA GPC.

Se han descrito diferentes estrategias para la elaboración de las GPC. En la tabla 1 se resume el esquema de elaboración formulado por la Agency for Health Care Policy and Research<sup>8</sup>. Aunque el objetivo de este documento no sea la descripción exhaustiva y detallada de la metodología de elaboración de GPC, sí resulta imprescindible conocer los diferentes pasos que deberían ser imprescindibles para que una GPC sea válida y aplicable.

Tabla 1: Fases del proceso de elaboración de una Guía de Práctica Clínica

- Selección de una condición y/o circunstancia clínica
- Identificación y definición de intervenciones diagnósticas y terapéuticas
- Revisión y análisis de la evidencia científica disponible
- Identificación de los posibles resultados clínicos
- Valoración de los posibles beneficios y efectos secundarios de cada una de las intervenciones
- Consideración de los posibles resultados y costes de la aplicación de la GPC
- Determinación de la factibilidad de la GPC
- Propuesta inicial de la GPC
- Proceso de revisión externa
- Prueba piloto
- Redacción definitiva de la GPC
- Diseminación de la GPC a los profesionales sanitarios y posibles usuarios

Adaptación del esquema seguido por la AHCCPR2

Aunque todos los puntos son muy importantes, revisaremos más detalladamente un aspecto que por su gran relevancia requiere una reflexión más exhaustiva: la revisión y análisis de la evidencia científica.

#### 4.1.LA IMPORTANCIA DE REVISAR CORRECTAMENTE LA EVIDENCIA.

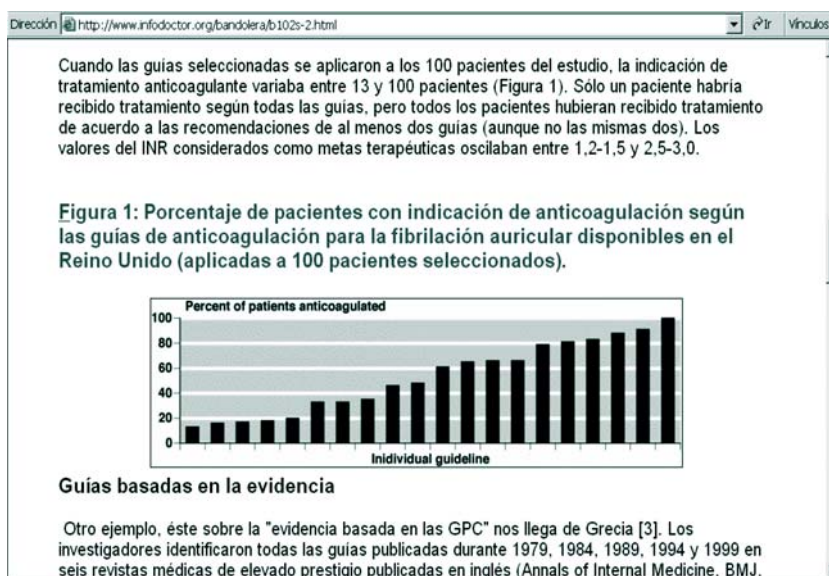
Las preguntas que se formulan sobre la aplicación de diferentes intervenciones deben contestarse a través de la revisión y análisis de la evidencia científica disponible. Se utilizan para ello diferentes estrategias de búsqueda que clasifican los estudios según una escala jerárquica basada en su rigor metodológico. El análisis de la evidencia suele requerir la aplicación de técnicas de síntesis como el metaanálisis, análisis de decisiones o los análisis coste-consecuencia (efectividad, beneficio, utilidad) que permiten una precisión adecuada de las recomendaciones.

La ausencia de evidencia científica o el elevado grado de incertidumbre respecto a las intervenciones a valorar, dificulta la elaboración y aplicación de las GPC. La aceptación de las recomendaciones en los casos de evidencia insuficiente debe ser cautelosa, considerando la información de menor rigor que la proporcionada por otras técnicas de síntesis, cuya valoración es más objetiva.

Localizar en Internet una GPC sobre tratamiento farmacológico de la HTA puede resultar sencillo. Si introducimos en el formulario del buscador Google las palabras: "guía de práctica clínica e hipertensión Arterial", se localizan lógicamente en castellano- 3740 páginas. Cuando añadimos a lo anterior "y tratamiento farmacológico de la hipertensión Arterial" el número se reduce a 835. Una búsqueda en Pubmed utilizando como descriptor hipertensión y tratamiento farmacológico ("hypertension" AND drug therapy" como términos Mesh) localiza 42.854 documentos. Si añadimos un límite en Tipo de Publicación, utilizando Guía de Práctica Clínica ("Practice guideline") identifica 77 documentos. Podemos comprobar que un volumen elevado de información puede que no nos facilite el trabajo y resulte poco operativo.

Pero además puede que nuestro trabajo no termine con encontrar una GPC, incluso aunque elijamos una entre el gran volumen de información disponible. Localizar la guía no siempre es el camino más corto ni el más adecuado para ayudarnos a resolver nuestras dudas. Sirva para documentarlo un documento de la revista *Bandolera* (traducción de la revista inglesa *Bandolier*, de acceso libre a texto completo en Internet), que publicó un artículo muy breve y claro: *Guías de práctica clínica ¿están basadas en la evidencia?*<sup>9</sup>. Incluía dos reseñas de estudios sobre GPC. En una de ellas se recogía una recopilación realizada en Reino Unido de todas las posibles Guías sobre anticoagulación en fibrilación auricular<sup>10</sup>. Se estudiaron sus características y el proceso de elaboración. Las guías seleccionadas se usaron en 100 pacientes consecutivos de más de 65 años con fibrilación auricular. Cuando las guías se aplicaron a los pacientes, la indicación de emplear o no fármacos anticoagulantes oscilaba entre 13 y 100 pacientes (Figura 1). Es decir, con una guía determinada serían anticoagulados todos los pacientes, con otra solo 13 y entre estos valores, con grandes diferencias, estarían las demás. Muy pocas guías habían realizado una búsqueda sistemática de la literatura y sólo cuatro habían graduado o clasificado la evidencia. Las guías ¡¡¡introducían variabilidad en la práctica clínica!!!.

Figura 1



En el otro artículo revisado<sup>11</sup> los investigadores identificaron todas las guías publicadas durante diferentes años en seis revistas médicas de elevado prestigio publicadas en inglés (*Annals of Internal Medicine*, *British Medical Journal*, *JAMA*, *New England Journal Medicine*, *Lancet* y *Pediatrics*). Se identificaron 191 guías, de las que sólo 12 (6%) habían realizado una revisión sistemática de lo publicado. En treinta y seis guías (19%) ¡¡¡no se aportaban referencias bibliográficas!!!. Muy pocas referencias de las citadas eran ensayos clínicos y sólo el 8% eran ensayos clínicos aleatorizados.

La Conclusión del artículo de Bandolera era que “la evidencia demuestra que muchas GPC, quizás la mayoría, no están basadas en la evidencia”. La moraleja final es que no podemos confiar ciegamente en ninguna guía sin antes realizar una valoración crítica sobre la metodología de elaboración y sobre la evidencia que sustenta las recomendaciones.

## 12

### → 5 ATRIBUTOS DE UNA GPC.

El Instituto de Medicina (IOM)<sup>12</sup> definió 9 atributos deseables de las GPC: Validez, fiabilidad, reproducibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad, claridad, elaboración mediante un proceso multidisciplinario, planes de revisión y documentación.

A) Validez: Las recomendaciones propuestas por la GPC deben ser fruto de una rigurosa revisión bibliográfica. Es además válida cuando al ser aplicada en el contexto para el que fue diseñada produce los resultados clínicos y costes esperados.

B) Fiabilidad o repetibilidad: La elaboración de una GPC por diferentes profesionales usando la misma metodología e igual evidencia científica debería llegar a las mismas recomendaciones.

C) Reproducibilidad: De tal forma que si diferentes profesionales la utilizaran en las mismas circunstancias clínicas concretas su aplicación sería similar y se llegaría a las mismas recomendaciones.

D) Aplicabilidad clínica: Las recomendaciones que propone la guía deben adecuarse a los contextos clínicos y las poblaciones definidas.

E) Flexibilidad: Deben quedar reflejadas en la GPC todas las alternativas de manejo posibles que sean razonables. También recogerá las excepciones en las que las recomendaciones no se puedan aplicar.

F) Claridad: El lenguaje debe ser comprensible para los potenciales usuarios, definirá los términos de forma precisa y tendrá una presentación lógica y fácil de seguir que facilite su manejo.

G) Multidisciplinariedad en su elaboración: En su construcción deberán haber participado los diferentes profesionales que puedan estar implicados en el tema objeto de la guía (médicos de Atención Primaria, Médicos de segundo nivel de atención, enfermeros, otros trabajadores sanitarios, pacientes, organizaciones sanitarias o gestores entre otros posibles).

H) Actualización: Debe aportar las más recientes novedades sobre el tema y garantizar la revisión planificada y periódica de las recomendaciones.

I) Documentada: Debe describir las características del proceso de elaboración, las personas que han participado y la evidencia científica analizada.

Estos atributos suelen estar ausentes en las GPC publicadas, tal y como refleja un estudio que evaluó 431 GPC desarrolladas y publicadas por las diferentes sociedades de especialidades en Estados Unidos. En el 82% de ellas no se aplicaban criterios explícitos para graduar la evidencia científica en la que se apoyaban las diferentes recomendaciones. El 87% no informaban si se había realizado una revisión sistemática de la literatura o no describían, en un 67% de GPC, el tipo de profesionales implicados en la elaboración.<sup>13</sup>

12

## → 6 CRITERIOS FUNDAMENTALES EN LA CALIDAD DE UNA GPC.

La primera pregunta que nos formulamos cuando vamos a utilizar una GPC una vez localizada es ¿hasta que punto cumple requisitos de mínima validez para utilizarla en el contexto que la necesito?. Una segunda pregunta, más restrictiva quizás, podría hacer que nos planteáramos el nivel detallado de calidad de la GPC. Estas preguntas, en el contexto habitual de consulta requieren de respuestas rápidas. El hecho de que una GPC esté indexada en una de las bases de GPC de calidad contrastada implica que probablemente cumpla requisitos básicos de calidad. En caso de que se localice en otros sitios deberíamos asegurarnos de la validez de sus recomendaciones.

Se han definido criterios de validez y de utilidad de las Guías; siendo los más utilizados los que identifica la serie de artículos para usuarios de la literatura médica publicados en la revista JAMA que han sido traducidos al castellano<sup>1,3</sup>. Antes de empezar la lectura detallada de una GPC, es aconsejable comprobar si reúne los dos criterios fundamentales de las Guías de lectura de JAMA que reproducimos en la Tabla 2. Si esos requisitos no se cumplen, podemos tranquilamente no seguir leyendo.

**Tabla 2: Criterios fundamentales: En caso de que no se cumplan es aconsejable no seguir leyendo la Guía**

Criterio	Aclaración
<b>¿Están claramente especificadas todas las opciones y resultados previsible importantes?</b>	Se consideran todas las complicaciones del tratamiento y las diferentes alternativas farmacológicas
<b>¿Se utilizó un procedimiento explícito y razonable para identificar, seleccionar y combinar las evidencias?</b>	Incluye quién, cuando y de que manera se han buscado en las bases de datos (MEDLINE, EMBASE...) Explica como se han valorado los resultados de los diferentes estudios

Elaboración propia. Fuente; guías de usuarios de la literatura médica de JAMA<sup>1,3</sup>

Una descripción más detallada y ampliada de los criterios según las recomendaciones del JAMA pueden observarse en la tabla 3.



