



Programa Doctorado
Departamento de
Cirugía
Curso 2009-10
Prof. Dr.
M García-Caballero

uma.es
universidad de Málaga

Tema 12. Posición del MIR: del inicio de los estudios de Medicina hasta su jubilación. Capacidades que debe adquirir un MIR de una Especialidad quirúrgica: proceso de auto-evaluación en la adquisición de conocimientos

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Competencias que se deben adquirir

- asistencia a los pacientes
- conocimiento médico
- aprendizaje y mejora basados en la práctica clínica
- capacidades de comunicación e interpersonales
- profesionalismo
- práctica basada en sistemas

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Competencias profesional

Uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las capacidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad a la que sirve

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Etapas en la competencia profesional

- novicio
- principiante avanzado
- competente
- autosuficiente
- experto
- maestro

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Etapas en la competencia profesional

- Conducta basada en reglas (residente)
- Conducta basada en contexto (competente)

Es necesario sentirse mal para llegar a ser competente (Dreyfus, 2001)

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

- **Reglas:** se mira a ver a la que mas se parece y después se elige una perspectiva
- **Contexto:** refuerza un patrón de reconocimiento seguro, en segundos. Para después aplicar las reglas para confirmar

Conocimiento tácito



Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Desarrollo de la competencia

- Capacidades clínicas básicas
- Conocimiento científico
- Desarrollo moral

JAMA 2002;287:226

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

La competencia profesional es evolutiva y depende contexto

Además:

- hábitos de la mente
- observación de cómo pensamos
- de nuestras emociones y técnicas

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

La competencia profesional es evolutiva y depende del contexto y:

- atención
- curiosidad crítica
- auto-concienciación para reconocer y dar respuesta a la parcialidad cognitiva y emocional
- personalidad y voluntad para reconocer y corregir errores

EPISODIOS DE APRENDIZAJE MÉDICO AUTODIRIGIDO

Estadio aprendizaje / Tipo problema	Específico (necesidad paciente)	General (actualizar conocimientos/técnicas)
Estadio 0 Identificar problemas, ideas.. para empezar aprendizaje	Médico esta alerta de fuentes potenciales	Médico alerta de problemas que puede necesitar resolver y, cuando se encuentre con problemas potenciales, pasa al siguiente estadio
Estadio 1 Evaluar y decidir si el potencial problema encontrado merece la pena seguirlo	Médico siente necesidad de acción inmediata y decide sobre la marcha si toma el problema ; alternativa leer hablar con otros, y decide rápido	Médico se siente inseguro (quizás debo revisar ...) y se pregunta: es esto realmente un problema? Es posible una solución? Existe algún sitio dónde aprender lo que necesito? Estoy preparado para hacer en mi práctica los cambios que requiere lo que estoy aprendiendo?
Estadio 2 Aprender capacidades y conocimientos: aprender lo que se necesita para resolver el problema	Aprender lleva consigo leer (revistas típicas, otros textos) y hablar con compañeros que ofrecen sugerencias	Aprender lleva consigo lectura comprensiva y participar en cursos disponibles y apropiados
Estadio 3 Ganar experiencia usando lo que se ha aprendido	Aprender significa intentar las soluciones al problema en cuestión y viendo lo que sucede	Aprender significa intentar nuevas técnicas y conocimientos en distintas situaciones y ganar experiencia con los resultados. Leer de nuevo para ver las experiencias que han tenido otros utilizando lo mismo

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

Adquisición y uso del conocimiento

- MBE es una forma explícita de generar una cuestión que se puede responder, interpretando nuevos conocimientos y valorando como aplicar este conocimiento en la práctica clínica
- Sin embargo, la competencia esta definida por el **conocimiento tácito** (aquel que conocemos pero que normalmente no es fácil de explicar, incluyendo intuición y patrones de reconocimiento) mas que por el explícito

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

- La valoración de las capacidades de la MBE es difícil porque muchas de la fuentes usadas por los novicios son remplazadas por cortocircuitos por los expertos así como otras capacidades clínicas
- El conocimiento personal es el conocimiento utilizable ganado a través de la experiencia. Los clínicos utilizamos nuestro conocimiento personal cuando observamos la conducta de nuestros pacientes (la expresión de la cara) y con ello podemos llegar a un diagnóstico provisional (como coledocolitiasis) antes de recabar la información específica para confirmarlo.

