

# SISTEMAS DE ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN URGENCIAS/EMERGENCIAS.

AUTORA: FRANCISCA PÉREZ ROBLES.

- **Directora de "EDUCSA"**, Educación Continuada Sanitaria, S.C.P.
  - Profesora de la EUI Sant Joan de Déu. Barcelona.
  - Experta en procesos de mejora en enfermería.
  - Licenciada en Antropología Social y Cultural.
- Estudios de Doctorado en Ciencias Sociales, Humanas y Jurídicas.
  - Especialista en enfermería pediátrica.
    - Especialidad de Comadrona.
- Directora del postgrado "el equipo transdisciplinar en las Trayectorias Clínicas".
- Formadora en metodología enfermera en los ámbitos de primaria y hospitalaria.
  - Acreditada por la AQU (Agència de Qualitat Universitaria).

## INTRODUCCIÓN

Desde hace años, las enfermeras/os están tratando de centrar el objeto de su trabajo, más allá de la técnica. Razones instrumentales de diversa índole, han conducido a destacar, a dejar constancia escrita, de su papel como ayudantes técnicos de otros profesionales y a dejar en la sombra aquellas intervenciones que indudablemente se hacen, pero que no quedan registradas en ningún lugar.

Los cuidados de enfermería son la esencia del trabajo de la enfermera/o e implican no sólo las técnicas más o menos sofisticadas que realizan en contribución al diagnóstico o al tratamiento médico, sino también, la tarea de ayudar a las personas en situaciones de estrés, de miedo, o en la aceptación de una situación dolorosa, de una pérdida...) dándoles el apoyo necesario para que puedan manejarlo y poder cumplir mejor los objetivos, en estos casos, de una atención integral de enfermería, al paciente y familia.

Existen numerosas dificultades en el desempeño de las competencias propias que las enfermeras/os han de vencer para el ejercicio de su rol autónomo. Entre otras, señalaré las referentes a la formación, dado el avance tan rápido de los conocimientos y por otra parte, la escasez de sistemas de registro que agilicen la práctica asistencial en vez de sumarle complejidad.

Por tanto, el objetivo de este trabajo consiste en potenciar los cuidados de enfermería en el ámbito de la urgencia y la emergencia y presentar una propuesta de registro ágil en el que puedan quedar registradas tanto las intervenciones interdependientes como las autónomas.

## OBJETIVOS

- Potenciar los cuidados de enfermería en el ámbito de la urgencia y la emergencia.
- Presentar una propuesta de registro ágil y operativo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Marco teórico:
  - Marco de referencia enfermero.
  - Taxonomía NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association).
  - Taxonomía NOC. (Nursing Outcomes Classification).
  - Taxonomía NIC. (Nursing Intervention Classification).

El diseño utilizado por EDUCSA (Educación Continuada Sanitaria, S.C.P.), para la elaboración de las Trayectorias clínicas, está basado en el siguiente método:

- Clasificación de pacientes
- Criterios de inclusión o características del paciente "tipo"
- Identificación de las intervenciones/actividades que derivan de cada uno de los profesionales que intervienen.
- Secuenciación en el formato de registro.

## DISCUSIÓN

Existen numerosas razones que justifican el registro de los cuidados de enfermería, entre otras señalaré aquellas que se derivan de las directrices o recomendaciones de los organismos representativos de la profesión enfermera y también aquellas que se derivan de los aspectos legales.

En cuanto a organismos internacionales y nacionales representativos para la profesión, la CIPE (Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera), se llevó a cabo desde el CIE (Consejo Internacional de Enfermería), es un marco de especial relevancia para profesión que está marcando las líneas asistenciales a nivel mundial. El proyecto CIPE, se aprueba en Seúl en 1989 y el CIE presentó la versión alfa en 1996, la beta en 1999 y así sucesivamente, tras las diferentes revisiones.

Este proyecto incluye los “fenómenos de enfermería”, las intervenciones y los resultados.

En nuestro país en el año 2000 se inició el proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones de la Práctica Enfermera) este, proyecto surgió en su momento con el objetivo de ser un instrumento de **mejora de calidad de los cuidados de enfermería**. El proyecto, en su método de trabajo utilizó las taxonomías NANDA, NIC y NOC, enlazadas a los GDR (Grupos de Diagnósticos Relacionados).