**Tabla 3: Criterios detallados para comprobar la validez y aplicabilidad de las GPC<sup>1,3</sup>.**

<p><b>¿Son válidas las recomendaciones?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Criterios primarios</i></li> <li>¿Estaban claramente especificadas todas las opciones y resultados previsibles importantes?</li> <li>¿Se utilizó un procedimiento explícito y razonable para identificar, seleccionar y combinar las evidencias?</li> <li>• <i>Criterios secundarios</i></li> <li>¿Existe un procedimiento explícito y razonable para considerar el valor relativo de los diferentes pronósticos?</li> <li>¿Es probable que la guía responda a desarrollos importantes recientes?</li> <li>¿Ha sido sometida la guía a una valoración por expertos y ha sido comprobada?</li> </ul> <p><b>¿Cuáles son sus recomendaciones?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Las recomendaciones efectuadas ¿son prácticas y clínicamente relevantes?</li> <li>¿Cuál es la fuerza de las mismas?</li> <li>¿Cuál es el impacto de la incerteza asociada con la evidencia y los valores utilizados en las directrices?</li> </ul> <p><b>¿Ayudarán estas recomendaciones a la atención de los pacientes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El objetivo principal de la guía ¿Está en consonancia con el nuestro?</li> <li>¿Son las recomendaciones aplicables a nuestros pacientes</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A pesar de muchos esfuerzos de diferentes autores de GPC la calidad de las mismas varía considerablemente, siendo múltiples las iniciativas que han intentado establecer los mínimos de calidad que deberían reunir. En Abril de 2002 se celebró una conferencia (The Conference on Guideline Standardization) en la que 33 expertos valoraron su acuerdo con la necesidad de incluir diferentes componentes en una GPC<sup>14</sup>. Se consideraron inicialmente como necesarios 44 ítems de los que al final y tras la baremación y consenso quedaron 18. El objetivo de la reunión fue establecer un marco común para los autores de GPC. Los expertos consideraron que las conclusiones de la conferencia debían ser usadas para identificar componentes a incluir en la elaboración de GPC, pero no para juzgar la calidad o adecuación de las mismas. Recientemente la revista *Annals of Internal Medicine* ha adoptado una lista de comprobación para artículos que les son remitidos como GPC<sup>15</sup>. En nuestro medio contamos con la experiencia del Grupo de estudio de Protocolos Clínicos del Proyecto EMCA (Evaluación y Mejora de Calidad), que ha revisado de forma exhaustiva los protocolos clínicos de Atención Primaria y de los Hospitales de la Región de Murcia, construyendo una herramienta propia de evaluación<sup>16</sup>.

Otros intentos relevantes en esta línea son los criterios de la National Guideline Clearinghouse, entidad estadounidense que almacena GPC, seleccionadas tras aplicar de forma rigurosa unos criterios de inclusión muy exigentes<sup>17</sup>. En Inglaterra también se elaboró un documento para valorar la calidad de GPC y decidir cuales debían ser aconsejadas para su uso por profesionales<sup>18</sup>. En base a sus recomendaciones se desarrolló el instrumento que esta considerado como el ideal para una completa evaluación de la calidad de GPC. Elaborado por una colaboración (AGREE: Appraisal of Guideline Research and Evaluation) constituida a nivel internacional por investigadores y gestores sanitarios, el instrumento es accesible desde Internet ([www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org))<sup>19</sup>. Ofrece una herramienta para evaluar la validez de las GPC, pero no permite valorar el impacto sobre los resultados en los pacientes.

El instrumento AGREE se estructura en 23 ítems claves organizados en 6 áreas:

- A) Alcance y objetivo.
- B) Participación de los implicados.
- C) Rigor en la elaboración.
- D) Claridad y presentación.
- E) Aplicabilidad.
- F) Independencia editorial.

Cada ítem se contesta mediante una escala de tipo Likert de 4 opciones (de total acuerdo a total desacuerdo). Para su valoración precisa ser evaluado al menos por dos personas y aporta una tabla que ayuda a realizar la valoración numérica. La conclusión es un resultado numérico que respalda una recomendación jerarquizada sobre el uso de la GPC evaluada.

**12**

→ **7**

## **COMO ACCEDER A LAS GPC.**

Pero....¿cómo resolvemos nuestro problema? Lo primero que tenemos que hacer antes de utilizar una GPC es identificar cuál es la pregunta clínica a responder. Hay que tener en cuenta que las GPC tienen títulos genéricos y que sólo nos orientan sobre su contenido, por lo que habrá que revisarlas detenidamente para comprobar si nos van a ser útiles.

Antiguamente las GPC se publicaban a niveles "locales" siendo promovidas y editadas por instituciones oficiales y asociaciones profesionales que distribuían las GPC en los entornos limitados donde debían usarse. A veces se publicaban de forma completa o incompleta en las revistas médicas de las sociedades científicas, lo que hacía muy difícil la localización de GPC que no estaban indexadas en las bases de datos tradicionales. Con la facilidad de publicación de documentos en Internet, muchas instituciones productoras de GPC facilitan el acceso a través de sus páginas Web. En otras ocasiones se pueden localizar a través de centros que recopilan y almacenan diferentes guías que se producen en un determinado ámbito geográfico o especialidad. El gran volumen de información accesible hace que en la actualidad Internet sea probablemente el sistema más rentable tanto para difundir como para localizar GPC.

Desde el punto de vista operativo y para no perdernos en el bosque de Internet ni desperdiciar el tiempo, probablemente la mejor opción cuando buscamos una GPC válida y de calidad es revisar guías valoradas por Instituciones que han realizado una selección previa rigurosa, y de las que en el siguiente apartado recomendamos algunos enlaces.

Otra opción, si no encontramos en esas Instituciones la Guía que responde a nuestra situación, es evaluar críticamente cualquier documento que hayamos encontrado como Protocolo Clínico ó GPC.

A continuación presentamos una selección comentada de direcciones electrónicas de instituciones “especializadas” en GPC. De forma artificial y para facilitar su comprensión y utilidad se pueden dividir en tres grupos:

- 1) Grupos o Centros que elaboran GPC
- 2) Grupos que almacenan y buscan GPC (“Clearinghouses”)
- 3) Centros metodológicos.

En algunos casos los sitios Web son mixtos, participando de los tres tipos anteriores.

### **7.1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ACCESIBLES EN INTERNET.**

En este capítulo incluimos un aceptable número de direcciones de Internet, interesantes tanto por la calidad de su información como por la gratuidad de su acceso (Tabla 4). Dejaremos sin incluir otros recursos accesibles mediante cuota anual o pago por acceso a un tema concreto. En la experiencia de los autores la información que aportan los recursos “gratuitos” es difícilmente mejorada por otros recursos que requieren suscripción o pago puntual.

Clasificaremos las direcciones según las características de las mismas:

- Aquellas que elaboran GPC (1)
- Las que hacen evaluación y almacén de direcciones en Internet (2)
- Las que aportan herramientas metodológicas que permiten seleccionar y evaluar las GPC (3).

Todas las direcciones reseñadas son actualizadas con periodicidades que oscilan entre los 6 meses y 2 años, tienen un excelente nivel de calidad y simplicidad de acceso a la información. Algunas de ellas ofrecen pequeños programas que nos permiten bajar información y actualizaciones de las GPC a ordenadores personales y agendas electrónicas. De esta forma todo profesional que lo desee, puede consultar y almacenar la última información disponible sobre los temas que más le interesen.

Entre las direcciones expuestas destacamos especialmente:

#### **Recursos en Inglés**

##### **7.1.1. HSTAT (Health Services Technology Assessment Text).**

Pertenece a la National Library of Medicine y es mantenida por la División de tecnología de la Lister Hill Center. Su objetivo es difundir los resultados de la investigación en Servicios, haciendo especial énfasis en las GPC. Contiene una impresionante cantidad de información, incluyendo información para los consumidores.

(Figura 2)

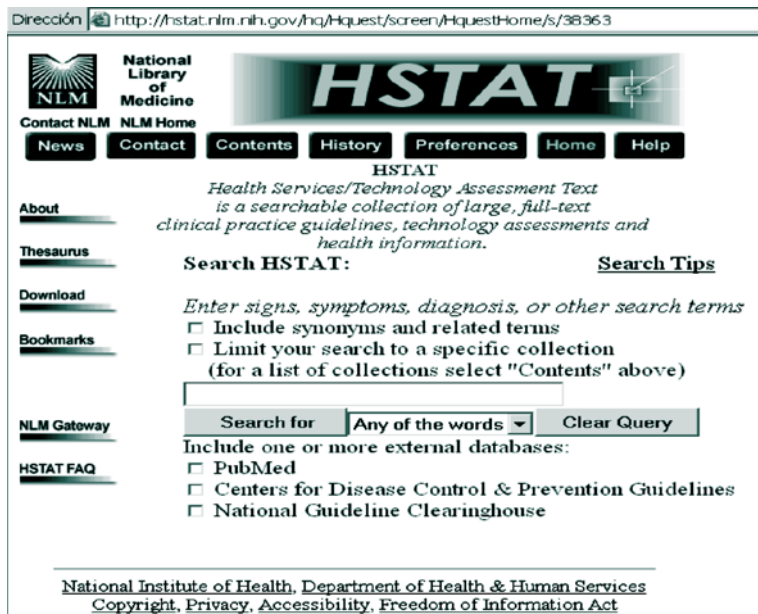


Figura 2

### 7.1.2.NZGG (New Zealand Guidelines Group).

El Comité Nacional de Expertos de Nueva Zelanda es una asociación que se creó en 1996 con el fin de provocar un cambio cultural para facilitar la formación continuada de los profesionales y promover la mejora de la calidad asistencial. La visita a la página es visualmente muy atractiva y el acceso a la información muy fácil y eficaz. Su calidad es excelente. (Figura 3).

### 7.1.3.NeLH-Guidelines Finder .

NeLH-Guidelines Finder es un buscador de GPC que está dentro de la NeLH (National Electronic Library for Health). Incluye GPC del National Health Service inglés (NHS) y otras que se les pueden remitir para su inclusión. Almacena más de 1000 GPC a las que se puede acceder sin ninguna restricción. Sus rigurosos criterios de selección para la evaluación e inclusión de GPC son valorados por el Centro de Evidencia para la efectividad y el conocimiento de Sheffield (SEEK).

### 7.1.4.SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Dependiente del Colegio de Médicos de Escocia. Empezó a funcionar en 1993 y sus GPC son de elaboración multidisciplinar (médicos, pacientes, representantes y autoridades sanitarios). Está especializada en las áreas priorizadas por el Servicio Británico de Salud: Cardiovascular, Oncología y Salud Mental (figura 4). Permite acceder a un buen número de GPC en formato Pdf. En los últimos años hay una cada vez mayor similitud con la página del NHS.

Figura 3.

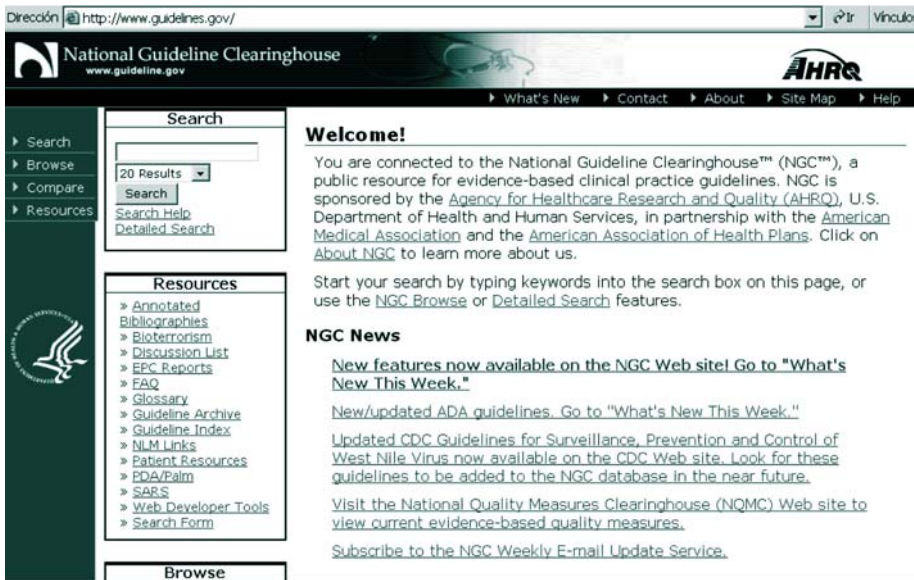
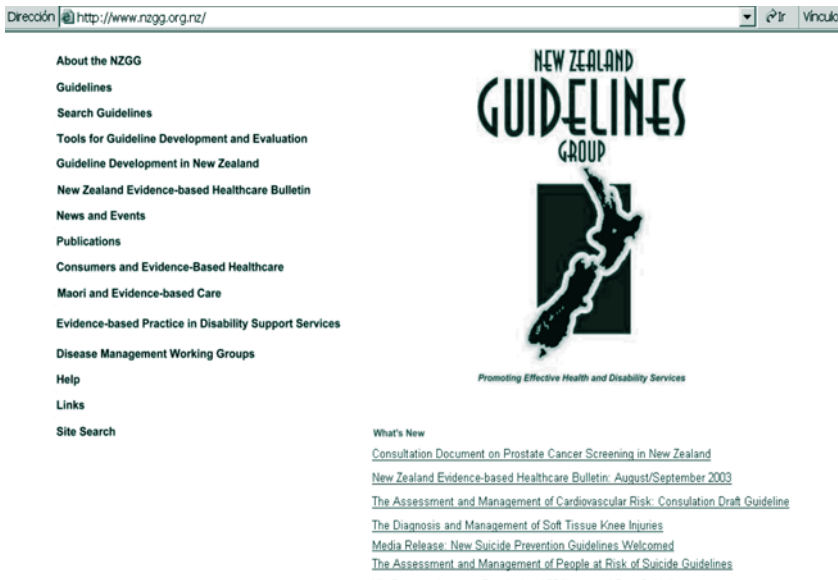


Figura 4.