Desarrollo profesional y estrategias de aprendizaje

- Pero debido a que la experiencia no necesariamente lleva al aprendizaje y la competencia: la auto-concienciación cognitiva y emocional es necesaria para
 - >ayudar en el planteamiento de preguntas clínicas,
 - >buscar nueva información y
 - >ajustar la parcialidad subjetiva

PAPEL DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA EN LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	Conoce	Conoce como	Muestra como	Hace	Problema nuevo	Ent. crónica	Urgencia	Preven-tiva	Hospital agudos
Auto-evaluación y reflexión									
Información recogida de paciente y familia									
Relaciones interpersonales y profesionalismo									
Examen físico									
Procedimientos (suturar, coger vías)									
Interpretación tests diagnósticos (ECG, estado mental, imagen)									
Razonamiento diagnóstico (aspectos psico-sociales)									
Juicio clínico: indicar exámenes complementarios									
Juicio clínico: Generar plan terapéutico									
Acceso, Interpretación y aplicación literatura médica									
Presentación de datos a compañeros (cartas, informes)									
Mecanismos básicos (anatomía, inmunología, microbiología)									
Fisiopatología enfermedad (dermatología, renal, gastrointestinal)									
Ciencias sociales (epidemiología, psicología, cultura / diversidad)									
Temas especiales (espiritualidad, ética, economía)									

Programa Doctorado

Departamento de Cirugía

Curso 2009-10

Prof. Dr. M García-Caballero

uma.es
universidad de Málaga

Tema 15. ¿Qué son las GPC? ¿Por qué GPC? Criterios para elegir los temas en los que es necesario desarrollar una GPC. Modelos de desarrollo de la GPC. Composición y entrenamiento del grupo.

PRÁCTICA MÉDICA

↓

De la charlatanería y el empirismo

↙

MBE

→

↘

GPC

Gracias a la investigación

Cirugía

4. Cirugía basada en la evidencia.

QUÉ ES LA CIBE?

CIBE: PROBLEMA CLÍNICO

- 10.000 revistas médicas
- 2.000.000 de artículos anuales
- Cada 45 años se renueva la mitad de los conocimientos quirúrgicos (Hall JC. Lancet 1998; 350: 1752)
- 19 artículos/día debe leer un internista para poder practicar un diagnóstico y tratamiento actuales (Davidoff F. BMJ 1995; 310: 1085-6)
- 30-60 minutos /semana puede/quiere leer un médico

MBE: Por qué?

- hay mucha información
- no tenemos tiempo

nos quedamos atrás

muchos pacientes son tratados de forma inefectiva

POSIBLES SOLUCIONES

Revisiones narrativas tradicionales

- Analizan de forma incompleta (elección subjetiva)
- Problemas metodológicos al resumir resultados cada estudio
- Falta de actualidad

Revisiones sistemática Cochrane

- Búsqueda literatura sistemática estudios relevantes
- Elección estudios con criterios metodológicos (randomización si/no)
- Análisis estadístico resultados de cada estudio con ayuda del meta-análisis
- Actualización sistemática de las revisiones

Cochrane Library (CD)

Objetivo: Elaboración, actualización continuada y difusión de trabajos de revisión sistemáticos /meta-análisis

CONTENIDO

- Cochrane Database of Systemic Reviews: 428 revisiones, 397 protocolos
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ("DARE"): 1707 revisiones publicadas con antelación, analizadas y comentadas de nuevo
- Cochrane Controlled Trials Register: 191.165 estudios clínicos controlados (resúmenes)
- Cochrane Review Methodology Database: 769 artículos sobre metodología del meta-análisis

Cochrane Library CD, Version III/1998

CIRUGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Definición

- Es el aprovechamiento consciente e inteligente de las mejores evidencias de la investigación clínica para tomar decisiones en la asistencia de las personas individuales.
- Practicar CIBE significa conectar la experiencia clínica individual con las mejores pruebas externas disponibles

(Sackett D. BMJ 1996; 312: 71-2)

CIRUGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Limitaciones

- CIBE no es ningún libro de recetas de práctica médica.
- El objetivo primario de la CIBE no es reducir los costes.
- Las evidencias de la CIBE no sólo se limitan a los estudios aleatorizados.