En relación a los aspectos legales, resaltaré algunos artículos que tienen que ver con la cuestión de registrar.

#### **LEY 16/2003 DE 28 DE MAYO DE COHESION DE LA CALIDAD DEL S.N.S.**

##### **Art. 64**

1. Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán **planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes**, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando **una atención sanitaria integral**, que comprenda su previsión, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2. **b) Determinarán los estándares mínimos** y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

#### **LEY 44/2003 DE 21 NOVIEMBRE. LOPS**

##### **Art. 9**

1. **La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial**, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

##### **Art. 4**

7. **a) Existirá formalización escrita de su trabajo** reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

7. **b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación**, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

Se puede observar de los referenciados artículos como hay una orientación muy clara sobre **el deber que tenemos los profesionales de registrar nuestro trabajo y por tanto el derecho del paciente a que eso sea así**.

Como se puede apreciar, también existe una clara orientación **hacia un registro documental único multidisciplinar donde los profesionales consensúen la mejor práctica para un paciente y la estandaricen**, asegurando así la calidad del proceso asistencial en beneficio del paciente y familia.

Para los equipos de enfermería, registrar nuestro trabajo significa dejar constancia de todas las intervenciones que derivan del ejercicio del rol interdependiente y todas las que derivan del rol autónomo de la enfermera, esto último viene dado por la identificación de los Diagnósticos de Enfermería (DdE) que tiene nuestro paciente, previa valoración, así como los resultados que serían óptimos para él y para la familia y las intervenciones y actividades que se realizarán para ayudar al paciente a conseguir el máximo valor en los resultados.

Las enfermera/os registrarán sus intervenciones y evaluarán los resultados del paciente durante el proceso. En este sentido cabe destacar que el colectivo enfermero dispone de lenguajes estandarizados y codificados contenidos en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, facilitando el registro tanto en soporte papel, como en soporte informático.

La elaboración de Planes de Cuidados elaborados a la “antigua usanza”, presenta muchas dificultades prácticas en una asistencia sanitaria con gran demanda y por tanto, con gran sobrecarga de trabajo. La elaboración manuscrita de todos los requerimientos metodológicos para realizar correctamente, de forma personalizada a los enfermos con integración de los objetivos de todos los profesionales que intervienen, presenta dificultades casi insalvables.

Uno de los problemas, entre otros, es la escasez de sistemas de registros operativos y ágiles que permitan a los profesionales dejar constancia de sus intervenciones, que sin duda realizan, pero no constan.

La elaboración de plantillas con esquemas prediseñados ha tratado de paliar la dificultad de hacer anotaciones manuscritas en el escaso tiempo disponible.

Los planes estándar intentan agrupar a los pacientes con problemáticas y líneas de tratamiento similares. Esos pacientes, con esas características, son candidatos a un plan de cuidados estándar o a una trayectoria clínica, si el registro es multidisciplinar.

Uno de los formatos que permite hacer uso del lenguaje enfermero estandarizado contenido en las diferentes taxonomías, que resulta ágil y atractivo, es la Trayectoria clínica.

## **LA TRAYECTORIA CLÍNICA TC ( PATWAY/ CLINICAL PATH)**

### **Trayectorias clínicas para profesionales.**

Las trayectorias clínicas y los planes de cuidados nacen en Estados Unidos en los años 80 por un tema puramente económico.

Las enfermeras americanas necesitan demostrar qué hacen en los hospitales y cuantificarlo para saber qué pueden ofrecer y a qué coste. A raíz de esta circunstancia, en 1986 nace en el New England Hospital el Center Case Management (CCM), en el 1989 la empresa se independiza del Hospital en la creencia que la idea de las trayectorias clínicas es una idea vendible a otros centros.

El CCM vende la idea, proporciona asesoramiento, elabora una trayectoria clínica o la metodología para elaborarla previo consenso con el hospital que efectúa la demanda.

Esta idea americana se ha ido extendiendo por el resto de los países y en la actualidad existen muchos centros hospitalarios que han optado por este tipo de metodología.