### 7.1.5.NGC (National Guidelines Clearinghouse).

Dependiente de la National Library of Medicine. Tiene como característica peculiar que actúa como un buscador de buscadores (metabusador) de GPC en Internet. Dispone de una completa lista de guías y recursos para pacientes. Una utilidad adicional es la posibilidad de descarga a agendas electrónicas (PDA/PALM) y la remisión de información a nuestra dirección de correo electrónico. Dispone también de listados de links de interés y programas que permiten hacer búsquedas según autores, fechas de publicación y títulos (figura 5). Son muy selectivos y rigurosos para la inclusión de una nueva guía y es a nuestro juicio dirección de obligada visita.



figura 5

### Recursos en castellano

En nuestro país hay muy pocas GPC elaboradas que estén basadas en la evidencia y menos aún que estén accesibles en Internet. Las que circulan habitualmente son traducciones. Sería deseable que alguna institución se constituyera en centro de referencia y pudiera agrupar y servir de puerta de acceso electrónico a GPC de calidad disponibles en castellano; Guía Salud (www.guiasalud.es) está cumpliendo esta labor desde hace un par de años para las Guías elaboradas en España.

### 7.1.6. Sociedad Española de Cardiología.

Es una de las páginas pioneras en España y un ejemplo a seguir por su calidad y claridad de exposición. Entre los recursos en castellano es quizás el de mayor calidad. Sus GPC se publican en la Revista Española de cardiología, pero son accesibles también desde Internet (figura 6).

A fecha 22 de Octubre de 2004 tiene disponibles 39 GPC. El acceso a las GPC es [http://www.revespcardiol.org/guias\\_pract.htm](http://www.revespcardiol.org/guias_pract.htm). Incluye también enlaces con las GPC de otras revistas internacionales de Cardiología.

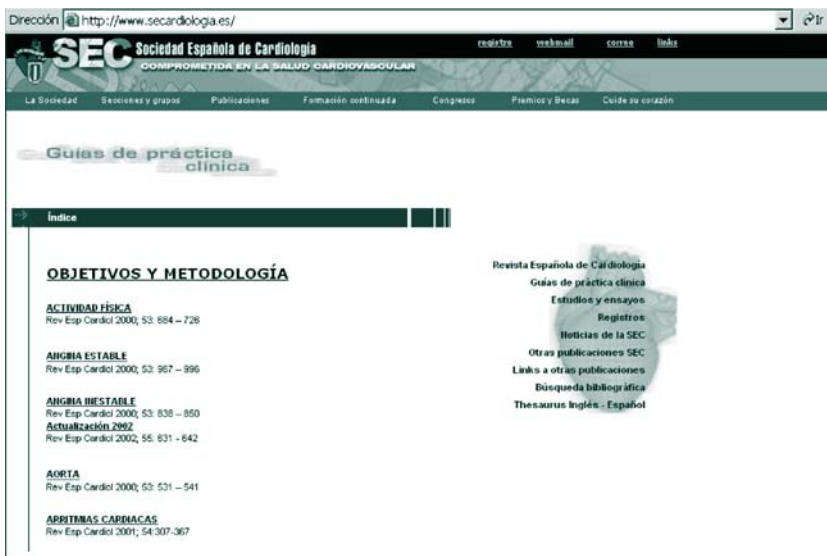


figura 5

### 7.1.7. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Incorpora por el momento un reducido número de GPC aunque de extraordinaria calidad sobre patología digestiva, realizadas conjuntamente con la colaboración Cochrane. En la página hay acceso a guías de actuación basadas en consensos y con menor nivel de evidencia (Figura 7).

### 7.1.8. Fisterra

Portal sanitario con 200 GPC dirigidas fundamentalmente a profesionales de Atención Primaria. Las guías, aunque no estén basadas en la evidencia, son herramientas de fácil y rápido manejo como ayuda inmediata en consulta. Tiene también diversos enlaces de interés y la posibilidad de “centralizar búsquedas” mediante enlaces a diferentes recursos (GPC en castellano, en inglés, PubMed.....)



Figura 7

### 7.1.9. Guía Salud .

Constituye el Portal de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de nuestro país y en él participan todas las Comunidades Autónomas a través de una Comisión del Consejo Interterritorial de Salud.. Tan solo tiene incluidas unas 39 Guías. Es lugar de consulta obligada para localizar GPC elaboradas en España.

12

## → 8 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Cuando queremos responder a una pregunta o resolver problemas concretos, lo más lógico es acceder a través de Internet a un sitio que disponga de GPC a ser posible gratuitas y basadas en la evidencia. Quizás lo ideal es empezar con un recurso en Inglés de contrastada calidad (por ejemplo la página de National Guidelines Clearinghouse), buscando una GPC de reciente actualización que responda a nuestra pregunta clínica.

En ocasiones necesitaremos más de una búsqueda para encontrar lo que buscamos, para lo que exploraremos los diferentes sitios de calidad contrastada.

En caso de no manejarse bien en inglés puede ser útil buscar entre las GPC en castellano para intentar encontrar respuesta a nuestras preguntas, eligiendo de entrada las de calidad mas contrastada, como las de la Sociedad Española de Cardiología y visitando el portal Guia Salud.

Las búsquedas conviene también ampliarlas con los denominados “digest sources”, que son sitios que “filtran” y seleccionan la información sanitaria de calidad. Entre ellas es especialmente interesante TRIPdatabase, que permite localizar documentos elaborados con metodología de Medicina Basada en la Evidencia publicados en revistas médicas, GPC y libros. El acceso a los documentos depende de la publicación original, por lo que algunos no son gratuitos.



Por último también se puede acceder a GPC a través de MEDLINE. La búsqueda es algo más dificultosa. Tras introducir las palabras clave se puede seleccionar entre los “limits” la opción “practice guideline”. El resultado puede proporcionar artículos que no se adaptan a la definición de GPC y pueden faltar algunas que no estén indexadas. Un problema adicional es que hay pocos documentos a texto completo por lo que hay que solicitar los documentos.

En conclusión en cuanto a la estrategia de búsqueda:

- 1) Para facilitar la búsqueda, se puede empezar buscando en los sitios gratuitos y que permiten la descarga inmediata de documentos, fundamentalmente entre los recursos en inglés de calidad más contrastada. En principio no es necesario acceder a recursos “de pago” ya que la mayoría de recursos de calidad están de forma gratuita en la red.
- 2) En caso de que tengamos demasiada información habrá que establecer algunos límites, como por ejemplo la selección de las GPC de más reciente fecha de revisión o aquellas revisadas con metodología más rigurosa (metaanálisis de Ensayos Clínicos Aleatorios..) o elaborados por entidades independientes.
- 3) Cuando la información que localicemos sea escasa, habrá que recurrir a varios sitios para obtener un mayor número de GPC.
- 4) No hay un organismo o entidad dedicados a publicar GPC en castellano. Las que generalmente están disponibles, se encuentran entre las páginas de las diferentes sociedades científicas y/o suelen ser traducciones de otras GPC de lengua inglesa.
- 5) Una opción buena, al ser difícil recordar todas las direcciones es localizarlas a través de portales sanitarios como fisterra, que tiene enlaces con tres vías principales de búsqueda: GPC en castellano, GPC en inglés y Medline.
- 6) La entrada a través de páginas “digest sources” como TRIPdatabase es una buena estrategia para finalizar una búsqueda de GPC, aunque tiene el inconveniente de que pueden estar publicadas en sitios que no son de acceso gratuito. También es una buena opción para empezar la búsqueda cuando disponemos de poco tiempo.
- 7) La búsqueda de una GPC a través de Medline no es demasiado práctica, ya que los documentos pueden no estar o estar indexados por varios términos.

En nuestro caso iniciamos la búsqueda en Fisterra ([www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)). Tras entrar en la página principal “pinchamos” en el enlace que nos llevó a las guías clínicas (<http://www.fisterra.com/guias2/index.asp>). En la esquina inferior derecha “clickeamos” en el enlace que nos llevó a la página del National Guidelines Clearinghouse (<http://guideline.gov/>). Tras “pinchar” en search llegamos a la página de búsquedas en la que introducimos las palabras clave (Keyword) Hypertension AND Drug therapy. Hay que especificar que para usar este recurso (NGC) hay que introducir las palabras clave como términos Mesh en inglés utilizando los habituales operadores booleanos. Esta primera búsqueda fue demasiado sensible, y nos llevó a localizar 63 GPC. Un problema de las búsquedas en NGC es que localizan todas las GPC que incluyen las palabras clave a lo largo del documento, por lo que es importante leer los títulos de las GPC identificadas para ver si se ajustan a nuestras necesidades. Una lectura más detallada de los títulos nos llevó a localizar sólo 3 GPC, entre las que estaban actualizadas los dos últimos años, que parecían poder responder a nuestra pregunta, Una de ellas (VII Informe del Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial<sup>20</sup>) estaba traducido al castellano entre las GPC de la Sociedad Española de Cardiología.

En este informe se recogía explícitamente una circunstancia similar a la de nuestro paciente (paciente sin otros Factores de Riesgo Cardiovascular y en estadio 1 de HTA). Se recomendaba iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos como fármaco de primera elección. Apoyándose en múltiples estudios (sobre todo el estudio ALLHAT<sup>21</sup>), se argumentaba que los diuréticos no habían sido superados por otros fármacos en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la HTA<sup>22</sup>. Excepcionalmente se podía considerar como fármacos de segunda elección otros como Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas selectivos de la angiotensina II, betabloqueantes o antagonistas de los canales del Calcio.

Como curiosidad realizamos una búsqueda en PubMed utilizando los mismos términos. El resultado de una primera búsqueda sin límites produjo 57016 documentos. Al restringir la búsqueda solo a los "Mesh Major Topic" se localizaron 1107 documentos. Al introducir como límites en tipo de publicación Practice Guideline y como fecha las publicadas en los dos últimos años se encontraron 36 documentos (no se incluía entre ellas el VII Informe del JNC). Entre los siete que aparentemente nos podían resultar útiles ninguno estaba gratuito en la red en versión completa y solo dos incluían un resumen. Uno de ellos (Informe del Programa de Educación Canadiense en HTA) identificaba en el resumen a los diuréticos como fármacos de primera elección. El otro documento -de la Sociedad Británica de HTA- incluía en su resumen recomendaciones genéricas en el sentido de que era mas importante reducir la TA que la elección de una u otra droga<sup>23</sup>.

Una posterior búsqueda en TRIPdata base produjo 17 GPC, de las que casi todas estaban incluidas en las GPC de NGC y NeLH Guidelines Finder.

Tabla 4. Enlaces seleccionados de Guías de Práctica Clínica.