(Sackett D. BMJ 1996; 312: 71-2)

CIRUGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Procedimiento práctico

- Traducir el problema clínico en una pregunta que se pueda contestar: planteamiento, opciones terapéuticas A ó B, criterios objetivos.
- Encontrar las mejores pruebas disponibles para tomar la decisión (literatura científica, CD de la Cochrane Library, etc).
- Evaluar los estudios según los métodos y la relevancia.
- Examinar la aplicabilidad de los conocimientos obtenidos para el caso a resolver

(Sackett D. BMJ 1996; 312: 71-2)

CIRUGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Cuáles son los principales problemas para la aplicación de CIBE? (resultados encuesta a 302 médicos generales en GB)

- **Falta de tiempo:** 71%
- **Búsqueda literatura:** Sólo 20% tenían conexión con Medline, pero 50% hicieron búsquedas durante el último año en Medline
- **Valoración literatura:** 61% tenían dificultades para evaluar la literatura, 57% preferían las conclusiones
- **Conocimientos metodológicos:** Sólo un 11% sabían lo que era una Odds Ratio, pero 33% entendían el principio de un meta-análisis

(McColl. BMJ 1998; 316: 361-5)

REALIZAR UNA REVISIÓN Cochrane

1. Anunciar la idea y registrar el título en el Grupo de Revisión Cochrane correspondiente
2. Familiarizarse con el software (RevMan 3.0) y desarrollar un protocolo que será examinado por Cochrane
3. Búsqueda y análisis de la literatura de acuerdo con el protocolo; entonces presentar la revisión completa
4. Publicación de la revisión en el CD de la Cochrane
5. Actualización de la revisión tan pronto como aparezcan nuevos estudios que cambien los conocimientos

Caso práctico: Sepsis (Peritonitis por colecistitis aguda)

Caso: Hembra 69 años, 65 Kg, dolor subcostal derecho, vómitos, fiebre (39.5°), TA 90/60, 130 sistoles/min, PVC -3 cm H₂O, TAC líquido libre intra-abdominal

¿Consigue la NE una reducción de la mortalidad en comparación con NPT?

- Búsqueda literatura:
- Sepsis (56559) and Enteral Nutrition (280) and Total Parenteral Nutrition (833) and EN and TPN (79) and Nutrition Support (36) and Mortality (6) and Meta-analysis (1)

Caso práctico: Sepsis (Peritonitis por colecistitis aguda)

Caso: Hembra 69 años, 65 Kg, dolor subcostal derecho, vómitos, fiebre (39.5°), TA 90/60, 130 sistoles/min, PVC -3 cm H₂O, TAC líquido libre intra-abdominal

• Ante la necesidad de aporte nutricional prevista y debido a que la NPT postoperatoria aumenta 10% las complicaciones postoperatorias, hay que hacer NE

• Debido a que el estómago se paraliza durante 48 a 72 h, hay que poner los nutrientes en yeyuno

- Sonda Naso-entérica (incómoda, riesgo aspiración)

- Yeyunostomía alimentación (Sonda 7 u 8 French)

**SE DECIDE REALIZAR
YEYUNOSTOMÍA DISTAL AL TREITZ**

NIVELES DE EVIDENCIA

Nivel Grado de Recomendación (Cook, 1995)

- I A: Resultado de un solo estudio controlado y aleatorizado (ECA) en el que el límite bajo del intervalo de confianza (IC) para el efecto del tratamiento excede el mínimo beneficio clínicamente importante
- I+ A: Resultado de un meta-análisis de ECA en el que el efecto del tratamiento de los estudios individuales es consistente y el límite bajo del IC para el efecto del tratamiento excede el mínimo beneficio clínicamente importante
- I- A: Resultado de un meta-análisis de ECA en el que el efecto del tratamiento de los estudios individuales es muy disparatado pero el límite bajo del IC para el efecto del tratamiento excede el mínimo beneficio clínicamente importante

NIVELES DE EVIDENCIA

Nivel Grado de Recomendación (Cook, 1995)

- II B: Resultado de un solo estudio controlado y aleatorizado (ECA) en el que el límite bajo del intervalo de confianza (IC) para el efecto del tratamiento coincide el mínimo beneficio clínicamente importante
- II+ B: Resultado de un meta-análisis de ECA en el que el efecto del tratamiento de los estudios individuales es consistente y el límite bajo del IC para el efecto del tratamiento coincide el mínimo beneficio clínicamente importante
- II- B: Resultado de un meta-análisis de ECA en el que el efecto del tratamiento de los estudios individuales es muy disparatado pero el límite bajo del IC para el efecto del tratamiento coincide el mínimo beneficio clínicamente importante

