

9. Peter I, Tate J, Catchpole P. Practice activity analysis: collaboration between general practitioners and a family practitioner committee. *J Royal Coll Gen Pract* 1989; 39: 297-299.
10. Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 367-351.
11. Moore SR. Pharmacy implications of clinical guideline development. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49: 1763-1364.
12. American College of Emergency Physicians. Trauma care systems quality improvement guidelines. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 736-739.
13. O'Brien JL, Hughes FX. The physician's role in quality assessment and improvement. *Top Health Care Financ* 1991; 18: 33-35.
14. Berwick DM, Henthoven A, Bunker JP. Quality management in NHS: The doctor's role-II. *BMJ* 1992; 304: 304-308.
15. Saturno P, Saura J. Protocolos clínicos: una evaluación urgente y necesaria. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 717-718.
16. Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. *Aten Primaria* 1994; 13: 355-361.
17. Gaona Ramón JM, Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR. Evaluación del diseño de los protocolos clínicos de pediatría de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Pediatría* 1995; 15: 390-395.
18. Leal Hernández M, Saura-Llamas J, Saturno Hernández P. Evaluación de protocolos del Programa FMC. ¿Cumplen los criterios para la elaboración de protocolos clínicos? *Aten Primaria* 1997; 19: 426-430.
19. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, López Montesinos MJ, Gaona Ramón JM y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Evaluación de la calidad de los denominados «protocolos clínicos» de atención primaria elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1999; 23: 204-210.
20. Hazard B. Statistical methods for health care research. Filadelfia: Lippincot, 1997.
21. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE, Nizam A. Applied regression analysis and other multivariable methods (3.a ed.). Pacific Grove: Duxbury Press, 1998.
22. Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel. *BMJ* 1998; 317: 862-863.
23. Cluzeau FA, Littlejohns P, Gimshaw JM, Feder G, Moran SE. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Inter J Quality in Health Care* 1999; 11: 21-28.
24. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999; 281: 1900-1905.

COMENTARIO EDITORIAL

No todas las guías son guapas y bonitas

A.J. Jovell

Fundació Biblioteca Josep Laporte. Universitat Autònoma de Barcelona.

La asistencia sanitaria basada en guías de práctica clínica resulta de la realización de un proceso que debería comprender estas cinco fases: diseño, elaboración, diseminación, implementación y análisis del impacto¹⁻³. Saura et al⁴ estudian la calidad de las guías de práctica clínica utilizando un conjunto de criterios que evalúan elementos propios de la fase de diseño. Los resultados del estudio indican que los diseños realizados por grupos multidisciplinares, en centros docentes y en el contexto de un programa de salud específico, orientados a un problema de salud de tipo crónico y vinculados a una cartera de servicios, son elementos que promueven una mayor calidad de las guías de práctica clínica. Conocidos estos resultados, la pregunta sería: ¿son estos criterios los adecuados para evaluar la calidad de una guía? Pues bien, estos criterios son necesarios pero insuficientes.

Una primera aproximación a la evaluación de las guías debería distinguir este tipo de instrumentos de ayuda a la toma de decisiones clínicas de otros similares, como son los protocolos, los algoritmos o las vías de práctica clínica. Con esta distinción se podría evitar el denominado «sesgo

Guías de práctica clínica

- La calidad de las guías de práctica clínica requiere de indicadores que midan las diferentes partes del proceso: diseño, elaboración, diseminación, implementación y análisis del impacto.
- En la evaluación de las guías de práctica clínica hay que evitar confundir el contenido con el contenido, y el proceso con los resultados.
- La evaluación de las guías permite su adaptación a contextos sanitarios específicos sin necesidad de diseñarlas de nuevo.
- La investigación futura en guías de práctica clínica debe considerar cómo incorporar las preferencias de los pacientes, los costes de la asistencia y su adaptación al caso clínico individual.

de la Hepburn», por el cual aún hay gente que, por el hecho de compartir un mismo apellido, confunde Audrey Hepburn con Katharine Hepburn. De esta forma, un proceso de selección de guías debería incluir aquellas que cumplen los atributos de multidisciplinariedad, acreditación científica y, posiblemente, formar parte de un programa estructurado de diseño de guías¹. Con estos criterios se podría ya distinguir una guía de práctica clínica de otro tipo de recomendaciones de menor calidad.

Una segunda aproximación tiene que situar la evaluación de las guías dentro de un conjunto de criterios más amplio que aborda las diferentes fases antes citadas. Para ello ya existen instrumentos genéricos ya validados de evaluación, como el promovido por la Colaboración AGREE (www.agreecollaboration.org). Esta evaluación más amplia permite prevenir la tradicional confusión entre continente y contenido, y entre proceso y resultados. Las dos confusiones resultan de atribuir a una guía, por el mero hecho de estar bien diseñada (continente-proceso), su idoneidad para una buena práctica clínica (contenido) o para producir una mejora de la calidad asistencial (resultados).

