
Las guías clínicas y los protocolos de intervención

PID_00272204

Alfonso Igualada Pérez
Nadia Ahufinger Sanclemente

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas




Alfonso Igualada Pérez

Diplomado en Logopedia por la Universitat de València, máster en Fonética y fonología por el CSIC-UIMP, máster en Lingüística general y aplicada por la UPF y doctorado en Ciencias del Lenguaje por la Universitat Pompeu Fabra. Actualmente es profesor titular de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya, donde dirige el grado de Logopedia e imparte docencia en el máster Dificultades del aprendizaje y trastornos del lenguaje. Tiene práctica terapéutica como logopeda en el ámbito de la atención temprana a la infancia, especializado en disfagia, trastornos del lenguaje y trastornos del espectro autista, así como formación en artes del movimiento y en teatro, con un enfoque terapéutico. Su investigación se centra en el desarrollo del lenguaje, la comunicación gestual, las habilidades sociocomunicativas y pragmáticas y la prevención, la evaluación y el tratamiento de los trastornos del lenguaje y los trastornos del espectro autista. Fruto de su investigación ha publicado artículos en varias revistas científicas.


Nadia Ahufinger Sanclemente

Graduada en Educación Primaria con mención en Necesidades Educativas Específicas por la Universitat Autònoma de Barcelona. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud por la Universitat de Barcelona. Profesora lectora de la Universitat Oberta de Catalunya del máster de Dificultades del aprendizaje y trastornos del lenguaje y del grado de Logopedia (UOC, UVic-UCC). Es miembro del Grupo de investigación en Cognición y Lenguaje (GRECIL) de la UOC-UB, que se centra en el estudio del procesamiento del lenguaje y, más concretamente, en la comprensión y la producción del lenguaje en personas adultas y en niños con o sin patología asociada al lenguaje. Su investigación se centra en el trastorno específico del lenguaje (TEL)/ el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Estudia los procesos psicológicos básicos que pueden afectar esta población, como por ejemplo los déficits de memoria. Durante su etapa predoctoral ha sido investigadora visitante en la Universidad de Texas, Dallas, en la Universidad de Pensilvania, en la University College London y en la Universidad de Chile.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Nadia Ahufinger Sanclemente

Primera edición: febrero 2020
 © Alfonso Igualada Pérez, Nadia Ahufinger Sanclemente
 Todos los derechos reservados
 © de esta edición, FUOC, 2020
 Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
 Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

Índice

Introducción	5
1. Las guías clínicas	7
1.1. Proceso de creación de la guía clínica	7
1.2. Calidad de las guías clínicas	8
2. Los protocolos de intervención	11
2.1. Fases para la realización de un protocolo	11
2.2. Características que debe cumplir el protocolo	16
Bibliografía	17

Introducción

Muchas veces, ante un mismo paciente, casuística o prestación de servicios se actúa de manera diferente. Además, puede pasar que en ciertos casos se actúe teniendo dudas cuando se toman determinadas decisiones o sin un apoyo científico que garantice su fiabilidad. Una manera de reducir este efecto es incorporar instrumentos que recojan principios y recomendaciones para tomar decisiones en la práctica logopédica, y que hayan sido elaborados después de un proceso de revisión científica y de discusión entre profesionales. Los protocolos y las guías clínicas son herramientas diseñadas con el objetivo de sistematizar intervenciones dirigidas a una población concreta o a unos grupos poblacionales con características comunes, a partir de pautas, indicaciones y recomendaciones basadas en la evidencia que guían la toma de decisiones de la práctica logopédica.

1. Las guías clínicas

Las guías clínicas –o guías de práctica clínica (GPC)– son herramientas destinadas a los profesionales de la salud y a los pacientes para que puedan tomar decisiones sobre la atención adecuada para problemas de salud específicos (Field y Lohr, 1992). Estos documentos, generados a partir de la extracción de las mejoras basadas en evidencia científica, tienen el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes (Sanabria, Rigau, Rotaeche, Selva, Marzo-Castillejo y Alonso-Coello, 2015). Como producto fundamental de la práctica basada en evidencia, las guías unen la necesidad clínica y la información de las mejores evidencias científicas.