<b>I. GRUPOS DE TRABAJO QUE DESARROLLAN GPC</b>	
<b>HSTAT (USA)</b>	<a href="http://hstat.nlm.nih.gov/">http://hstat.nlm.nih.gov/</a>
<b>NZGG (NUEVA ZELANDA)</b>	<a href="http://www.nzgg.org.nz/">http://www.nzgg.org.nz/</a>
<b>SIGN (ESCOCIA)</b>	<a href="http://www.sign.ac.uk">http://www.sign.ac.uk</a>
<b>NeHL (REINO UNIDO)</b>	<a href="http://rns.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/">http://rns.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/</a>
<b>NICE (INGLATERRA Y GALES)</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/Cat.asp?pn=professional&amp;cn=toplevel&amp;ln=en">http://www.nice.org.uk/Cat.asp?pn=professional&amp;cn=toplevel&amp;ln=en</a>
<b>PRODIGY (SERVICIO BRITÁNICO DE SALUD)</b>	<a href="http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance/">http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance/</a>

2.GRUPOS DE TRABAJO QUE ALMACENAN, EVALÚAN Y PERMITEN BÚSQUEDAS DE GPC	
NGC(National Guidelines Clearinghouse)	<a href="http://www.guidelines.gov">http://www.guidelines.gov</a>
(USCF-USA) Primary Care clinical guidelines	<a href="http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html">http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html</a>
MDLINESplus	<a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus</a>
American Academy of family physician	<a href="http://www.aafp.org">http://www.aafp.org</a>
Family Practice.com	<a href="http://www.familypractice.com/references/guidesframe.htm">http://www.familypractice.com/references/guidesframe.htm</a>
Agency for healthcare research and quality	<a href="http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm">http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm</a>
British medical journal	<a href="http://bmj.bmjournals.com/cgi/collection/guidelines">http://bmj.bmjournals.com/cgi/collection/guidelines</a>
Institute for clinical Systems improvement de Minnesota:	<a href="http://www.icsi.org/about/news_detail.asp?catID=109&amp;itemID=701">http://www.icsi.org/about/news_detail.asp?catID=109&amp;itemID=701</a>
Sociedad Española de Cardiología	<a href="http://www.secardiologia.es">http://www.secardiologia.es</a> <a href="http://www.sevespcardiol.org/guias_pract.htm">http://www.sevespcardiol.org/guias_pract.htm</a>
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía	<a href="http://www.juntadeandalucia.es/salud/ordenp/AETSA/">http://www.juntadeandalucia.es/salud/ordenp/AETSA/</a>
Medicinadefamilia.net	<a href="http://www.medicinadefamilia.net">http://www.medicinadefamilia.net</a>
Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria	<a href="http://www.semfc.es/es/actividades/publicaciones/guia_practica_clinica.html">http://www.semfc.es/es/actividades/publicaciones/guia_practica_clinica.html</a>
Fisterra	<a href="http://www.fisterra.com/guias2/index.asp">http://www.fisterra.com/guias2/index.asp</a>
Guía Salud	<a href="http://www.guiasalud.es">http://www.guiasalud.es</a>

3.-SELECCIÓN DE PÁGINAS Y ARTÍCULOS EN LAS QUE SE EXPLICITAN LA METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS GPC	
Agree instrument	<a href="http://www.agreecollaboration.org/">http://www.agreecollaboration.org/</a>
Guidelines Clinical Practice de Ontario Medical Association:	<a href="http://gacguidelines.ca/article.pl?sid=03/01/14/198237">http://gacguidelines.ca/article.pl?sid=03/01/14/198237</a>
Metodología de diseño y elaboración de GPC en Atención Primaria. A.J. Jovell y cols	<a href="http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14634">http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14634</a>

## 12

### → 9 PUNTOS CLAVE

- a) Las GPC constituyen un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a profesionales sanitarios y usuarios a seleccionar la opción más adecuada en el abordaje de situaciones clínicas específicas.
- b) Las GPC se basan para su elaboración en una revisión bibliográfica rigurosa y reciente, permitiendo que nuestras decisiones se apoyen en las mejores evidencias disponibles.
- c) El objetivo final de las GPC es garantizar una atención idónea, mejorando su calidad y disminuyendo la variabilidad injustificada.
- d) Las GPC más válidas para los profesionales son aquellas elaboradas tras definir de forma explícita la metodología de recogida y valoración de bibliografía, en las que se especifica el nivel de evidencia en que se apoya cada recomendación concreta.
- e) Para que una GPC sea válida y aplicable su proceso de elaboración debe seguir de forma rigurosa unos pasos que garanticen una metodología de diseño adecuada.
- f) La mejor forma de localizar una GPC es utilizar los recursos gratuitos accesibles en Internet, entre los que hay muchos de calidad y basados en la evidencia.
- g) En la actualidad hay dos tipos de recursos en la red para localizar GPC: los que las elaboran y los que las acumulan y/o actúan como metabuscadores de GPC.
- h) Teniendo en cuenta que las GPC no siempre se basan en la evidencia, antes de utilizarlas debemos reflexionar sobre su validez, empleando documentos de centros con mecanismo de inclusión de guías riguroso.
- i) Cuando la GPC localizada no sea de un sitio de garantías, es imprescindible valorar la calidad de la guía, para ello disponemos de diferentes herramientas entre las que tenemos como más útil el instrumento AGREE.
- j) La búsqueda de una GPC debe responder a una estrategia adecuada a nuestras necesidades, para ello podremos utilizar diferentes recursos específicos de GPC y ayudarnos de búsquedas adicionales en PubMed y TRIPdata base.

## RESOLUCIÓN DEL ESCENARIO.

Volviendo a nuestro paciente, según la guía del VII Informe del JNC20 y las recomendaciones canadienses<sup>22</sup>, basadas en los resultados del estudio ALLHAT<sup>21</sup> al tratarse de un paciente sin otros factores de riesgo cardiovascular y con HTA grado 1, que no ha conseguido un control de sus cifras tensionales después 6 meses de tratamiento higiénico-dietético, se debe empezar a usar tratamiento farmacológico. El fármaco de elección debería ser un diurético tiazídico que ha demostrado que, siendo mas económico y con una tolerabilidad parecida, tiene una eficacia similar sobre los resultados principales (eventos cardiovasculares) a la de otros grupos de fármacos.

12

## → 10 BIBLIOGRAFÍA

1. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G, por el Evidence-Based Medicine Working Group. Guías para usuarios de la literatura médica.. VIII. Cómo utilizar las guías de práctica clínica. A. ¿Son válidas sus recomendaciones? (JAMA 1995; 274: 570-574). JAMA (ed. Esp) 1997: 77-82.
2. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington,DC: National Academy Press, 1990
3. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G, por el Evidence-Based Medicine Working Group. Guías para usuarios de la literatura médica.. VIII. Cómo utilizar las guías de práctica clínica. B. ¿Cuáles son sus recomendaciones? ¿Me ayudarán en la asistencia a mis pacinetes? (JAMA 1995; 274: 1630-1632). JAMA (ed. Esp) 1997: 77-82.
4. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Guías de práctica clínica. FMC 1995; 2(3): 152-156.
5. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 259-266
6. García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. Guías de práctica Clínica en Internet. Aten Primaria 2001; 28: 74-79
7. Castiñeira C, Costa C, Louro A. Lectura crítica de una Guía Clínica. www.fisterra.com. Actualización 15/02/2004.
8. Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice for guidelines development. AHCPR program note. U.S. Department of Health and Human Services. AHCPR Pub. No. 93-0023, Rockville, MD, August 1993.

9. Bandolera nº 102; Guías de práctica clínica ¿Están basadas en la evidencia?. Acceso el 18 de Octubre de 2004 en <http://www.infodoctor.org/bandolera/b102s-2.html>.

10. R Thomson et al. Guidelines on anticoagulant treatment for atrial fibrillation in Great Britain: variation in content and implications for treatment. *BMJ* 1998; 316: 509-513.

11. IA Giannakakis et al. Citation of randomised evidence in support of guidelines of therapeutic and preventive interventions. *Journal of clinical Epidemiology* 2002; 55: 545-555.

12. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington, DC: National Academy Pr; 1992

13. Grillo R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice Guidelines developed by speciality societies: The need for a critical appraisal. *Lancet*, 2000; 355: 103-6.

14. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized Reporting of Clinical Practice Guidelines: A Proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med* 2003; 139: 493-498.

15. Shiffman R.N. et al. Standardized reporting of Clinical Practice Guidelines: A proposal from the conference on guideline standarization. *Ann Intern Med* 2003; 139: 493-498.

16. Saura Llamas J, Saturno Hernández P y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Aten Primaria* 1996; 18: 91-96.

17. National Guideline Clearinghouse inclusion criteria. Acceso el 22 de Octubre de 2004 en [www.guideline.gov/](http://www.guideline.gov/)

18. Cluzeau FA, Littlejhons P, Grimshaw JM, Feder G, Moran SE. Development and application of a generis methodology to asse the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 21-8.

19. AGREE (Appraisal og Guideline Research and Evaluation) acceso el 19 de Octubre de 2004 en <http://agreecollaboration.org>. El cuestionario en castellano en formato pdf en <http://agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>.

20. The Seventh Report of Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.

21. The ALLHAT Officers and coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic. *JAMA* 2002; 288: 2981-2997.

22. Khan NA, McAlister FA, Campbell NR, Feldman RD, Rabkin S, Mahon J et al. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part II-Therapy. *Can J Cardiol* 2004; 20 (1): 41-54.
23. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV: *J Hum Hypertens* 2004; 18 (3): 139-185.







**Acotado Automático de Términos:** Brevemente, consiste en el enlace automático de una palabra o frase (que no es un término MeSH) al término MeSH que mejor lo describe. Una descripción más completa en el apartado correspondiente. Sinónimos (Sin): Automatic Term Mapping, ATM, Mapeo automático de términos.


**Aleatorización:** En un estudio en el que se comparan dos o más modalidades de tratamiento, es conveniente que los grupos formados sean parecidos en todas las características pronósticas excepto en el tratamiento recibido, de modo que cualquier diferencia en el curso clínico que se registre podrá ser atribuida a los diferentes tratamientos administrados (y sólo a ellos). La asignación aleatoria consiste en distribuir a cada participante de uno de los grupos de tratamiento por un método disciplinado de azar, de modo que cada sujeto tenga exactamente las mismas probabilidades de formar parte de uno u otro grupo de tratamiento. Sin: Randomización.

**Alertas:** Método usado para la difusión de información mediante mensajes electrónicos a ordenadores, agendas electrónicas e incluso teléfonos móviles. Representa una forma de actualización rápida y eficaz.

**Análisis coste/beneficio:** Medición de los costes y beneficios de una intervención en términos comensurables, generalmente monetarios. Permite determinar en primer lugar si una intervención concreta ofrece un beneficio global neto de bienestar, y en segundo lugar cómo se compara la ganancia de bienestar obtenida con esta intervención, con la obtenida con intervenciones alternativas. Al valorar todos los costes y beneficios en las mismas unidades, el análisis coste-beneficio compara diversas intervenciones con el criterio del beneficio neto (véase). Análisis económico en el que se consideran los costes de la asistencia sanitaria y la pérdida de ganancias netas debida a muerte o incapacidad, traduciendo todos los costes y beneficios a unidades monetarias.

**Análisis coste/efectividad:** Modalidad de estudio económico en la que las consecuencias de diferentes intervenciones pueden ser diferentes pero pueden ser medidas en unidades naturales idénticas, Mide los beneficios sanitarios en términos de unidades naturales, como años de vida salvados o mejorías del estado funcional. Dado que los costes no se expresan en las mismas unidades que los beneficios, su razón (ratio coste-efectividad) constituye una herramienta que permite valorar la eficiencia relativa. Análisis económico que compara los costes médicos incrementales y los resultados sobre la salud de programas sanitarios alternativos. Al contrario que el análisis de coste beneficio, los efectos sobre la salud se expresan en diversas unidades, como vida-años ganados, días libres de síntomas, casos evitados, etc., en lugar de en unidades monetarias

**Análisis coste-utilidad:** Adaptación del análisis coste-efectividad que mide el efecto de una intervención a la vez sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la salud, mediante el uso de una variable denominada AVAC -Años de Vida Ajustados por Calidad- o QALYs . También evalúa la eficiencia relativa con una razón incremental, que en este caso se denomina ratio coste-utilidad.



**Análisis de decisiones (AD):** Es la aplicación de métodos explícitos y cuantitativos que cuantifican e integran los efectos del tratamiento, el pronóstico y los valores del paciente para analizar una decisión en condiciones de incertidumbre.

**Análisis de minimización de costes:** Modalidad de análisis coste-efectividad donde los resultados o beneficios de las alternativas se considera que son equivalentes o intercambiables para el mismo tipo de pacientes. A igualdad de resultados, la atención de los investigadores se centra en la diferencia de costes asociados.

**Análisis de sensibilidad:** En economía de la salud, técnica por la que se repiten las comparaciones entre recursos necesarios y resultados, pero con sucesivas modificaciones de las suposiciones en las que se basan los cálculos. De este modo, el análisis de sensibilidad pone a prueba la robustez de las conclusiones mediante variaciones de los ingredientes sobre los que existe incertidumbre.