**Una trayectoria clínica es la estandarización de forma secuenciada de todas las intervenciones/actividades que se llevan a cabo en cada uno de los diferentes procesos. Están consensuadas por todos los profesionales que intervienen en el Proceso.**

La distribución del contenido de dichas trayectorias varía según los diferentes centros y niveles de atención.

Un porcentaje elevado de las intervenciones que abarca son de contenido enfermero (el 80% aproximadamente).

Las intervenciones enfermeras contenidas en la trayectoria clínica comprenden las actuaciones propias y las de colaboración y puede distribuirse de distintas formas, bien como meros listados de problemas o utilizando diagnósticos de enfermería que se distribuirán según el marco teórico escogido por el centro y que marcará las pautas de valoración del paciente al ingreso, la planificación de todas las actividades y los criterios de resultados para los objetivos prefijados, para solucionar los diferentes problemas detectados.

Las intervenciones enfermeras incluidas en las trayectorias estarán avaladas por los protocolos de actuación validados en el centro.

**La TC permite unificar criterios y evaluar resultados**, implica a todos los miembros de los equipos interdisciplinares, no reemplazando su juicio clínico y se traduce en una mejora de la asistencia prestada al usuario.

La TC puede aplicarse a todos los ámbitos sanitarios, pero respetando las peculiaridades de cada uno y adaptándola a las distintas realidades.

## **CARACTERÍSTICAS**

- Están creadas para grupos de pacientes con necesidades similares de tratamiento.
- Reflejan las actividades/intervenciones estándar para un paciente.
- Proporcionan orden y método a la atención.
- Es un formato ágil que presenta las actividades de cada uno de los profesionales en eje y los períodos de tiempo en otro GRAFICO.

## **OBJETIVOS**

- Evitar la variabilidad.
- Unificar criterios de actuación.
- Evaluar la calidad de los procesos de cuidados.
- Establecer una metodología asistencial para ofrecer cuidados.
- Mejorar la información al paciente y familia.
- Fomentar la comunicación interdisciplinaria y con el equipo propio.
- Favorecer la investigación a partir del estudio y análisis del resultado de su aplicación clínica.

## **CONTENIDO DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS**

- Definición del "caso tipo" o criterios de inclusión para cada proceso.

- Descripción de las necesidades alteradas o con riesgo de alteración.
- Identificación de los DdE que derivan de las necesidades alteradas.
- Objetivos del cliente/ Resultados.
- Identificación de las intervenciones de enfermería para cada DdE.
- Identificación de las pautas y/o actividades de vigilancia y control que derivan de la intervención de otros miembros del equipo multidisciplinario.
- Secuenciación de las intervenciones/resultados a lo largo de la matriz de Gannt, según el marco temporal o periodos de tiempo establecidos.

#### PARA CADA DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Identificar el objetivo/resultado del paciente
- Seleccionar la intervención enfermera más adecuada para resolver el problema y/o causa.
- Seleccionar las actividades de cada intervención
- Identificar los indicadores de calidad para evaluar los resultados en cuanto a la consecución del objetivo marcado.

Es imprescindible elaborar una guía de cumplimentación de toda la documentación, así como la descripción y naturaleza de los procedimientos.

#### PAUTA PARA LA UTILIZACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS

- Revisar si el paciente cumple con los criterios de inclusión para ser candidato a la trayectoria clínica que se propone
- Valoración de los datos básicos, según el marco de referencia.
- validación los DdE predefinidos/ Intervenciones/Resultados.
- Personalizar la trayectoria adaptándola a las necesidades del paciente, e incorporar Diagnósticos, objetivos e intervenciones y de nueva aparición, si procede.
- Revisar la trayectoria con el paciente y familia fomentando su implicación, si procede.