1.1. Proceso de creación de la guía clínica

El punto de partida de una guía clínica es el planteamiento de una pregunta clínica extraída a partir de las necesidades de intervención. Una vez generadas las preguntas clínicas, el desarrollo de la guía implica un proceso sistemático de investigación de evidencias y de evaluación de su calidad a partir de unos criterios establecidos. Posteriormente, se realiza la gradación del nivel de calidad según el nivel de confianza, el análisis de las evidencias y la definición de recomendaciones sobre la intervención de una patología. La gradación de la calidad suele incluir categorías como, por ejemplo, de calidad alta, moderada, baja o muy baja, que tienen en cuenta el efecto de la intervención en la temática elegida y el grado de confianza de los resultados (ved metodología GRADE¹). Los estudios de ensayos clínicos aleatorizados suelen considerarse de calidad alta, y los estudios observacionales, de calidad baja.

⁽¹⁾Web del grupo GRADE: Metodología para formular y clasificar recomendaciones en la práctica clínica <http://www.gradeworkinggroup.org/>.

La guía se puede haber llevado a cabo por profesionales del ámbito, pacientes u otros actores interesados (en inglés, *stakeholders*) como, por ejemplo, políticos, equipos de gestión y organizaciones o consumidores, a los que pueden estar dirigidas las recomendaciones, pero el objetivo final siempre es la mejora de la intervención del paciente. Con la intención de impactar en una comunidad amplia mediante un documento riguroso, el formato de la guía clínica incluye tanto información científica como información accesible y divulgativa. La síntesis de la información sigue el estilo de revisión científica para aportar rigor y transparencia al proceso de desarrollo de la guía clínica. Sin embargo, dado que el propósito de las guías es modificar las acciones clínicas en torno a una patología, estas suelen incluir la síntesis de la información –tablas o gráficos, por ejemplo– realizadas en formato divulgativo.

El proceso de creación de una guía clínica, además, implica la previsión de acciones de diseminación de los resultados, la implementación en contextos clínicos específicos y la evaluación del impacto. La diseminación de los resultados, para que sea efectiva, debe formar parte de la implementación de la guía

desde el inicio. Por este motivo, es útil llevar a cabo un plan de desarrollo e influencia de las políticas desde las primeras etapas en colaboración entre los profesionales de acción directa, los investigadores y las personas usuarias.

1.2. Calidad de las guías clínicas

El grupo colaborativo *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation in Europe* (AGREE) evalúa la calidad de las guías en relación con seis ámbitos:

- **Ámbito y objetivo de la guía.** Indica el objetivo y las preguntas clínicas y describe la población objeto. También hay que tenerlo en cuenta en la correlación de la pregunta clínica con los correspondientes apartados de la guía (selección de estudios, extracción de resultados o recomendaciones, entre otros).
- **Participación de los grupos de interés.** Tiene en cuenta la descripción del grupo de desarrollo de la guía (disciplina, experiencia), así como la involucración de los pacientes. Además, se valora positivamente que se haya realizado alguna prueba piloto previa a su publicación.
- **Rigor en el desarrollo.** Está relacionado con la calidad de la estrategia de investigación, con los criterios de inclusión y de exclusión de las evidencias y con la manera de formular las recomendaciones. En las recomendaciones se tiene en cuenta si están conectadas con las evidencias y si se valoran los beneficios, efectos secundarios y riesgos.
- **Claridad y presentación.** Las recomendaciones son específicas y apropiadas para las diferentes opciones de cuidado del paciente. Las informaciones clave son fáciles de localizar y se aportan recursos de resumen adaptados a diferentes públicos, por ejemplo, a los pacientes.
- **Aplicabilidad.** Hace referencia a la discusión sobre la aplicación de las recomendaciones en relación con los cambios organizativos necesarios y a los costes. También valora si se tienen en cuenta algunos criterios para monitorizar el uso de las guías.
- **Independencia editorial del grupo que elabora la guía.** También hay que tener en consideración quién ha escrito y publicado la guía, si se trata, por ejemplo, de instituciones gubernamentales, instituciones académicas, colaboradores interdisciplinarios o proveedores. Aunque la fuente no tiene por qué ser un criterio de credibilidad, las recomendaciones pueden verse afectadas por la perspectiva de la autoría. Se valora positivamente que los miembros del grupo de la guía hagan una declaración de posibles conflictos de intereses.