NIVELES DE EVIDENCIA

Nivel	Grado de Recomendación (Cook, 1995)
III	C: Resultados que provienen de estudios no aleatorizados con un grupo cohort coincidente en el tiempo
IV	C: Resultados que provienen de estudios no aleatorizados con un grupo cohort histórico
V	D: Resultados de series de casos

CONCLUSIONES

1. MBE representa un concepto interesante y en parte nuevo para mejorar la efectividad en el cuidado de nuestros pacientes
2. La Cochrane Collaboration mejora con la metodología del meta-análisis la base científica para tomar decisiones de tratamiento
3. Los médicos no debemos ver en este nuevo desarrollo un intento de reducir los costes y/o una limitación a nuestras decisiones de tratamiento, sino que debemos participar activamente en su implantación y práctica

QUÉ SON LAS

GPC ?

" Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a decidir sobre la **atención sanitaria más apropiada** en circunstancias clínicas concretas"

Surgen por la necesidad de introducir la MBE en clínica

REPRESENTAN LA MEJOR INFORMACIÓN CIENTÍFICA DE QUE SE DISPONE

ADOPCIÓN, ADAPTACIÓN, VALORACIÓN

Antes de comenzar desarrollo GPC, explorar qué hay hecho !

Es difícil encontrar un tema en el no exista ya GPC !!

Se puede ADOPTAR directamente alguna de las encontradas?

Hay que ADAPTARLA a las condiciones locales?
ESTIMULA LA SENSACIÓN DE "PROPIEDAD" !
MEJORA LA IMPLANTACIÓN !!

Valorar la calidad de GPC

HIPÓTESIS

"La evidencia científica y el juicio clínico se pueden **combinar** sistemáticamente para producir recomendaciones operativas clínicamente válidas para una atención sanitaria apropiada que puede y será utilizada para **convencer** a médicos, pacientes y otros agentes de la asistencia sanitaria para **cambiar** su práctica en una dirección que les lleve a **mejorar** los resultados de salud y **reducir** los costes"

Field y Lohr (1992)

Esta hipótesis asume al menos seis hechos

1. Que hay **suficientes pruebas científicas** para justificar todas las formas de actuar de los médicos.
2. El volumen de programas de GPC debe ser de tal envergadura que **cubra una parte sustancial de la práctica médica**.
3. Exista suficiente número de **clínicos dispuestos** a leer, entender, aceptar y usar las GPC.
4. **Cambio de conducta** suficiente para mostrar un cambio en los resultados para la salud.
5. Todas las GPC dan lugar a una **contención de los costes**.
6. Programas de desarrollo deben ser lo **suficientemente flexibles** como para ajustarlos a nuevos desarrollos.

Objetivos de las GPC

- objetivo primario *educar* a los médicos o proceso de control
- asegurar la *calidad* de actividades internas o como mecanismo de *control* externo
- **esta orientada a aplicación** (Juicio científico y profesional) o **selección** (Valores sociales)

Health Policy 1994;28:51-66

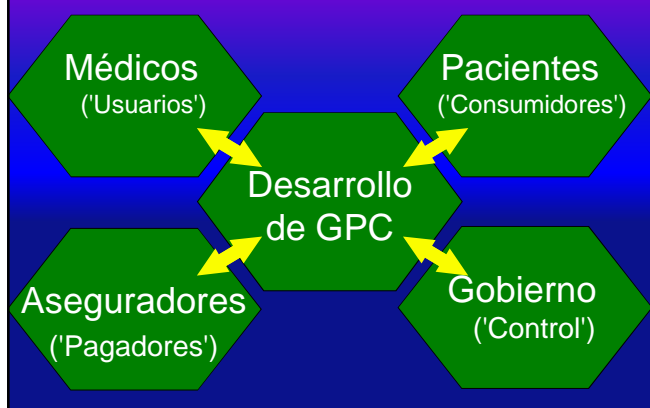
Modelos de desarrollo de GPC

- evidencia científica
- opiniones profesionales
- experiencia práctica
- intereses sociales y de los pacientes
- intereses económicos

> Evidencia científica y opinión profesional tienen el papel más importante, variando la influencia de los otros factores

> En todos los programas la racionalización de los argumentos que serán tenidos en cuenta es una característica dominante.

Quién participa en el desarrollo de las GPC?



Quién participa en el desarrollo de GPC?

El desarrollo de una Guía sin ...

... Médicos sería:

sin sentido.

... Pacientes sería (posiblemente):

inhumano.

... Aseguradoras sería (posiblemente):

incosteable.