Para prevenir la confusión entre continente y contenido, se debe evaluar según criterios de evidencia científica la adecuación de las recomendaciones contenidas en la guía a la condición clínica a tratar. En este sentido, cabe señalar que una guía de práctica clínica puede incluir múltiples recomendaciones, siendo algunas de ellas basadas en evidencia científica de calidad alta y otras de calidad baja². La prevención de la segunda confusión entre proceso y resultados debería incluir la evaluación del impacto de las guías de práctica clínica en la mejora de la calidad asistencial. De esta forma se tendría que poder evaluar mediante diseños específicos el valor que aporta la guía a la mejora de la práctica clínica en términos de efectividad y eficiencia. En otras palabras, se debería valorar si las guías elaboradas son coste-efectivas. Estas cuestiones no se dilucidan con los criterios de evaluación de la calidad estructural, ya que éstos restringen su capacidad evaluativa a aspectos relacionados con el continente y el proceso de diseño de las guías.

El que las guías puedan conseguir el impacto esperado en la mejora de la calidad asistencial depende en gran medida de cómo se ejecuten las tres últimas fases del proceso mencionado: diseminación, implementación y análisis del impacto. No se trata sólo de tener buenas guías de práctica clínica, sino de que éstas lleguen a los profesionales que las van a utilizar y que, además, éstos las entiendan. Aquí existe el riesgo de que se produzca una tercera confusión, al atribuir relevancia clínica a aquellos resultados que sólo tienen significación estadística pero carecen de valor clínico. Esta es la denominada «confusión de Odds».

La diseminación de las guías viene favorecida por la implantación progresiva de las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la sanidad. Des-

taca la existencia de bases de datos específicas de guías de práctica clínica (www.fbjoseplaporte.org) que permiten el acceso a ellas desde cualquier lugar. A la diseminación de las guías hay que unir la necesidad de diseñar estrategias que promuevan su implementación. Ésta constituye el verdadero talón de Aquiles del proceso, ya que no sólo hay que tener las guías, sino, sobre todo, hay que utilizarlas para que puedan cumplir así el objetivo de mejora de la calidad asistencial. En este sentido, el hecho de que las guías de buena calidad aparezcan vinculadas a la existencia de una cartera de servicios⁴ puede estar relacionado con la existencia de incentivos que favorezcan su adopción. Un buen proceso de implementación pasa por una correcta formación de los profesionales en la interpretación, evaluación, adaptación y utilización de las guías de práctica clínica, así como por el desarrollo de incentivos que favorezcan su implementación. La ausencia de tales incentivos puede favorecer la adopción de estrategias de medicina defensiva y promueve la variabilidad de la práctica clínica. Es por ello que se deben diseñar estrategias adecuadas para incentivar la utilización apropiada de las guías como instrumento de mejora de la práctica clínica^{5,6}.

El proceso que va desde el diseño a la implementación de guías de práctica clínica es caro. Es por ello que resulta poco eficiente que existan múltiples guías para el manejo de una misma condición clínica. A este fenómeno se le denomina «guiamanía». El desarrollo futuro de las guías pasa no por diseñar guías *de novo*, sino por evaluar las ya existentes y adaptarlas mediante protocolos a contextos sanitarios específicos³. Además, la investigación en guías de práctica clínica deberá responder a preguntas relacionadas con la incorporación de las preferencias de los pacientes y/o los costes de la asistencia en su diseño. En este sentido, cabe recordar que las guías de práctica clínica son sólo instrumentos diseñados para ayudar a la toma de decisiones y que la evidencia científica constituye uno de los múltiples factores que influyen en la toma de decisiones clínicas. Así, aparte de la evidencia científica, existe la evidencia del caso clínico, por la cual la guía de práctica clínica se adapta a una historia clínica específica. El papel del médico es esencial en la aplicación de la guía al paciente individual. Es por ello que además de buenas guías se necesitan buenos médicos.

El resultado del trabajo publicado en ATENCIÓN PRIMARIA⁴ pone de manifiesto las diferencias existentes en la calidad de las guías de práctica clínica evaluadas teniendo en cuenta un conjunto mínimo de factores estructurales. Destaca la ausencia de datos sobre la actualización de las guías evaluadas, ya que este es uno de los atributos de las guías. La evidencia científica caduca y urge una revisión planificada para actualizar las guías. En este sentido, y a vueltas con Hepburn, cabe recordar que si es difícil encontrar una guía guapa y bonita, más lo es encontrar un protocolo guapo y precioso.

Bibliografía

1. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Guías de práctica clínica. FMC 1995; 2: 152-156.
2. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 259-266.
3. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M. Guías de práctica clínica. En: Jovell AJ, Aymerich M, editores. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 2000.
4. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR, Gaona Ramón JM, Gascón Cánovas JJ y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad asistencial. Aten Primaria 2001; 28: 525-534.
5. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health Care 1995; 4: 55-64.
6. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles, Grimshaw J. Clinical guidelines. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 199; 318: 527-530.