La guía clínica para el manejo de pacientes con la enfermedad de Parkinson (2014) (http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC_546_Parkinson_IACS_compl.pdf) es un buen ejemplo de información detallada sobre la relación de cada recomendación con su pregunta clínica, la cual incluye una breve descripción sobre el estado de la cuestión, otra sobre las referencias que han sido valoradas, su relación con la codificación de calidad de cada estudio y el resumen final de las evidencias por escrito y en una tabla. La guía analiza un total de dieciséis preguntas clínicas sobre el tratamiento multidisciplinario del Parkinson. Las evidencias obtenidas de la investigación son clasificadas en diferentes niveles de evidencia (ved tabla 1) y, a continuación, se clasifican en diferentes grados de recomendación (ved tabla 2).

Dentro del apartado sobre el tratamiento no farmacológico en la subsección de logopedia (*speech therapy*) se realiza una primera pregunta sobre la efectividad de la terapia del lenguaje en la mejora de la comunicación en las personas con la enfermedad de Parkinson y una segunda pregunta similar sobre la mejora de las habilidades de deglución. Un ejemplo de recomendación de esta guía sobre la pregunta relacionada con la deglución se sintetiza con la afirmación «se recomienda la evaluación del uso de la terapia de deglución asistida a través de vídeo para mejorar la deglución en personas con la enfermedad de Parkinson» con un grado de recomendación B (ved tabla 2).

Tabla 1. Niveles de evidencia establecidos en la guía práctica sobre Parkinson (2014)

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad del control de casos o cohorte o estudios. Control de casos de alta calidad o estudios de cohortes con un riesgo muy bajo de confusión o sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohorte o control de casos de alta calidad con un riesgo muy bajo de confusión o sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohorte o de casos y controles con un alto riesgo de sesgo y un riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Grados de recomendación establecidos en la guía práctica sobre Parkinson (2014)

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico calificado como 1 ++ directamente aplicable a la población objeto de la guía; o un conjunto de evidencias formado por estudios clasificados como 1 + que muestren la consistencia general de los resultados.
---	--

B	Un conjunto de pruebas que consta de estudios calificados como 2 ++, directamente aplicables a la población objeto de la guía y que muestra la consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1 ++ o 1 +.
C	Un conjunto de pruebas que consta de estudios calificados como 2 + directamente aplicables a la población objeto de la guía que muestran la consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 ++.
D	Nivel de evidencia 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 +.
	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo editorial.

Algunas referencias que hay que tener en cuenta:

- **Guía Salud** (<https://portal.guiasalud.es/>). Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. Guía Salud tiene como objetivo potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones de los profesionales y de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación entre entidades relacionadas con las GPC y la medicina basada en la evidencia (MBE).
- **International Guidelines Network** (<https://www.g-i-n.net/>). Comunidad que pretende mejorar la calidad de la atención sanitaria promocionando el desarrollo sistemático de guías, así como su aplicación en la práctica mediante la colaboración internacional. Algunos de los recursos más interesantes de su página web son la biblioteca de guías o la sección de herramientas útiles para el desarrollo e implementación de guías.
- **Trip Database** (<https://www.tripdatabase.com/>). Motor de investigación clínica diseñado para permitir a los usuarios encontrar y utilizar de manera rápida y fácil evidencias de investigación de alta calidad para apoyar su práctica y/o atención.
- **ADAPTE** (<https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>). Método sistemático de adaptación de guías clínicas a otro contexto cultural y organizativo para beneficiarse de guías ya existentes.