... El gobierno sería:

asocial.

→ Una guía es más que una colección de evidencia!

¿Quién es el dueño del programa?

➤ Programas iniciados y pagados por el **gobierno** de entrada tienen ante los ojos de los usuarios una imagen diferente a

➤ Programas que tienen su origen en **institutos de investigación** o en la propia **profesión**

Los dos tipos principales de GPCs

	GPCs internas	GPCs externas
Autores	Sólo médicos	Agencias Asistencia Sanitaria
Enfoque	Educativas	Instrumento medicolegal
Propósito	Mejora de resultados paciente, Auditoría Médica	Racionalización Asistencia Sanitaria, reducción costes
Seguimiento	Bueno (38%)	Pobre (21%)

Grilli R, et al.; Soc Sci Med 1996;43:1283-1287

CRITERIOS PARA ELEGIR LOS TEMAS EN LOS QUE ES NECESARIO DESARROLLAR UNA GPC

“que exista expectativa de que el cambio es posible y deseable y que, **si se siguen las recomendaciones de la GPC**, se puede mejorar la calidad de la Asistencia y/o los resultados del paciente”

Comité de Coordinación del “Guidelines for Guidelines” de Nueva Zelanda

“Problemas clínicos importantes y bien definidos en los que haya evidencia suficiente y de buena calidad para indicar una práctica óptima. **Si no es así, GPC pueden tratar temas en los que no haya acuerdo y, por tanto, ser difícil su implantación**”

EBQA – Evidence Based Quality Assessment – JAMA 1992;268:2420-25

CRITERIOS PARA ELEGIR LOS TEMAS EN LOS QUE ES NECESARIO DESARROLLAR UNA GPC

Amplio rango de temas relacionados con

- enfermedades

hemorragia uterina anormal,
enfermedad de la arteria coronaria

- procedimientos terapéuticos

histerectomía,
bypass aorto-coronario

Identificación y redefinición del tema

Decidir tema

“Redefinición”

Dialogo entre clínicos, pacientes y los potenciales usuarios o evaluadores de la GPC

Enfoque de la GPC en el seno del grupo de desarrollo

GPC tratamiento de la diabetes podría cubrir elementos

- primarios, secundarios y terciarios del tratamiento
- múltiples aspectos del manejo clínico tales como screening, diagnóstico, tratamiento dietético, farmacológico, de los factores de riesgo o indicaciones para remitir el paciente al especialista.

VARIAS GPC

Proceso de selección de los temas

Construcción de vías causales

Diagramas que ilustran la relación entre la intervención de interés y el resultado intermedio, alternativo y final que se piensa que dicha intervención puede influir

Hace explícitas las premisas en que se basa la **asunción de efectividad** y resultados (beneficios y perjuicios) importantes

Identifica **cuestiones importantes** que deben ser contestadas por la evidencia para justificar las conclusiones de efectividad

Esclarece **lagunas en la evidencia** en las que sería necesaria mas investigación en el futuro

BMJ 1999;318:393-6

SIGN ha propuesto 7 subgrupos

1. **cáncer**
2. **enfermedades cardiovasculares**
3. **medicina general**
4. **salud mental**
5. **atención primaria**
6. **cirugía**
7. **salud de mujeres y niños**

Qué temas se tratan en las CPG existentes ?

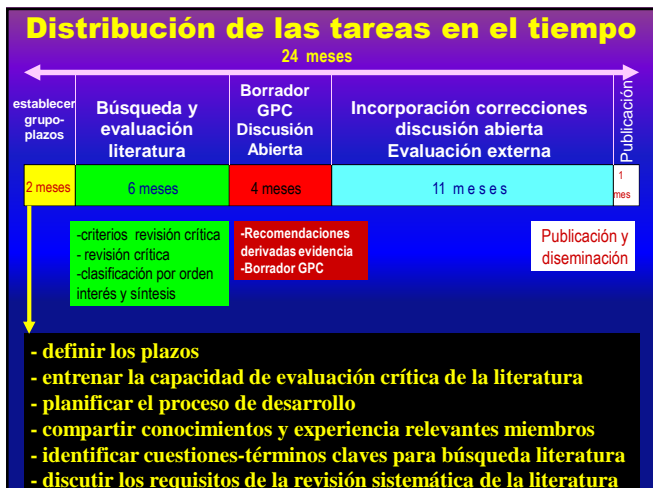
Debido a lo similar de los criterios para establecer prioridades, las GPC generalmente se centran en las mismas enfermedades :

- Alta prevalencia de la enfermedad
- Alto coste, nuevas tecnologías
- Evidencia de variación en la práctica
- Gestión Interdisciplinaria

Ejemplos: Diabetes mellitus, dolor espalda, asma, insuficiencia cardiaca crónica, enfermedad coronaria, **cancer** colorectal, cancer mama, obesidad, etc.