**Análisis de regresión:** En un conjunto de datos sobre la variable dependiente y sobre una o más variables independientes,  $x_1, x_2, \dots, x_i$ , consiste en determinar el modelo matemático más ajustado que describa y como una función de las  $x$  o para predecir y a partir de las  $x$ . Término general para los métodos de análisis que se ocupan de estimar los parámetros de alguna posible relación entre una variable respuesta y una o más variables explicativas

**Análisis de la varianza (ANOVA):** Conjunto de técnicas estadísticas para conocer el modo en que el valor medio de una variable es afectado por diferentes tipos de clasificaciones de los datos. Con el análisis de la varianza se pueden ajustar las estimaciones del efecto de un tratamiento según otros factores como sexo, edad, gravedad, etc.

**Análisis estratificado:** Análisis de los resultados de un ensayo clínico o un estudio observacional, con el fin de examinar si hay diferencias de respuestas asociadas a alguna característica (por ej., edad o sexo).

**Análisis factorial:** Procedimiento estadístico empleado para la validación de constructo que permite identificar grupos o conglomerados de variables relacionadas.

**Análisis multivariante:** Cualquier método analítico que permite el estudio simultáneo de dos o más variables dependientes. Término genérico para los métodos que están diseñados para determinar las contribuciones relativas de diferentes causas a un solo suceso o resultado

**Análisis por intención de tratar:** En un ensayo clínico, análisis de los datos según el tratamiento asignado inicialmente por distribución aleatoria, independientemente de que el paciente no recibiera después este tratamiento.

**Árbol de decisiones:** Expresión gráfica de un análisis de decisiones.

**Artículo científico:** informe escrito que comunica por primera vez los resultados de una investigación. Los artículos científicos publicados en miles de revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia

**Artículo de revisión:** artículos de síntesis que resumen el conocimiento de un tema determinado y durante un periodo de tiempo definido. Junto con los libros, los artículos de revisión constituyen la literatura científica secundaria.

**Asiento:** Conjunto de información que, en una base de datos, se refiere a un mismo elemento. En Bases de Datos de bibliografía, es el conjunto de información que se refiere a una misma publicación. Sin: Registro, Record.

**ATM:** Ver Acotado Automático de Términos.

**Atributos:** Propiedades o características del instrumento que merecen consideraciones separadas e independientes en la evaluación.

**Auditoria:** Examen o estudio que evalúa e informa sobre la medida en que una condición, proceso o desempeño se ajusta a estándares o criterios predeterminados.

**Automatic explosion:** Ver Explode.

**Automatic Term Mapping:** Ver Acotado Automático de Términos.

**AVAC:** Índice que combina la supervivencia con la calidad de vida. La medida de la calidad de vida no está estandarizada y suele variar de un estudio a otro, según la enfermedad, el tratamiento evaluado y las preferencias de los autores. Para calcular un AVAC se multiplica la duración del estado de salud (en años) por un factor que representa la calidad (“utilidad”) de este estado de salud. Sin: QALY (Quality Adjusted Life Years).

**Azar:** Se denomina así al proceso que ocurre debido a la casualidad, de forma imprevisible, sin planeamiento ni influencia consciente.

**Base de datos:** Conjunto de datos homogéneos y ordenados, que se presentan normalmente, de forma legible, por ordenador y que se refieren a una materia determinada. Colección estructurada de datos que está organizada de tal manera que se puede acceder a ella con una amplia variedad de programas de aplicación.

**Beneficio neto:** Diferencia entre los costes y los beneficios de una intervención.

**Bioestadística:** Aplicación de la teoría y los métodos de la estadística a las ciencias biológicas. En sentido estricto, rama de la ciencia que aplica los métodos estadísticos a los problemas biológicos, aunque ahora se utiliza la mayoría de las veces para referirse a la estadística aplicada a la medicina y las ciencias de la salud.

**Blinding:** Ver Enmascaramiento.

**Buscadores:** Motores de búsqueda de información en Internet que identifican la información contenida en bases de datos formadas a partir de publicaciones previamente indexada. Ver Indización.

**Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS):** Impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

**Campo:** Cada una de las unidades de información en que se divide un asiento. Sin: Field.

**Carga de administración:** Se define como el grado de trabajo y esfuerzo que deben realizar quienes administran un instrumento de medida (cuestionario), y depende del tiempo precisado para su administración, formación requerida del entrevistador y recursos necesarios para su aplicación y puntuación.

**Carga de respuestas:** Se entiende como el tiempo, esfuerzo y otros aspectos que se exigen a quienes se les administran un instrumento de medida (cuestionario).

**CAT:** Herramienta de lectura crítica consistente en un resumen breve de las pruebas científicas más relevantes en respuesta a una pregunta clínica concreta.

**Causalidad:** Indica que las asociaciones encontradas entre las exposiciones y los efectos son realmente de tipo causal y no consecuencia de sesgos ni del efecto de factores de confusión.

**Cociente de probabilidad:** Véase Razón de probabilidad.

**Coefficiente de correlación:** Índice que cuantifica la relación lineal entre un par de variables. Medida de asociación que indica el grado en el que dos variables continuas  $x$  e  $y$  poseen una relación lineal ( $y = a + bx$ ). Su valor puede situarse entre  $-1$  y  $+1$ . Cuando su valor es  $0$  no existe ningún grado de correlación. El coeficiente de este tipo que más se utiliza es el de Pearson

**Coefficiente de Cronbach:** Fórmula utilizada para la comprobación de la consistencia interna de un test que presupone que si varios ítems están midiendo el mismo atributo o dimensión, estos ítems deberían estar intercorrelacionados. Esta correlación la mediremos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

**Coefficiente kappa:** índice corregido por el azar de la concordancia entre, por ejemplo, juicios o diagnósticos que hacen 2 ó más observadores. El coeficiente adopta desde el valor  $1$  (cuando hay una concordancia perfecta) hasta el valor  $0$  cuando la concordancia observada es igual a la debida al azar.

**Confusión:** Situación en la que la estimación del resultado estudiado está sesgada por algún factor relacionado con la exposición y el resultado.

**Consentimiento informado:** Procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Debe reunir por lo menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión. La voluntariedad implica que los sujetos puedan decidir libremente si quieren participar en un estudio, sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales, las posibles incomodidades derivadas de la participación y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello de lugar a perjuicio, en este contexto es básica la comprensión de la información, que no sólo depende de esta, sino también de la competencia de quien la recibe, es decir de su capacidad para comprender.

**Consistencia interna:** Grado en que los ítems de una dimensión se correlacionan entre ellos mismos. Ver: Coeficiente de Cronbach.

**Constructo:** En psicometría, concepto abstracto no medible directamente que se quiere convertir en variable operativa medible. Generalmente, se utiliza para un concepto que existe en teoría, pero que no se puede observar directamente. Esencialmente, es una variable latente.

**Correlación ítem-total:**(Correlación total de las preguntas): Verifica la homogeneidad. Proceso mediante el cual comprobamos si cada ítem mide lo mismo que los demás y por lo tanto es sumable en una puntuación total que supuestamente mide el rasgo y que es la que después interpretamos y utilizamos.

**Coste:** Es el resultado del producto de la cantidad total del recurso consumido y el valor monetario de la unidad de dicho recurso.

**Coste oportunidad:** En economía de la salud, valor de las oportunidades perdidas por usar recursos en un servicio. Generalmente es cuantificado considerando el beneficio que se obtendría invirtiendo los mismos recursos en la mejor alternativa posible.

**Criterios:** Condiciones utilizadas como un estándar para juzgar los atributos.

**Criterios de selección:** Características sociodemográficas, clínicas, etc. que determina que los pacientes puedan ser o no incluidos en un estudio. Nos van a servir para definir la población de estudio.

**Curva de Gauss:** En matemáticas, la campana o curva de Gauss es la representación gráfica de la ecuación matemática que corresponde a una Distribución normal. Tiene forma de campana y debe su nombre al matemático alemán Carl Friedrich Gauss.

**Curvas ROC:** Representación gráfica completa de la capacidad de una prueba para discriminar lo normal de lo que no lo es.

**Delimitador de campo:** Ver Etiqueta.

**DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud:** Tesauro que puede considerarse, hasta cierto punto, como una versión en español del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine. Fue desarrollado a partir de él con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas (español, inglés y portugués), proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma. Además de los términos médicos originales del MeSH contiene áreas específicas de Salud Pública y Homeopatía.

**Descriptor:** Término del lenguaje documental, carente de variabilidad, sinonimia y polisemia, escogido para representar el contenido de un documento, que puede ser utilizado en el análisis y recuperación de la información. Relacionado con Palabra clave.

**Descriptor mayor:** Ver Mayor Topic.

**Descriptores en Ciencias de la Salud:** Ver DeCS

**Descuento:** Procedimiento para calcular los costes o beneficios que ocurren en diferentes fechas a su valor en el momento presente, llamado valor actual.

**Dimensiones:** Aspectos relevantes que engloba el constructo o concepto que se mide a través del cuestionario.

**Diseño:** Conjunto de estrategias y procedimientos que se seguirán para dar respuestas al problema y comprobar la hipótesis. Engloba al selección del tipo de estudio, la población a estudiar, la definición de las variables y escalas de medición y los métodos de recogida, procesado y análisis de los datos.

**Docencia virtual (“on-line” o “e-learning”):** Definida como la utilización de las nuevas tecnologías multimedia y de internet para mejorar la calidad del aprendizaje, facilitando el acceso de recursos y servicios; así como los intercambios y la colaboración a distancia.

**Dosis Diaria Definida (DDD):** Dosis de mantenimiento promedio en la principal indicación de un fármaco en pacientes adultos. Se usa para cuantificar el consumo de medicamentos, sobre todo cuando se compara el consumo de diversos fármacos de un mismo grupo, o cuando se realizan comparaciones internacionales. No se ve afectada por diferencias de precios o de tamaño de las presentaciones. El consumo se suele expresar en número de DDD por 1.000 habitantes y por día, y esta medida da una idea del número promedio de personas tratadas diariamente con un fármaco o grupo de fármacos en una región o país.

**Efectividad:** Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica clínica habitual, sobre una población determinada.

**Efecto indeseado:** Ver Reacción Adversa.

**Eficacia:** Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en condiciones ideales de aplicación.

**Eficiencia:** Relación entre los efectos o resultados finales que se alcanzan con una intervención y coste que supone la misma (recursos humanos, materiales y de tiempo).

**Encabezamientos de Materias Médicas:** Ver MeSH.

**Enmascaramiento:** Procedimiento por el que se asegura que los sujetos participantes en un ensayo clínico, los observadores o ambos, no conocen el tratamiento u otra característica que pudiera sesgar los resultados. Se denomina simple ciego cuando el sujeto, pero no el observador ignora cuál de los posibles tratamientos recibe; doble ciego es cuando sujeto y observador ignoran el tratamiento recibido; y triple ciego es cuando el sujeto participante, el investigador observador y el investigador que analiza los datos ignoran el tratamiento recibido.

**Ensayo clínico:** “Toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o de detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia” (Real Decreto de 16 de febrero de 2004).

**Ensayo clínico controlado:** Ensayo clínico en el que los sujetos son asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento alternativo. En el ensayo clínico controlado aleatorizado la asignación a un tratamiento experimental o control se realiza al azar de forma que ni el sujeto ni el investigador responsable de su selección o tratamiento puedan influir en su asignación.

**Entry Term:** Relacionado con Palabra clave (véase).

**Epidemiología:** Estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de poblaciones. Ciencia que investiga las causas y la historia de las enfermedades y el desarrollo de éstas en relación con determinadas intervenciones o exposiciones.

**Epistemología:** Doctrina de los fundamentos y métodos del método científico. La función de la estadística en el modelo empírico analítico.

**Equivalencia:** capacidad del instrumento de proporcionar los mismos valores en las mismas condiciones clínicas cuando las mediciones las hacen distintas personas.

**Error aleatorio:** Las diferencias de medidas entre la realidad y nuestra muestra y son debidas al azar.

**Escala tipo Likert:** La respuesta del individuo se da mediante una escala numérica, a la cual se le atribuyen las propiedades de las escalas de intervalo, permitiendo por tanto la realización de análisis estadísticos más complejos. Escalas que se utilizan con frecuencia en estudios de actitudes en los que las puntuaciones crudas se basan en respuestas alternativas graduadas a cada una de una serie de preguntas.