2. Los protocolos de intervención

Un **protocolo de intervención** se define como un acuerdo entre profesionales y diferentes agentes involucrados en un determinado tema en el que se clarifican y se establecen las actuaciones que hay que llevar a cabo con una determinada población clínica por parte de unos profesionales concretos (Sánchez, González, Molina, y Guil, 2011).

Así pues, la protocolización, entendida como una técnica o una metodología, necesita un entrenamiento práctico y ha de tener base científica.

Tanto las guías como los protocolos son herramientas que ayudan a guiar las decisiones de los profesionales y se basan en estrategias con evidencia científica, pero hay que tener en cuenta que son herramientas diferentes. Tal y como se ha descrito anteriormente, las guías clínicas son documentos que contienen declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales de un ámbito y que facilitarán la toma de decisiones en su práctica. A pesar de que el objetivo de los protocolos es similar, hay que remarcar que se trata de documentos que describen de manera más sintética y resumida el conjunto de procedimientos y acciones específicos necesarios para la atención de una situación concreta.

Así, las guías clínicas pueden incluir o no un protocolo donde se marquen y delimiten las acciones, los pasos y los procedimientos concretos. Imaginemos que existe la necesidad de crear una guía para saber dar la mejor información sobre una patología a las familias. En esta guía se podrían incluir una serie de pautas, recomendaciones y pasos para tomar las mejores decisiones ajustadas a la evidencia científica sin incluir un protocolo específico. Sin embargo, puede ser que a partir de las recomendaciones pautadas en esta guía clínica, un centro hospitalario decida protocolizar de manera interna las acciones concretas que tendrá que llevar a cabo cada profesional en el propio centro ante una situación de comunicación con las familias.

2.1. Fases para la realización de un protocolo

En el ámbito de la salud hay multitud de protocolos que guían la práctica de los profesionales y que permiten determinar el conjunto de necesidades y de potencialidades de la población con que se trabaja, así como también un conjunto de pautas estructuradas de intervención. No obstante, a diferencia de otros instrumentos, es difícil encontrar los criterios específicos con los que

se han de llevar a cabo. Ante este hecho, Saura Llamas y Saturno Hernández (1996) proponen cinco pasos que hay que seguir para la realización de un protocolo basado en la evidencia.

1) Fase de preparación

En esta fase inicial hay que recoger un conjunto de conocimientos suficientes basados en la evidencia (revisiones o metaanálisis de artículos) de casos, cuestiones o derivaciones sobre las cuales se debe protocolizar y trabajar para tener una estructura definida. Para la realización de esta preparación es necesario que se impliquen el equipo de profesionales que después pondrá el protocolo en marcha y algún experto externo en la materia. En esta fase se decide qué intervención se debe protocolizar y qué tipo de protocolo se llevará a cabo, y se establece cuál será el grupo de trabajo.

2) Fase de elaboración del documento

Es la fase de redacción del documento, durante la cual se recogen los conocimientos y las decisiones tomadas en la fase de preparación. Es importante que el protocolo siga una estructura determinada. En el protocolo se debe recoger una aproximación fundamentada del tema y tener en cuenta unas recomendaciones generales para el diseño del documento. En este sentido, para redactar el documento final se recomienda seguir paso a paso un modelo o esquema estándar con formato estructurado que facilite la tarea. Altarribas, Cabrero, Casanova y González (2009) presentan una estructura definida de cuáles son las partes fundamentales que debe contener un protocolo de intervención, que podemos ver resumido a continuación:

- **Autores.** Datos del equipo que ha elaborado el protocolo.
- **Revisores externos.** Datos del equipo que revisará el protocolo.
- **Justificación.** Hay que exponer las causas y los motivos que justifican la necesidad de elaborar un protocolo y aportar información sobre la situación actual del problema detectado.
- **Declaración de conflicto de intereses de los autores y de los revisores.** Se entiende que hay un conflicto de interés cuando las personas que crean el protocolo tienen relaciones económicas o personales que puedan influir inadecuadamente sobre las actuaciones incluidas en el documento. Dar a conocer esta información garantiza la independencia y la transparencia de su desarrollo.
- **Objetivos.** Resultados que se pretenden conseguir con la implementación del protocolo.

- **Profesionales a quien va dirigido.** Se enumeran los equipos de profesionales que son potencialmente usuarios del protocolo.
- **Población diana.** Población a quien se aplica el protocolo como posibles pautas, solución de un problema o prevención de un riesgo.
- **Metodología.** Explicación del proceso utilizado para la toma de decisiones del protocolo: si hay que elaborar estudios de revisión sistemática, metaanálisis, grupos de debate, entre otros.
- **Actividades, pautas o procedimientos.** Listado de las recomendaciones, pautas, pasos o intervenciones pertinentes que hay que seguir en el protocolo. Hay que indicar en cada recomendación el nivel de evidencia, la bibliografía y presentar las posibles excepciones
- **Algoritmo de actuación.** Representación, mediante un diagrama de flujo o un algoritmo descriptivo, de actividades, pautas o procedimientos enumerados en el punto anterior.
- **Anexos.**
- **Bibliografía.**

3) Fase de análisis crítico

Consiste en someter la estructura diseñada y la redacción del protocolo a debate y a crítica de los profesionales y de las personas usuarias a quienes afectará la puesta en marcha. Una vez que se recogen las sugerencias y las modificaciones, que se deben fundamentar, se redacta el texto definitivo que conformará el protocolo. En esta fase, lo más deseable es pilotar el funcionamiento del protocolo antes de ponerlo en marcha generalizadamente, es decir, probar previamente la eficacia en una población diana reducida.

4) Fase de difusión y de implementación

Consiste en difundir el protocolo, una vez que se ha dado por acabado, a toda la comunidad a la que va dirigido.

5) Fase de evaluación

Se fija la periodicidad con la que se comenta y se analiza el cumplimiento del protocolo para garantizar la utilidad. Se considera que esta fase no se acaba nunca.

El artículo de Ebbels, McCartney, Dockrell y Norbury (2019) es un buen ejemplo del proceso necesario para realizar las primeras fases de protocolización (planificación y elaboración de un protocolo). En este estudio, las autoras quie-

ren fundamentar un protocolo para establecer cuáles son los servicios que hay que dar, y el rol de los logopedas en función de las denominadas intervenciones por niveles dirigidas a niños con trastornos del lenguaje que se establecen en Inglaterra. Las intervenciones por niveles se dividen en tres:

- Interacción y docencia de gran calidad para todos los niños y niñas.
- Intervención en pequeños grupos en programas dirigidos a niños y niñas con dificultades del lenguaje.
- Intervención individualizada.