Decálogo SIGN para proponer tema de GPC

1. Resumen problema clínico y los resultados del tema a tratar
2. Detalles del grupo o institución que apoyan la propuesta
3. Breve resumen de los antecedentes del tema
4. Evidencia de la variación de la práctica clínica en la atención sanitaria del proceso que se propone
5. Una idea de los probables beneficios que se puedan obtener del desarrollo e implantación efectiva de la GPC
6. Definición del grupo de pacientes a los que se aplicará la GPC
7. Definición de aspectos sobre el manejo clínico del proceso que tratará la GPC propuesta, indicando además si la GPC se aplicara en atención primaria, segundo nivel o en ambas
8. Profesionales de salud que participarán en desarrollo de GPC
9. Indicar cantidad y fuerza de evidencia disponible para apoyar recomendaciones de práctica efectiva, citar artículos claves
10. Información sobre otras GPC o revisiones sistemáticas que existan sobre el tema propuesto



Problema: Los expertos tienden a usar GPCs para defender sus propios intereses

Procedimientos diagnosticos necesarios en pacientes con rinitis alergica ("hay fever") según ...

...La GPC Alemana :

- Examen clínico de la nariz
- Examen completo de oído y garganta
- Endoscopia de nariz y faringe
- Rinomanometría
- Radiografía Sinus maxilaris
- Tests de alergia

...La GPC holandesa:

- Examen clínico de la nariz

Importante: Seleccionar buenas Guías

Alta calidad

Calidad media

Baja calidad

Guías existentes

A validated internationally consented instrument to evaluate CPGs

AGREE

Sept. 2001

Biblioteca Josep Laporta

Osteba

EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

AGREE

INSTRUMENTO

Colaboración AGREE Septiembre de 2001

AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)

- 23 preguntas agrupadas alrededor de 6 ejes
- N° de evaluadores: dos como mínimo (mejor 4)

Cada pregunta se valora:

Totalmente de acuerdo	4
De acuerdo	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

- La ecuación para obtener la puntuación es una especie de kappa: (obtenida - mínimo) / (máximo - mínimo).

Perspectiva y propósito: tiene 3 ítems.

1. Está(n) descrito(s) específicamente el(los) objetivo(s) de la guía.
2. Está(n) descrita(s) específicamente la(s) pregunta (s) clínica(s) de la guía.
3. Están descritos específicamente los pacientes a los que se van aplicar la guía.

Participación de los usuarios futuros: tiene 4 ítems.

4. El grupo de desarrollo de la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han buscado los puntos de vista y preferencias de los pacientes.
6. Se define con claridad los usuarios diana de la guía.
7. Se ha hecho un estudio piloto de la guía en los usuarios diana.

Rigor del desarrollo: incorpora 7 ítems.

8. Se han utilizado métodos sistemáticos para buscar la evidencia.
9. Se definen con claridad los criterios para seleccionar las evidencias.
10. Se describen con claridad los métodos para la formulación de las evidencias.
11. Se han considerado en la formulación de las evidencias los beneficios para la salud, los efectos colaterales y los riesgos.
12. Hay una unión explícita entre las recomendaciones y las evidencias que las apoyan.
13. La guía se ha revisado por expertos externos antes de su publicación.
14. Se proporciona un procedimiento para la actualización de la guía.

Claridad y presentación: tiene 4 ítems

15. Las recomendaciones son específicas y sin ambigüedades.
16. Las diferentes opciones de manejo de la condición se presentan con claridad.
17. Se identifican con claridad las recomendaciones clave.
18. Se apoya la guía con herramientas para su aplicación.

Aplicabilidad: valora en 3 ítems.

19. Se han discutido las barreras potenciales administrativas en la aplicación de las recomendaciones.
20. Se han considerado la implicación de los costes potenciales en la aplicación de las recomendaciones.
21. Presenta la guía los criterios de revisión clave con vistas a una auditoría o monitorización.

Independencia editorial:

22. La guía es editorialmente independiente del grupo que la financia.
23. Se han registrado los conflictos de interés de los miembros que han desarrollado la guía.