**Especificidad:** Referida a una prueba diagnóstica, es la proporción de personas verdaderamente no enfermas que son catalogadas como tales por medio de la prueba.

**Estabilidad:** Ver Reproducibilidad.

**Estabilidad del test:** Véase Método test-retest.

**Estadística:** Recopilación y organización de hechos o datos numéricos, sobre todo cuando hay muchos. Conjunto de métodos que ayudan a la toma de decisiones frente a la incertidumbre. La estadística no ofrece pruebas ni certidumbre, sino probabilidades.

**Estadístico:** Medida estadística (media, mediana, etc...) calculada sobre los datos de una muestra.

**Estadístico kappa:** Medida del acuerdo, corregida por el azar, aplicada a datos binarios u ordinales. Se calcula como la proporción de acuerdo, aparte del que ya sería de esperar por azar, que ha sido observado entre dos repeticiones del mismo instrumento.

**Estudios ambispectivos:** Estudios que se inician como los retrospectivos (Ver: Estudios retrospectivos) para el análisis de un fenómeno ya ocurrido y, posteriormente, continuamos con un seguimiento prospectivo hasta la aparición de un efecto a largo plazo (Ver: Estudios prospectivos).

**Estudios analíticos:** Estudios diseñados para examinar asociaciones, cuyo objeto final suele ser identificar o medir los efectos de factores de riesgo o de intervenciones específicas sobre la salud.

**Estudios de caso-control:** Estudios en los que la selección de la población a estudiar se hace en función de la presencia o ausencia de una enfermedad o efecto, eligiéndose un grupo de individuos que tienen la enfermedad o efecto (casos), y otro que no los presenta (controles).

**Estudios de cohortes:** Tipo de estudios en los que los sujetos del estudio se seleccionan a partir presencia o ausencia de la exposición que se trata de analizar y de la que se sospecha es responsable del efecto observado.

**Estudio descriptivo:** Estudio cuyo objetivo es constatar hechos, observar lo que ocurre en nuestra población. Permiten generar hipótesis.

**Estudio experimental:** Estudio en el que el investigador asigna y controla el factor de estudio.

**Estudios de incidencia:** Tipo de estudios en los que seguimos a una población determinada a lo largo del tiempo para analizar la aparición o no de un fenómeno de interés. La unidad de análisis es el individuo.

**Estudios longitudinales:** Estudios en los que la recogida de los datos de interés hace referencia a dos momentos separados en el tiempo (se analizan los sujetos en varios momentos a lo largo del tiempo).

**Estudios observacionales:** Estudios en los que el investigador no participa directamente en la intervención o exposición (factor de estudio), se limita a observar (registrar) lo que ocurre en la realidad.

**Estudios pragmáticos:** Estudios cuyo objetivo principal es la evaluación de la adecuación de la práctica asistencial en condiciones normales.

**Estudios pre y post-intervención:** Estudios en los que se registran la situación basal de la muestra y los cambios que experimenta tras su exposición a una determinada intervención.



**Estudios de prevalencia:** Estudios en los que se describe una serie de variables en una población determinada y en un momento determinado. La unidad de análisis es el individuo.

**Estudios prospectivos:** Tipo de estudios en los que los hechos a estudiar no han tenido lugar aun y los sujetos son seguidos hasta obtener el resultado.

**Estudio retrospectivo:** Estudio en el cual los hechos a estudiar ya han tenido lugar al iniciar el estudio.

**Estudio transversal:** Tipo de estudio en el que se estudia la exposición y el desenlace al mismo tiempo.

**Etiqueta:** Abreviatura del nombre de un campo que puede utilizarse en su lugar para dirigir la búsqueda de información. Sin: Tag, Delimitador de campo.

**Evaluación crítica:** Véase Lectura crítica.

**Evaluación económica:** Análisis comparativo de opciones alternativas en términos de sus costes y consecuencias. Los estudios de evaluación económica pueden ser parciales, cuando sólo se describen los costes, los resultados o ambos a la vez pero de una única opción o que comparan dos o más alternativas pero sólo en función de sus costes o de sus consecuencias sin valorar ambos a la vez, o completos, cuando se analizan comparativamente dos o más alternativas mediante la valoración de los costes y de las consecuencias de cada una de ellas.

**Evaluación de tecnologías sanitarias:** Proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria (véase) en la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico, social e, incluso, implicaciones éticas.

**Explode:** Obtención de las referencias que contienen el descriptor especificado o cualquiera de los descriptores de su mismo campo semántico pero de significado más restringido. Sin: Automatic explosion, Exploding, Explosion, Explosión, Explosión automática.


**Exploding:** Ver Explode.

**Exploración complementaria:** Conjunto de pruebas diagnosticas realizadas con la finalidad de confirmar una hipótesis diagnostica o hacer el seguimiento de la patologia de un paciente.

**Explosión:** Ver Explode.

**Explosión automática:** Ver Explode.

**Factibilidad:** Indica las posibilidades reales y práctica de que un instrumento de medida pueda ser contestado, completado y analizado. Está relacionad con el nivel de aceptabilidad del instrumento y se refleja en la proporción de rechazos, no respuesta y datos perdidos.



**Factor de confusión:** Variable que está simultánea e independientemente asociada al factor de riesgo estudiado y a la enfermedad estudiada, que puede modificar el resultado del estudio. Tal variable debe ser identificada y se debe evitar su influencia antes de la recogida de datos (mediante el emparejamiento o la restricción) o bien en la fase de análisis, mediante el análisis estratificado y la regresión múltiple.

**Factor de impacto:** Indicador bibliométrico, elaborado por el ISI (véase) y publicado en el Journal Citation Reports, que mide el uso de las revistas. Suele calcularse dividiendo el número de veces que son citados los artículos publicados en una revista durante un plazo de tiempo (habitualmente dos años), entre el número de artículos publicados por esa misma revista y en ese mismo plazo de tiempo. Puede modificarse para calcular el impacto de autores, instituciones... Sin: Impact Factor.

**Factor de riesgo:** Factor relacionado con el riesgo de que ocurra un suceso (p. ej. enfermar).

**Falso negativo:** Referido a una prueba diagnóstica, número de enfermos en que el resultado sería negativo.

**Falso positivo:** Referido a una prueba diagnóstica, número de sanos en que el resultado sería positivo.

**Farmacovigilancia:** Programas que proporcionan de forma continuada una evaluación sobre la seguridad de los fármacos. El factor clave en este sistema son los profesionales sanitarios que participan en el programa de notificación espontánea de reacciones adversas.

**Fiabilidad:** Grado de consistencia con que mide el atributo para el que está diseñado. La consistencia implica la ausencia de variabilidad o desacuerdo en repetidas observaciones o mediciones. Grado en que las mismas mediciones de los individuos que se obtienen en diferentes condiciones dan resultados similares.

**Fiabilidad inter-observador (inter-ratio):** Mide la variación que ocurre entre diferentes observadores al medir a un mismo individuo con un mismo instrumento .

**Field:** Ver Campo.

**Filtros metodológicos:** Son estrategias de búsqueda que nos ayudan a encontrar, en bases de datos como Medline, diferentes tipos de estudio sobre tratamiento, diagnosis, etiología o pronóstico. En Pubmed se denominan "Clinical Queries". Para aplicar uno de estos filtros sólo tenemos que combinar nuestra búsqueda con AND al filtro que nos interesa.

**Forest/ Forest Plot:** Tipo de gráfico ampliamente utilizado para representar los resultados de los diversos estudios seleccionados para una revisión sistemática. El Forest Plot ayuda a decidir si los resultados de los estudios individuales son suficientemente similares para poder ser combinados en una sola estimación.

**Generabilidad:** Véase Validez externa.

**Gold Standard:** Es el criterio que define quién tiene "realmente" la enfermedad (o condición) en estudio.

**Grado o nivel de significación:** En las pruebas de significación estadística, es el valor de p, el cual, en sentido estricto, en un ensayo clínico debe ser preespecificado en la fase de diseño, el nivel aceptado con mayor frecuencia es de 0.05. Ver: P (probabilidad), Significación clínica y Significación estadística.

**Grupo de comparación:** distintos grupos que intentamos comparar en un estudio analítico, ya sean estudios caso-control, estudios de cohortes o ensayos clínicos.

**Grupo control:** En un ensayo clínico, el grupo que recibe placebo o bien un tratamiento activo ya conocido, aceptado y establecido. Sin: Grupo de referencia.

**Grupo intervención:** En un ensayo clínico, el grupo que recibe el tratamiento que se desea evaluar.

**Guía farmacoterapéutica:** Documento que contiene una relación limitada de medicamentos recomendados para la prescripción en un ámbito determinado, seleccionada a partir de la oferta farmacéutica en función de unos criterios previamente establecidos, con la participación y el consenso de los profesionales a los que va destinada.

**Guía de practica clínica:** Conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuada en el abordaje de una condición clínica específica.

**Hipótesis:** Suposición, fundada en observaciones o reflexiones, que puede conducir a predicciones refutables. También, conjetura elaborada de forma que pueda ser comprobada y refutada.

**History:** Archivo de todas las consultas bibliográficas realizadas a lo largo de una sesión en PubMed. También designa al subgrupo de registros que provienen de artículos sobre historia de la medicina.


**Holística:** Relativa al "holismo" que es la doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

**Impact Factor:** Ver Factor de impacto.

**Incremento absoluto del riesgo (IAR):** Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, diferencia absoluta entre las tasas de acontecimientos adversos.

**Incremento relativo del riesgo (IRR):** Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, aumento proporcional de la tasas de acontecimientos adversos en el grupo experimental relativa a la tasa en el grupo de referencia.

**Indicador de adhesión a la Guía Farmacoterapéutica:** Indicador genérico de prescripción que indica el porcentaje de Dosis Diaria Definida (DDD, véase) de medicamentos prescritos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica respecto del total de DDD de medicamentos prescritos.



**Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS):** Base de Datos de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España e incluye contenidos de las diferentes ramas de las ciencias de la salud tales como Medicina (incluyendo Salud Pública, Epidemiología y Administración Sanitaria), Farmacia, Veterinaria, Psicología, Odontología y Enfermería.

**Índice Médico Español (IME):** Base de datos referencial bibliográfica, creada y gestionada por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (IHCD), centro mixto de la Universidad de Valencia y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Cubre 321 publicaciones periódicas editadas en España especializadas en Biomedicina (Administración sanitaria, Farmacia clínica, Medicina experimental, Microbiología, Psiquiatría, Salud pública).

**Indización:** Proceso por el que el documentalista asigna unos descriptores que describen el contenido conceptual de documento con el fin de facilitar su recuperación

**Index:** Listado de todos los términos (unitérminos o compuestos) con significado que están incluidos en la Base de Datos. Esta opción permite hacer una búsqueda seleccionando los términos directamente del listado.

**Indexar:** Ver indización.

**Ineficiencia:** Situación en la cual los recursos no son empleados de la forma en que se incrementarían los beneficios producidos.

**Inferencia:** Proceso de pasar de las observaciones y axiomas a la generalizaciones. En estadística, desarrollo de la generalización a partir de los datos de la muestra, generalmente con un margen de incertidumbre.

**Instrumentos de medida de CVRS específicos:** Los instrumentos específicos incluyen dimensiones de la CVRS de una determinada afección que se quiere estudiar, capacidad funcional, o de un determinado grupo de pacientes.

Instrumentos de medida de CVRS genéricos: Los instrumentos de calidad de vida genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes.

**Interpretabilidad:** grado en el que uno puede asignar un significado comprensible a las puntuaciones cuantitativas del instrumento.

**Intervalo de confianza:** Margen o recorrido comprendidos entre dos valores extremos (el límite inferior y el superior), entre los que cabe esperar el valor medio real de la población con un margen grado prefijado de seguridad. Ver: Nivel de confianza.