#### CONCLUSIONES EN CUANTO A LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS.

- **Ayudan a las enfermeras a identificar su aportación** específica a la salud.
- **Se puede medir el impacto de la intervención** sobre el resultado del paciente.
- **Facilita la investigación** sobre cuidados.
- **Reducen la variabilidad** no deseada en la atención a los pacientes.
- **Definen claramente las responsabilidades** y pautas de los profesionales que participan en el proceso.
- **Fomentan el trabajo interdisciplinar** coordinado.
- Establecen una **previsión fiable de la duración para cada proceso** clínico.
- Constituyen **una herramienta educativa** y docente.
- **Aseguran la información del proceso** clínico al paciente y familia.
- **Reducen la frecuencia de efectos adversos** derivados del paso del paciente por el sistema sanitario.
- **Implican a los distintos servicios en la mejora de la calidad** al monitorizar y evaluar las variaciones/complicaciones que se producen.
- **Permite la informatización.**

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas Fernández, J. et al. RAC de Enfermería en Urgencias y Emergencias. en Marco Referencial en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Ed. SEEUE Madrid 2003. p. 102-140. SEEUE Madrid 2003, p. 43-51.
2. ASHP. ASHP therapeutic guidelines for nonsurgical antimicrobial prophylaxis. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:1201-50.
3. ASHP. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:1839-88.
4. ASHP. ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:347-79.
5. ASHP. ASHP therapeutic guidelines on the pharmacologic management of nausea and vomiting in adult and pediatric patients receiving chemotherapy or radiation therapy or undergoing surgery. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:729-64.
6. Basinski ASH. Evaluation of clinical practice guidelines. CMAJ 1995; 153:1575-81.

7. Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *CMAJ* 1995; 153:1233-6.
8. Bernstein S, Kosecoff J, Grau D Hamton, et al. The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. *British versus US perspectives. International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1993; 9:3-10.
9. Berrino F. Survival of cancer patients in Europe. *Lyon IARC Sci Publi* 132, 1995.
10. Bohmer R. Critical pathways at Massachusetts General Hospital. *J Vasc Surg* 1998; 28:373-7.
11. Bohmer R. Critical pathways at Massachusetts General Hospital. *J Vasc Surg* 1998; 28-373-7.
12. Browman GP. Development and aftercare of clinical guidelines. The balance between rigor and pragmatism. *JAMA* 2001; 286:1509-11.
13. Campbell H, Hotchkiss R and Bradshaw N. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316:133-7.
14. Campbell H, Hotchkiss R and Bradshaw N. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316:133-137.
15. Canadian Medical Association. Implementing clinical practice guidelines. A Handbook for practitioners. 1997: (<http://mdm.ca/cpgs/handbook/index.htm>).
16. Carter AO, Battista RN, Hodge MJ, et al. Report on activities and attitudes of organizations active in the clinical practice guidelines field. *CMAJ* 1995; 153:901-7.
17. Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, et al. Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes. *J Urol* 1997; 157:177-83.
18. Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, et al. Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *JAMA* 1991; 266:73-9.
19. Cortés Bermejo, S et al. Desarrollo de las vías clínicas en medicina de urgencias y emergencias. *Emergencias*. Pág. 293-298- 2002;14
20. Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 1996; 11:1177-83.
21. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, et al. North of England evidence based guidelines development project. *Methods of guidelines development. BMJ* 1996; 312:760-2.
22. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project. *Methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ* 1998; 316:1232-5.
23. Every NR, Hochman J, Becker R, et al. Critical pathways. A review. *Circulation* 2000; 101:461-5.
24. Feder G, Eccles M, Grol R, et al. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:728-30.
25. Foradada CM<sup>a</sup>. Variabilidad en la práctica de las cesáreas. Congreso de gestión clínica Barcelona 1997.
26. GARCÍA CABALLERO, J. Las vías clínicas. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Serie D nº 29, Valencia: Conselleria de Sanidad, 1999.
27. Gibson PG and Wilson AJ. The use of continuous quality improvement methods to implement practice guidelines in asthma. *J Qual Clin Practice* 1996;16:87-102.
28. Gibson PG and Wilson AJ. The use of continuous quality improvement methods to implement practice guidelines in asthma. *J Qual Clin Practice* 1996; 16:87-102.
29. Goldzweig CL, Mittman BS, Carter GM, et al. Variations in cataract extraction rates in Medicare prepaid and fee for service settings. *JAMA* 1997; 277:1765-8.
30. Gordon McVie J. Cancer care disparate. *Helix* 1998; 7:10-17.
31. Graham ID, Beardall S, Carter AO, et al. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? *CMAJ* 2001; 165:157-63.
32. Gregor C, Pope S, Werry D, et al. Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty. *Journal on Quality Improvement* 1996; 22:617-27.
33. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health care* 1995; 4:55-64.
34. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4:55-64.
35. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323:334-6.
36. Jackson R, Feder G. Guidelines for clinical guidelines. *BMJ* 1998; 317:427-8.
37. Johnson S. Introduction to Pathways of care. En: pathways of care. Ed Johnson Sue. Blackwell Science 1997; 3-14.
38. Jovell AJ, Aymerich M. Evidència científica i presa de decisions en sanitat. Barcelona. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1999; 93, 221.
39. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clín (Barcelona)* 1995; 105:740-3.
40. Kitchiner D and Harper A. Pathways in Paediatrics. In Pathways Care. Ed Johnson Sue. Blackwell Oxford 1997, 91-119.