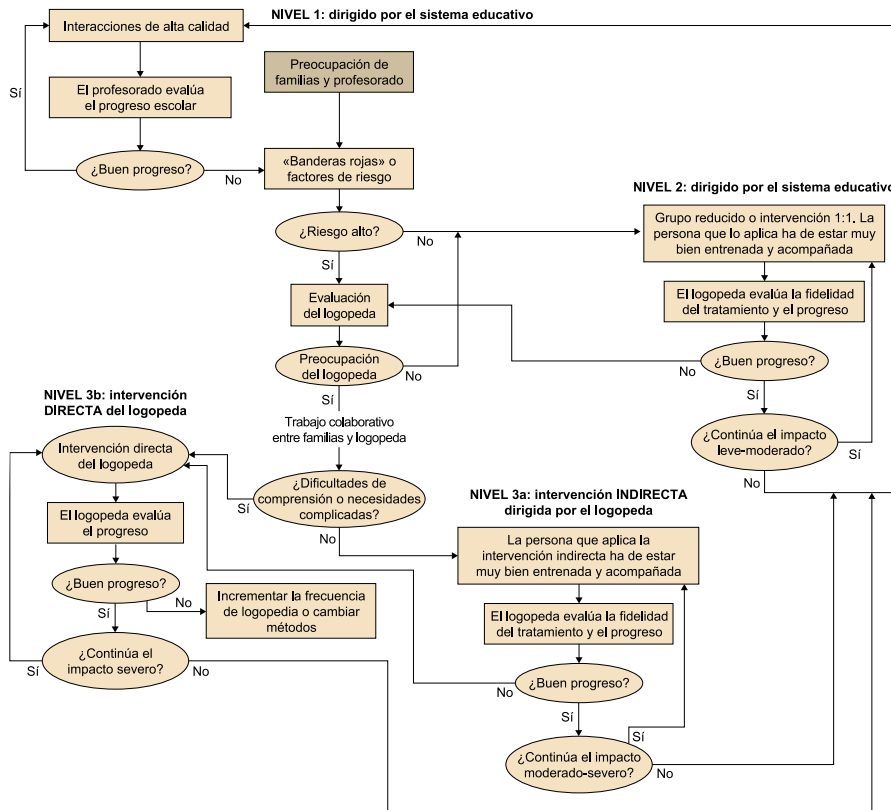
En el artículo exponen, en un formato de revisión y de debate a partir de la compilación de otros estudios de revisión sistemática y metaanálisis, las evidencias disponibles sobre la eficacia de los tres niveles de intervención y el rol que tienen los logopedas en cada uno de ellos. El objetivo final del estudio es protocolizar qué tipo de intervención y de prestación de servicios hay que dar a los niños con trastornos del lenguaje y qué funciones tendrá el logopeda en cada caso. En el protocolo se remarca la necesidad de que el logopeda evalúe las dificultades de los niños para poder tomar las decisiones necesarias. Así, se determinan las «banderas rojas» y «los factores de riesgo» que derivarán hacia un nivel u otro de intervención a partir de unos factores determinados, como por ejemplo, una respuesta a la intervención insuficiente, la complejidad y la gravedad de las dificultades de comprensión del lenguaje, o el impacto del trastorno en el desarrollo del día a día. Con toda la evidencia científica revisada, se sugiere un modelo global de prestación de servicios por medio de un diagrama de flujo (ved figura 1).

Así pues, los elementos que indican que este artículo científico cumple los requisitos para convertirse en un protocolo que ayude en la toma de decisiones clínicas son los siguientes:

- La justificación y el planteamiento del objetivo de la protocolización: las autoras quieren estimular el debate sobre la prestación de servicios de logopedia y aportar un nuevo modelo.
- La elaboración de las pautas mediante una revisión de artículos científicos: en el estudio revisan la eficacia de la intervención a diferentes niveles dirigida a niños con trastornos del lenguaje y de los roles de los logopedas en cada uno de los niveles.
- La especificación de la población diana: el protocolo está diseñado para dar servicios a niños con trastorno del lenguaje (explican y definen cuál es este trastorno).
- La especificación del equipo de profesionales al que va dirigido el protocolo: en este caso, a profesionales de la logopedia.

- El establecimiento de un modelo basado en la evidencia a partir de la revisión bibliográfica y el análisis de los diferentes factores: en el estudio establecen un modelo basado en la evidencia para la prestación de servicios logopédicos en formato escrito, y presentan un organigrama para ayudar en la toma de decisiones clínicas.

Figura 1. Adaptación del diagrama de flujo de Ebbels *et al.* (2019).