**Intervención:** Cualquier acción (preventiva, diagnóstica, sintomática o curativa) aplicada con el fin de modificar el curso de la situación previa. Cualquier tratamiento o actuación sanitaria que queramos evaluar

**ISI:** El Institute for Scientific Information fue creado por Eugene Garfield en 1958 con el objeto de publicar el primer Current Contents que cubría unas 200 revistas. En 1971, cubría más de 4000 revistas, publicaba más de 650 páginas de contenidos a la semana, y era consultado por más de un millón de científicos. En 2001, se desarrolló el ISI Web of KnowledgeSM, que integra literatura científica, tanto revistas (journals) como actas (proceedings), patentes, compuestos químicos, y hasta secuencias genómicas. El ISI fue adquirido por The Thomson Corporation, que lo convirtió en el Thomson Institute for Scientific Information. Es, por tanto, una institución privada que produce diversas Bases de Datos de primer orden en calidad y utilidad en la investigación científica, pero que sobre todo ha obtenido un notable éxito por la difusión de lo que se conoce como Impact Factor o Factor de Impacto.

**ISSN:** International Standard Serial Number, número internación único que identifica de manera inequívoca cada revista.

**Ítem:** Cada uno de los elementos, preguntas o cuestiones que constituyen un test.

**Key word:** Ver Palabra clave.

**Lectura crítica:** Es el proceso de evaluar e interpretar la evidencia aportada por la literatura científica, considerando sistemáticamente los resultados que se presenten, su validez y su relevancia para el trabajo propio. Sin: Evaluación crítica.

**Lenguaje documental:** Lenguaje artificial creado específicamente para el análisis y recuperación de la información. Contrapuesto al Lenguaje natural, se diferencia de este especialmente por carecer de variabilidad, sinonimia y polisemia.

**Lenguaje natural:** Expresión de ideas o de conceptos con los términos y con las reglas propios de un idioma o de un grupo especial de hablantes (p.e. sanitarios). Se contrapone a Lenguaje artificial y, específicamente en documentación, a Lenguaje documental.

**Límites:** Opción que ofrecen varias bases de datos, como Medline, que permite limitar/restringir una búsqueda de acuerdo a unas características como p.ej. artículos publicados en un idioma determinado, tipo de publicación (revisión, ensayo clínico), o grupo de edad, sexo, etc.

**Likelihood Ratio:** Véase Razón de probabilidad.

**Literatura inédita:** Literatura que no ha sido publicada.

**Mapeo Automático de Términos:** Ver Acotado Automático de Términos.

**Mayor Topic:** Materia principal de un artículo. Sin: Descriptor mayor.

**Médical Subject Headings:** Ver MeSH

**Medicina Basada en la Evidencia (MBE):** Práctica de la medicina basada en la integración de la maestría clínica de cada médico (es decir, el dominio del conocimiento y el juicio adquirido por la experiencia) con las mejores pruebas clínica externas disponibles. También ha sido definida como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente.

**Medicamentos genéricos (Especialidad Farmacéutica Genérica, EFG):** Especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad está suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La EFG debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia.

**Medicamentos huérfanos:** Cuando un fármaco no es desarrollado porque el detentador de la patente considera que no recuperará los costes de este desarrollo (en el caso de enfermedades raras y otras enfermedades no raras pero que ocurren en países pobres en los que no existe un “mercado” potencial), se lo denomina medicamento huérfano.

**MeSH (Médical Subject Headings, Encabezamientos de Materias Médicas):** Tesauro (diccionario que permite conocer la equivalencia entre los términos del lenguaje natural y los del lenguaje documental) de Medline y de PubMed.

**MeSH Subheading:** Subencabezamiento propio de MeSH.

**MeSH Term:** Descriptor propio de MeSH.

**Meta-análisis:** Integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios sobre un problema determinado. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de todos los estudios disponibles.

**Método matricial multirasgo-multimetodo (multitrait-multimethod matriz method, MTMM):** procedimiento empleado para la validación de constructo aplicando para ello los conceptos de convergencia (validez convergente) y discriminabilidad (validez discriminante).

**Método test-retest:** Método utilizado para la comprobación de la fiabilidad de un test. Correlación entre la puntuación de dos administraciones de una prueba a los mismos individuos. De esta manera se mide uno de los conceptos incluidos en la fiabilidad: la estabilidad del test.

**Modelo de medida:** Se refiere a las escalas y subescalas de un cuestionario y a los procedimientos seguidos para crear las puntuaciones.

**Muestra:** Fracción seleccionada de una población determinada, idealmente representativa de la población de referencia y de tamaño suficiente.

**Muestreo:** Selección de los sujetos de una población que tomarán parte en un estudio. El muestreo aleatorio implica que cada participante potencial de la población estudiada tiene las mismas probabilidades de ser incluido en la muestra.

**NEAR:** Operador booleano utilizado en las búsquedas en Librería Cochrane Plus. Buscará documentos donde las dos palabras que enlaza NEAR estén separadas entre sí por un máximo de seis palabras en cualquier orden.

**NEXT:** Operador booleano utilizado en las búsquedas en Librería Cochrane Plus. Recupera documentos donde las dos palabras están juntas en ese orden.

**Nivel de confianza:** Se expresa en términos probabilísticos y se interpreta como la probabilidad de que el verdadero parámetro poblacional esté dentro del intervalo de confianza. Ver: Intervalo de confianza.

**Normograma de Fagan:** Método de cálculo de la probabilidad posttest mediante la representación gráfica de una tabla. Permite conocer la probabilidad posttest mediante el trazo de una línea que una la probabilidad pretest y la razón de probabilidad, el siguiente punto de intersección con la línea situada a la derecha, señala la probabilidad posttest.

**Número necesario para dañar (number needed to harm, NNH):** Número de pacientes que deben tomar el tratamiento experimental para que se produzca un caso adicional de un determinado acontecimiento adverso, en comparación con los pacientes que reciben el tratamiento de referencia.

**Número necesario para tratar (NNT):** Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Cuando el tratamiento experimental incrementa la probabilidad de un acontecimiento favorable (o cuando disminuye la de un acontecimiento adverso), número de pacientes que hay que tratar para dar lugar a un paciente más con mejoría (o para prevenir un acontecimiento adverso adicional). Se calcula como  $1/\text{RAR}$ .

**Odds:** Se llama odds a la razón en la que el numerador es la probabilidad de que ocurra un suceso y el denominador es la probabilidad de que tal suceso no ocurra.


**Odds post-test:** Equivale a los odds (proporción) de que un paciente tenga la enfermedad una vez que se ha realizado el test diagnóstico.

**Odds pre-test:** Definida como los odds (proporción) de que un paciente tenga la enfermedad antes de que el test diagnóstico se efectúe.

**Odds ratio (OR):** Resultado de dividir la odds del grupo de interés (expuesto) por la odds del grupo de referencia (control). Si el  $\text{OR} = 1$  el riesgo o probabilidad de que ocurra el evento es el mismo para ambos grupos (el efecto del tratamiento experimental es el mismo que el del tratamiento control); si el  $\text{OR} > 1$  se interpretará como que el tratamiento experimental favorece la aparición del evento y si el  $\text{OR} < 1$  diremos que protege de la aparición del mismo.

**Operadores booleanos:** Partículas habitualmente expresadas en inglés (AND, OR, NOT) que indican operaciones lógicas entre conceptos. Las operaciones son las de intersección (AND = recupera los documentos que contengan ambos términos), adición (OR = recupera los documentos que contengan tanto un término como otro, o la suma de los dos) o exclusión (NOT = sirve para excluir documentos que tienen un determinado término).

**P:** Seguía de la abreviatura n.s. (no significativa) o del símbolo  $<$  o una cifra decimal, indica la probabilidad de que la diferencia observada en una muestra haya ocurrido puramente por azar siendo los grupos comparados realmente semejantes, es decir bajo la hipótesis nula.



**Palabra clave:** Término propio del lenguaje natural, sin otras normas que las del habla de la cual procede, que puede utilizarse en la búsqueda de información. Con frecuencia se utiliza como sinónimo de Descriptor, pero este uso no es correcto y conviene evitarlo. En MeSH las palabras clave son el equivalente a los términos de entrada (Entry Terms) de un diccionario de idiomas. Sin: Key word.

**Palabra de texto:** PubMed considera “palabras de texto” a todos los números y términos con significado que aparecen, entre otros menos importantes, en los campos título (title [TI]), resumen (abstract [AB]), descriptores (MeSH terms [MH]), subencabezamientos (MeSH Subheadings [SH]), así como los nombres de sustancias químicas (Substance Name [NM]) y los nombres de personas (Personal Name [PS]) cuando unas y otras son la materia del artículo. Sin: Text Word.

**Panel de expertos:** Reunión de un grupo de profesionales de prestigio en una determinada materia que abordan, exponen, contrastan ... sus opiniones y experiencias sobre la actuación en un tema preocupante de interés para el que se busca la mayor uniformidad de criterios que no es posible obtener por otro tipo de estudios más eficientes.

**Perdidas de seguimiento:** Aquellos pacientes que son perdidos durante el estudio y en los cuales no podemos valorar los resultados finales.

**Población:** Grupo individuos, objetos, mediciones, etc., con determinadas características demográficas, de donde se obtiene la muestra y a la que se quiere hacer inferencia de los resultados de un estudio.

**Positivismo lógico:** También denominado neopositivismo. Movimiento filosófico contemporáneo que destaca en filosofía la importancia del análisis del lenguaje y de la metodología científica.

**Pretest cognitivo:** Conjunto de estrategias y procedimientos que se utilizan para determinar si el cuestionario funciona tal y como lo ha concebido el investigador. Debe reproducir exactamente las condiciones en las que se responderá el cuestionario definitivo y, por tanto, tiene que realizarse con el cuestionario terminado y empleando el mismo procedimiento de recogida de información, puesto que la única diferencia entre el pretest y el trabajo de campo es el número de cuestionarios contestados.

**Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dados.

**Prevalencia del test:** Número total de positivos obtenidos al realizar una prueba diagnóstica en relación al total de sujetos que componen la muestra estudiada.

**Probabilidad:** Es el cociente entre los casos posibles de que ocurra un hecho dividido por el total de casos.

**Probabilidad pretest o preprueba:** Proporción de pacientes que tienen la enfermedad en la muestra estudiada, y cuyo diagnóstico es fehacientemente establecido por un estándar de referencia. Es la prevalencia de la enfermedad.

**Probabilidad postest o posprueba:** Probabilidad de tener una enfermedad tras la realización de una prueba diagnóstica.



**PubMed:** Base de datos de bibliografía sobre ciencias de la salud. Puede obtenerse de ella información acerca de publicaciones de carácter científico y de contenido médico (en su sentido más amplio, incluyendo enfermería, odontología, veterinaria...).

**Randomización:** Ver Aleatorización.

**Razón de probabilidad:** Probabilidad de un resultado en los enfermos dividido por la probabilidad de ese mismo resultado en no enfermos. Sin: Cociente de probabilidad, Likelihood Ratio.

**Reacciones adversas a medicamentos (RAM):** Según la OMS, “reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”. Las reacciones adversas se clasifican en dos grandes grupos: RAM tipo A, de tipo cuantitativo o predecibles, y RAM tipo B, de tipo cualitativo o no predecibles. Sin: Efecto indeseado.

**Record:** Ver Asiento.

**Reducción absoluta del riesgo (RAR):** Diferencia aritmética absoluta entre la tasa de acontecimientos (riesgo) en el grupo experimental y la tasa de acontecimientos (riesgo) en el grupo control. También se puede denominar: Diferencia de riesgos.

**Reducción relativa del riesgo (RRR):** Cociente entre la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el riesgo en el grupo control. A la reducción relativa del riesgo se le llama también “fracción atribuible” o “diferencia relativa del riesgo”.

**Registro:** Ver Asiento.

**Regresión logística:** Tipo de análisis de regresión (véase) en el que la variable dependiente sólo puede tomar dos valores. En el análisis de regresión la variable dependiente puede ser o bien categórica o bien continua (véase).

**Repetibilidad:** Referida a una prueba, es el grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que aquella se lleva a cabo por los mismos profesionales y los mismos emplazamientos.

**Reproducibilidad:** Grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que una prueba se lleva a cabo por distintos profesionales y es distintos ámbitos. Sin: Estabilidad.

**Retroalimentación:** Método para mantener la acción o eficacia de un sistema mediante la continua revisión de los elementos del proceso y de sus resultados con el fin de realizar las modificaciones necesarias.

**Reunión educacional:** Visita individualizada de un educador a un profesional de la salud en su ámbito de trabajo; en ella se suelen combinar técnicas de auditoría y retroalimentación.

**Revisión:** Se denomina así a todo intento que sintetice los resultados y las conclusiones de dos o más publicaciones relacionadas con un tema dado.