41. Koch MO, Smith JA Jr, Hodge EM, et al. Prospective development of a cost-efficient program for radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1994; 44:311-8.
42. Koch MO, Smith JA Jr. Clinical outcomes associated with the implementation of a cost-efficient programme for radical retropubic prostatectomy. *Br J Urol* 1995; 76:28-33.
43. Lewis S. Paradox, process and perception. The role of organizations in clinical practice guidelines development. *CMAJ* 1995; 153:1073-7.
44. Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión de la Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).
45. Ley 44/2003, de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 9.
46. Ley 44/2003, de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 4, 7a y 7b.
47. Litwin MS, Shpall AI, Dorey F. Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. *Urology* 1997; 49:898-905.
48. Litwin MS, Smith RB, Thind A, et al. Cost-efficient radical prostatectomy with a clinical care path. *J Urol* 1996; 155:989-93.
49. Mc Ardle CS. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival *BMJ* 1991; 302.
50. Miller J, Petrie J. Development of practice guidelines. *Lancet* 2000; 355:82-3.
51. Moreno Juara Angel. Estudio de la variabilidad de la amigdalectomía en España. Tesis doctoral 1998 Universidad Complutense.
52. NH Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effective Health care Bulletin* 1999; 5(1):1-16.
53. Ogilvie-Harris DJ, Bosford DJ and Hawker W. Elderly patients with hip fractures: Improved outcome with the use of care maps with high quality medical and nursing protocols. *J Orthop Trauma* 1993; 7:428-37.
54. Palmer JS, Worwag EM, Conrad WG, et al. Same day surgery for radical retropubic prostatectomy; is it an attainable goal? *Urology* 1996; 47:23-8.
55. Palmer JS, Worwag EM, Conrad WG, et al. Same day surgery for radical retropubic prostatectomy: is it an attainable goal? *Urology* 1996; 47:23-8.
56. Pearson SD, Goulart-Fischer D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med.* 1995; 123:941-8.
57. Pérez Robles, F. Evaluación de las trayectorias clínicas. *Labor Hospitalaria* nº 275. Fe de erratas en el número 276, en cuanto a la autoría.
58. Pérez Robles, F. Los profesionales de la salud en la atención a las necesidades espirituales. *Labor Hospitalaria* nº 277.
59. Pérez Robles, F. y Ramió, A. Marco conceptual de enfermería ¿Una novedad?. *Labor Hospitalaria* nº 231, 1994, p. 8-12.
60. Plsek PE. Tutorial. Quality improvement project models. En: *Quality in Health Care.* Graham NO. 1995; 92-113.
61. Romero-Nieva Lozano, J. et al. Recomendación Científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999. en *Marco Referencial en Enfermería de Urgencias y Emergencias.* Ed. SEEUE. Madrid 2003. p. 85-88.
62. Romero-Nieva Lozano, J. Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en el área de urgencias hospitalarias. En *Enfermería en Urgencias: una visión global.* Ed. MAD S.L. Sevilla 2004. p.37-66.
63. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001; 286:1461-7.
64. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318:593-6.
65. Walker K. Pathway in Paediatrics. In *Pathways of Care.* Ed Johnson Sue. Blackwell Oxford 1997, 91-119.
66. Wennberg JE. Variations in Medical Practice. En: O'Graham N. *Quality in Health Care.* Aspen Publishers Inc: Gaithersburg 1995; 47-63.
67. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:527-30.