Fuente: adaptación del diagrama de flujo de Ebbels *et al.* (2019).

En este diagrama se puede ver de manera visual cómo las autoras protocolizan la prestación de servicios a niños con trastorno del lenguaje, los roles profesionales que intervienen en esta y el tipo de intervención.

Ejemplos

Otro ejemplo de protocolo de intervención logopédica es el Protocolo de detección y actuación en la dislexia de Cataluña (PRODISCAT), elaborado por el Colegio de Logopedas de Cataluña (2011). Va destinado a maestros o a pediatras y permite la detección de signos de alerta vinculados a la dislexia según la etapa educativa, así como también un conjunto de pautas de cara a la intervención educativa para llevar a cabo las adaptaciones metodológicas pertinentes para una persona con dislexia según las asignaturas.

Otro ejemplo, más vinculado al ámbito clínico, es el algoritmo de diagnóstico y de seguimiento de los pacientes con disfagia orofaríngea que hay dentro del documento de consenso *Atención a la disfagia orofaríngea en los diversos ámbitos del sistema de salud* (2018). Este protocolo de intervención establece el seguimiento y los pasos que hay que llevar a cabo, así como los mecanismos de coordinación interdisciplinaria necesarios para atender a personas con disfagia.

2.2. Características que debe cumplir el protocolo

Es importante tener en cuenta que los protocolos son una ayuda y una orientación, no una imposición rígida e inamovible. No están todas las respuestas que se buscan ante una casuística concreta.

Las características que debe cumplir un protocolo de intervención son las siguientes:

- **Validez.** Garantizar que el protocolo se lleva a la práctica y que con el seguimiento de las recomendaciones y de las pautas que se exponen en él se consiguen los resultados esperados.
- **Fiabilidad.** Garantizar que con la misma evidencia científica y los métodos de desarrollo del protocolo otro grupo de expertos produciría recomendaciones y pautas similares.
- **Reproductibilidad.** Garantizar que en circunstancias clínicas parecidas el protocolo se interpreta y se aplica del mismo modo por parte de diferentes profesionales.
- **Aplicabilidad clínica.** La población a quien es aplicable un protocolo debe estar bien identificada y las recomendaciones han de ser aplicables a la práctica cotidiana.
- **Flexibilidad.** Hay que especificar las excepciones que se conocen y sobre las que se espera que las recomendaciones expuestas no serán aplicables.

En resumen, los protocolos de intervención servirán para mejorar la calidad de la asistencia, el acompañamiento, la intervención, el seguimiento y la evaluación logopédica de las poblaciones a quienes se dirigen, ayudarán a reducir procedimientos o decisiones innecesarias (sin base científica), y a disminuir la variabilidad en la práctica clínica en poblaciones concretas a partir de la unificación de criterios de actuación entre profesionales. Además, dado que es una herramienta accesible para todo el mundo, permitirá que los pacientes estén mejor informados.

Bibliografía

Altarribas, E., Cabrero, A. I., Casanova, N., y González, M. (2009). *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia*. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Col·legi de Logopedes de Catalunya (2011). *PRODISCAT: Protocol de detecció i actuació en la dislèxia. Àmbit educatiu*. Barcelona: Departament d'Educació, Generalitat de Catalunya.

Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., y Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54 (1), 3-19.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut i Col·legi de Logopedes de Catalunya (2018). *Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut. Document de consens*.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Lohr, K. N. y Field, M. J. (Ed.). (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. Washington: National Academies Press.

Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaèche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., y Alonso-Coello, P. (2015). GRADE: Methodology for formulating and grading recommendations in clinical practice. *Atención Primaria*, 47 (1), 48-55.

Sánchez Ancha, Y., González Mesa, F. J., Molina Mérida, O., y Guil García, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. *Biblioteca Las casas*, 7 (1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>.

Saura Llamas, J., Saturno Hernández, P., y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos (1996). Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Atención Primaria*, 18 (2), 94-6.