**Revisión bibliográfica:** recopilación de literatura realizada sobre un tema concreto en un intervalo de tiempo concreto del que se realiza un resumen y en el que no quedan explícitos los criterios de búsqueda y se destacan las conclusiones a criterio del autor.

**Revisiónes narrativas:** Se basan en el análisis que hace un experto de los estudios originales existentes sobre un determinado tema o problema para posteriormente subrayar aquellos resultados que considera más importantes.

**Revisiónes sistemáticas:** Revisión en las que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados.

**Riesgo:** Resultado predecible o incierto desfavorable de una actividad, intervención o exposición. Probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno adverso.

**Riesgo relativo (RR):** Cociente entre el riesgo de padecer un acontecimiento entre los individuos expuestos a un factor de riesgo determinado y el riesgo de padecerlo entre los no expuestos. También se puede denominar: Cociente de riesgos.

**Seguimiento:** Periodo de duración de un estudio durante el cual se mantienen contactos periódicos con los participantes en el mismo con el fin de evaluar las variables de estudio.

**Sensibilidad:** Referida a una prueba diagnóstica, es la proporción de personas verdaderamente enfermas que ha sido catalogadas como tales mediante dicha prueba.

**Sensibilidad al cambio (de un instrumento):** se refiere a la medida en que detecta y mide de manera fiable las variaciones más pequeñas de un atributo, rasgo, dimensión o constructo.

**Serie de casos:** Tipo de estudio que describe una serie de características poco conocidas de un proceso o tratamiento y facilitan el conocimiento del mismo y su evolución en el tiempo.

**Sesgo:** Error sistemático producido en la estimación de los resultados, a causa de defectos en el diseño del estudio, recogida de datos o seguimiento.

**Sesgo de desgaste:** Diferencias sistemáticas que se producen entre los grupos de un ensayo clínico por la pérdida de participantes durante el estudio.

**Sesgo de información:** Sesgo relacionado con la forma en la que se obtuvieron los datos. Entre ellos se incluyen los errores cometidos en la valoración del estado de los pacientes al inicio, durante o al final del estudio; también los que ocurren cuando los datos se obtienen de fuentes sin que se conozca la calidad de las mismas. Algunos de los sesgos de información serían: el sesgo del recuerdo o de memoria, sesgo de sospecha diagnóstica, sesgo del entrevistador...

**Sesgo de interpretación de las pruebas:** Error sistemático que surge debido a la realización de las pruebas de forma no independiente y a ciegas con la consecuencia de que el conocer los resultados de una prueba influye en los de la otra.

**Sesgo de publicación:** Sesgo que surge debido a la tendencia a publicar sólo estudios con resultados positivos.

**Sesgo de selección:** Error sistemático consecuencia de que las características de los sujetos incluidos en un estudio son diferentes de las características de los no incluidos, de modo que la muestra no es representativa de la población de referencia. Se incluyen en este grupo el sesgo de los voluntarios, el de prevalencia-incidencia, el de los emigrantes, el de selección no aleatorizada, el de Berkson, el de pertenencia a grupo, el del trabajador sano...

**Sesgo de sospecha diagnóstica:** Sesgo que ocurre cuando la interpretación de una prueba se haga conociendo el resultado de otra.

**Sesgo de reproducibilidad:** Sesgo debido a la ausencia de información detallada de las condiciones en que se ha aplicado la prueba, así como las definiciones de los resultados positivos y negativos.

**Sesgo de resultados no interpretables:** Error sistemático consecuencia de no incluir pacientes en diferentes estadios de la enfermedad.

**Sesgo de verificación o de confirmación diagnóstica:** Sesgo que ocurre cuando el estudio se limita a individuos sobre los que se realizó con anterioridad la prueba "gold Standard", que suelen ser los de mayor probabilidad de padecer enfermedad.

**Sesgo en el espectro de la enfermedad:** ¿

Sesgo por ausencia de "gold Standard": Error sistemático que se produce cuando entre los criterios de referencia que se emplean en la comparación de la utilidad de una prueba diagnóstica (en ausencia de "gold Standard") se incluye la prueba de estudio.


**Sesión bibliográfica:** Herramienta docente consistente en reuniones entre profesionales que realizan una lectura crítica de un artículo científico.

**Significación clínica:** Probabilidad de que una diferencia observada tenga una repercusión sobre el curso del problema o enfermedad tratados que sea relevante para un paciente dado o para un conjunto de pacientes.

**Significación estadística:** Probabilidad de que una diferencia observada sea resultado de la casualidad y no de los determinantes causales en un estudio. El hallazgo de una significación estadística no implica necesariamente significación clínica.

**Síntesis:** Fuentes de información que recogen resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas de alta calidad o de artículos originales.

**Síntesis:** Fuentes de información que incluyen revisiones sistemáticas de alta calidad metodológica.



**Sistema:** Fuente de información que se caracteriza por abarcar una gran variedad de temas, proporcionar un resumen de los resultados de revisiones de alta calidad y ser actualizado con frecuencia.

**Subencabezamiento:** Término que delimita el significado del descriptor al que acompaña. P.e. “Drug therapy” (tratamiento farmacológico) como subencabezamiento unido al descriptor Hypertension nos informaría que un artículo trata, entre todos los aspectos posibles de la hipertensión, su tratamiento farmacológico. Sin: Subheading.

**Subheading:** Ver subencabezamiento.

**Tag:** Ver Etiqueta.

**Tamaño de la muestra:** Número mínimo necesario de sujetos que participan en un estudio, pero a su vez suficiente para proporcionar una respuesta fiable al objetivo final de dicho estudio. La determinación de dicho tamaño mínimo es de naturaleza estadística y depende de varios factores.

**Técnica de grupos conocidos:** Procedimiento utilizado para la validación de constructo según la cual el instrumento se aplica a los grupos que, según se presume, diferirán respecto del atributo crítico a causa de una característica conocida.

**Tecnología sanitaria:** Conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médicos y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención sanitaria.

**Teoría estadística de Bayes o Teorema de Bayes:** Establecimiento inductiva de la probabilidad de una hipótesis a partir de algunas observaciones. Según el teorema de Bayes, la probabilidad posterior (o a posteriori) de una hipótesis es igual a una constante, multiplicada por la verosimilitud o posibilidad de la hipótesis (definida como la probabilidad de observar unos acontecimientos determinados si la hipótesis considerada fuera de hecho cierta) y por la probabilidad anterior de la hipótesis.

**Término MeSH:** Ver MeSH Term

**Término de entrada:** Relacionado con Palabra clave (véase).

**Tesaurus:** Es un repertorio de términos con expresión de las relaciones semánticas que los unen. Habitualmente consta de dos partes, una sección categorizada, que expresa las relaciones jerárquicas, genérico-específicas, entre los términos normalizados (descriptores), lo que nos permite conocer el campo semántico (significado) que abarcan los distintos términos. La sección alfabética es una ordenación de todos los términos, normalizados (descriptores) o no normalizados (palabras clave), que de forma similar a un diccionario de idiomas, permite conocer las relaciones de equivalencia entre unos y otros términos. Sin: Thesaurus.

**Test Chi cuadrado (2):** Prueba estadística utilizada para determinar el grado de asociación entre variables categóricas (véase).

**Test de McNemar:** Prueba de significación estadística para probar la hipótesis nula de inexistencia de cambios en la proporción de sujetos que experimentan un acontecimiento, cuando cada individuo es evaluado dos veces (en condiciones diferentes) y los datos están emparejados.

**Test T de Student:** Prueba de significación estadística paramétrica (véase) para contrastar la hipótesis nula respecto a la diferencia entre dos medias.

**Test U de Mann-Whitney:** Prueba de significación estadística no paramétrica (véase) para probar la hipótesis nula de que el parámetro de localización (generalmente la mediana) es el mismo cuando se comparan dos grupos independientes, cualquiera que sea el tipo de distribución de la variable (distribución normal o de otro tipo).

**Test de Wilcoxon:** El contraste de Wilcoxon es la técnica no paramétrica paralela al test T de Student para muestras apareadas.

**Text Word:** Ver Palabra de texto.

**Thesaurus:** Ver Tesoro.

**Transferabilidad:** Término acuñado en investigación cualitativa sugiere que en la medida en que el investigador ha respetado el criterio de maximizar la diversidad en la obtención de la muestra y realice una detallada descripción del contexto y participantes, los hallazgos pueden ser aplicables en contextos similares.

**Triangulación:** Técnica empleada en investigación cualitativa para controlar sesgos. Consiste en obtener distintas perspectivas del fenómeno estudiado utilizando diferentes métodos de investigación (cualitativos y cuantitativos). La triangulación puede ser simultánea o secuencial.

**Truncado:** El término truncar significa en español "cortar el extremo de una cosa". Aplicado a un término de búsqueda consiste en separar del término su terminación y sustituirla por un símbolo comodín (en PubMed es un asterisco \*-). El resultado es la selección de todos los términos que contienen la raíz superviviente.

**Umbral de decisión:** Nivel de probabilidad a partir del cual el beneficio previsible de toma una decisión de intervenir iguala o mejora al beneficio de no tomarla

**Validez:** Capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado, denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.

**Validez aparente o facial:** Forma especial de la validez de contenido que se refiere al hecho de que el instrumento parezca, de la impresión a las personas evaluadas, de que es adecuado para medir lo que se pretende medir.

**Validez concurrente:** Denota la capacidad de un instrumento de distinguir a los individuos que difieren en su condición actual respecto de un criterio.

**Validez convergente:** Aspecto de la validez de constructo que se refiere al grado en que diferentes formas de medir el mismo constructo (o dimensiones de un constructo) se correlacionan la una con la otra.

**Validez de constructo:** Grado en que una prueba o instrumento mide un determinado rasgo, característica o constructo.

**Validez de contenido:** Determina si el instrumento contiene ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto o constructo en estudio.

**Validez de criterio:** Concordancia entre los resultados de la medida del instrumento y los resultados de la medida realizada mediante un criterio o patrón de referencia (gold standard) de lo que se quiere medir.

**Validez discriminante o divergente:** Aspecto de la validez de constructo que demuestra que una medida no se correlaciona con otras medidas cuya finalidad es medir rasgos, dimensiones o constructos diferentes a los que ella mide.

**Validez externa:** Grado en que las conclusiones obtenidas con la muestra de población que participa en un estudio pueden ser generalizadas a su población de referencia o a otras poblaciones, lugares, momentos e investigaciones.

**Validez interna:** Grado en que los resultados de un estudio miden la realidad para la muestra de población que participa en un estudio. Grado en que un estudio está libre de sesgos.

**Validez predictiva:** Se refiere a la idoneidad de un instrumento para diferenciar entre el desempeño o las conductas de los individuos respecto de un criterio futuro.

**Valor global de un test:** Proporción de sujetos correctamente clasificados por el test en relación al total de sujetos que componen la muestra estudiada.

**Valor predictivo negativo:** Referido a una prueba diagnóstica, la probabilidad de que una persona con un resultado negativo sea un verdadero negativo.

**Valor predictivo positivo:** Referido a una prueba diagnóstica, la probabilidad de que una persona con un resultado positivo sea un verdadero positivo.

**Variabilidad:** Variación entre individuos debido a determinantes genéticos, ambientales, patológicos... (variabilidad interindividual) u oscilación de variables biológicas en un mismo individuo según las circunstancias (variabilidad intraindividual).

**Variable:** Cualquier atributo, fenómeno o hecho que pueda tener diferentes valores.

**Variable categórica:** Se dice de la variable que presenta interrupciones. Una variable es categórica si, entre varios valores potencialmente observables, hay un valor que no puede ser observado. Ejemplo: variables binarias.

**Variable continua:** Se dice de la variable que no presenta interrupciones. Una variable es continua si, entre dos valores observables, siempre existe la posibilidad de que haya otro valor observable. Ejemplos: edad, peso, altura.

**Verbatim: Su significado es:** Literalmente, o palabra por palabra. Anglicismo utilizado en investigación cualitativa para denominar a la transcripción exacta, en la fase de exposición de resultados, de las expresiones surgidas durante el grupo de discusión de los participantes, es decir conservado la expresión literal grabada.

**Verdaderos negativos:** Grupo de pacientes sanos en los que el test es negativo.

**Verdaderos positivos:** Grupo de pacientes con enfermedad y que además son detectados por el test.

