

# Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural

J. Saura-Llamas<sup>a</sup>, P.J. Saturno Hernández<sup>b</sup>, J.R. Romero Román<sup>a</sup>, J.M. Gaona Ramón<sup>c</sup>, J.J. Gascón Cánovas<sup>d</sup>  
y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos<sup>e</sup>

**Objetivo.** Identificar las características que se asocian a una mayor calidad estructural de las guías clínicas.

**Diseño.** Evaluación transversal.

**Emplazamiento.** Centros de salud de la región de Murcia.

**Participantes.** Documentos (y profesionales) de esos centros.

**Mediciones principales.** Son objeto de estudio todas las guías de práctica o protocolos elaborados de enero de 1985 a enero de 1994, obteniéndose 470, de las que se evalúan 462 (se rechazan 8 por falta de datos). Se valora la calidad del diseño de los protocolos. Se calcula la ratio de cumplimiento de criterios para cada documento. Se identifican las características que se asocian a la calidad de los protocolos con dos análisis multivariantes: regresión múltiple (variable dependiente la ratio cumplimiento) y regresión logística (variable dependiente la ratio de cumplimiento en relación a la media).

**Resultados.** En ambos análisis una mayor calidad estructural se asocia con una determinada área de salud, elaborados de manera multidisciplinaria ( $p < 0,001$ ), referidos a un problema de salud crónico ( $p < 0,001$ ), elaborados específicamente como tales ( $p < 0,001$ ) y relacionados con la cartera de servicios ( $p < 0,001$ ). En alguno de los análisis parece asociarse una mejor calidad con que el centro de salud sea docente, que la guía se refiera a la asistencia y del programa de salud de la mujer.

**Conclusiones.** La calidad de los documentos varía significativamente según el área de salud, y determinadas características (problemas de salud crónicos, elaboración multidisciplinaria y específica, y relación con la cartera de servicios) se asocian a una superior calidad de los documentos. Las características de problemas agudos, elaboración uniprofesional, ser parte de un programa y no relacionados con la cartera de servicios se mostraron como de mayor riesgo para una baja calidad.

**Palabras clave:** Atención primaria. Calidad asistencial. Guías de práctica clínica. Protocolos.

## CHARACTERISTICS OF PRIMARY CARE CLINICAL GUIDELINES ASSOCIATED WITH GREATER STRUCTURAL QUALITY OF THE DOCUMENT

**Aim.** To identify characteristics associated with greater structural quality of clinical guidelines.

**Design.** Cross-sectional study.

**Setting.** Health centers in the region of Murcia (southeastern Spain).

**Main outcome measures.** All clinical practice guidelines and protocols developed between January 1985 and January 1994 were reviewed. Of the 470 documents originally obtained, 462 were evaluated and 8 were excluded because of missing data. The quality of document design was evaluated in all materials. The rate of criteria compliance was calculated for each document. The characteristics that were associated with protocol quality were identified in two types of multivariate analysis: multiple regression (with compliance rate as the dependent variable) and logistic regression (with compliance rate referred to the mean as the dependent variable).

**Results.** Both analyses showed that structural quality was associated with specific health care areas, multidisciplinary design ( $p < 0.001$ ), reference to chronic health problems ( $p < 0.001$ ), design of the document specifically as a clinical practice guideline ( $p < 0.001$ ), and reference to the health services offered at a given center ( $p < 0.001$ ). In some analyses, greater quality appeared to be associated with health centers that were also teaching centers, reference in the document to health care, and women's health programs.

**Conclusions.** Document quality varied significantly in different health care areas, and certain characteristics (chronic health problems, multidisciplinary design and specific design, reference to specific health services offered) were associated with greater document quality. Reference to acute health problems, design by only one type of professional (physicians or nurses), inclusion as part of a larger program, and lack of reference to specific health services offered at a given center were characteristics with a greater risk for low document quality.

**Key words:** Primary care. Quality of care. Clinical practice guidelines. Protocols.

English version available at

[www.atencionprimaria.com/44.098](http://www.atencionprimaria.com/44.098)

A este artículo le sigue un comentario editorial (pág. 532)

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia.

<sup>b</sup>Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia.

<sup>c</sup>Pediatra. Centro de Salud de Torre Pacheco. Murcia.

<sup>d</sup>Profesor ayudante de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia.

<sup>e</sup>Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos: C. Quirós Bauset, R. Gomis Cebrián, B. Llor Esteban, I. Medina, F. Miralpeix y M. González Barberá.

Correspondencia:  
José Saura Llamas.  
C/ Atenea, 21.  
30120 El Palmar (Murcia).  
Correo electrónico:  
csgoya@iname.com

Esta investigación se ha realizado con la ayuda económica del FIS expediente 94/1.187. No existen conflictos de intereses.

Los datos de este trabajo corresponden a los incluidos en la tesis doctoral a la que ha dado lugar dicha ayuda a la investigación. Se presentó como comunicación oral al II Congreso de Calidad Asistencial. Murcia, marzo de 1999.

Manuscrito aceptado para su publicación el 4-VII-2001.

# Introducción

El diseño y la prevención de los problemas de calidad, *planificándola*, son dos componentes necesarios de los programas de calidad de los servicios de salud<sup>1-3</sup>. La elaboración de guías de práctica clínica (*clinical practice guidelines*) es una de las técnicas que se pueden utilizar para diseñar la calidad asistencial. Las guías de práctica clínica se pueden presentar en una amplia variedad de formas, tal como recoge la cita clásica del IOM<sup>4</sup> en su «Appendix B», donde hay ejemplos de estas distintas formas de presentación y que incluyen: algoritmos, protocolos clínicos, etc. Entre las distintas técnicas de trabajo utilizadas por los clínicos, la elaboración de guías clínicas para determinadas patologías quizás sea una de las más conocidas y utilizadas, constituye una parte esencial del proceso de mejora clínica<sup>5-7</sup>, es una de las actividades más potenciadas internacionalmente como parte de los programas de gestión de la calidad asistencial<sup>8-10</sup> y como un ámbito de investigación de primer orden<sup>11-14</sup>. Las guías de práctica clínica son herramientas que facilitan la toma de decisiones al médico y le ayudan a luchar contra la incertidumbre y a disminuir la variabilidad de la práctica clínica; pero para que esto sea posible es necesario que tengan una mínima calidad formal, es decir con una estructura válida, para que los resultados obtenidos tras su aplicación sean evaluables. Una mala herramienta puede inducir a no utilizarla, o a invalidar los resultados clínicos con ella obtenidos cuando se use. Dentro de una línea de investigación de nuestro grupo de trabajo sobre el tema<sup>15-19</sup>, tras haber evaluado la calidad estructural de estos documentos<sup>19</sup>, en este estudio tratamos de conocer las variables que influyen en su calidad formal.

# Material y métodos

Murcia es una comunidad autónoma con 1.115.068 habitantes en la revisión censal de 1998. La mayor parte de la atención sanitaria primaria se proporciona a través de su red de centros de salud en cuyos documentos se basa este estudio. Partiendo de un estudio previo realizado en un centro de salud<sup>16</sup>, el grupo de investigación diseñó un estudio retrospectivo para todos los protocolos elaborados en la región de Murcia de enero de 1985 a enero de 1994, y que incluían los 31 centros de salud con actividades protocolizadas (de los 39 centros de salud existentes en ese momento). Después se procedió a recoger todos los documentos de los protocolos existentes a partir de una búsqueda en los registros regionales existentes en la Consejería de Sanidad y las gerencias de atención primaria, además de los registrados en una encuesta telefónica realizada a los coordinadores de los centros de salud; a partir de estos registros, y en muchos casos acudiendo directamente a los centros, se obtuvieron 470 protocolos clínicos. Se desecharon 8 por falta de datos (autores, centro de salud, etc.), por lo que se evaluaron 462 documentos.

Las variables independientes estudiadas y sus categorías se detallan en la tabla 1.

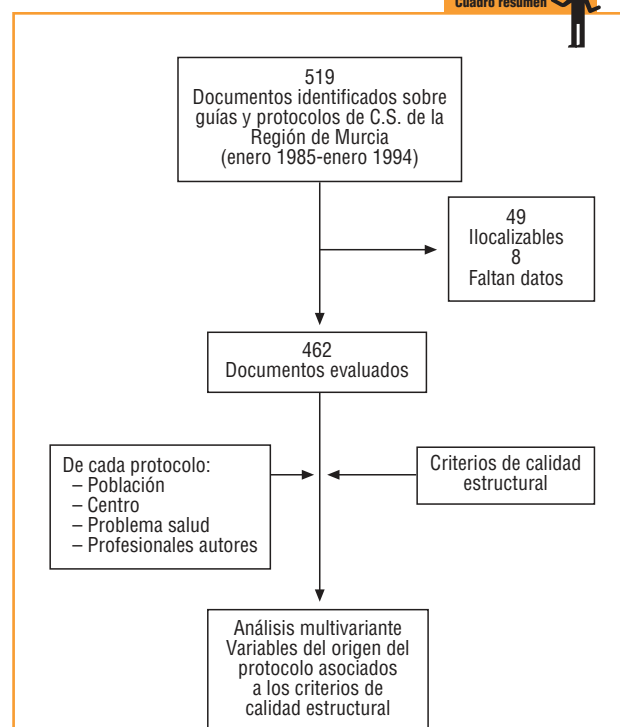
El proceso de la *elaboración de criterios* de calidad estructural, así como la descripción de cada uno de los criterios utilizados, se detallan con otros aspectos del material y métodos en una publicación previa<sup>19</sup>. Para la *evaluación de la calidad estructural de los protocolos* se ha utilizado el cumplimiento de cada uno de los 9 criterios de calidad establecidos para cada protocolo.

Para identificar aquellas características que globalmente influyen en la calidad estructural de los documentos se ha procedido a relacionar globalmente todas ellas de manera conjunta con 2 variables dependientes que son: la «ratio de cumplimiento» y la «ratlog». La *ratio o razón de cumplimiento* es una relación entre el número de criterios de calidad estructural que cumplen ese protocolo y el número total de criterios de calidad estructural en cada protocolo (9). La «ratlog» es una variable de tipo cualitativa con dos categorías: valor 0 si el porcentaje de cumplimiento de criterios es superior a la media de todos los protocolos, o valor 1 en caso contrario.

La mayoría de las variables independientes son de *tipo cualitativo*. Algunas de ellas *dicotómicas*, por ejemplo: si el protocolo pertenece a un programa de salud, si el protocolo está acreditado y si se corresponde con la cartera de servicios.

También se han analizado *variables cualitativas de más de dos categorías*: área de salud, acreditación para la docencia, profesionales que han elaborado el protocolo, grupo de población

## Material y métodos Cuadro resumen



## Esquema general del estudio

Estudio transversal de aplicación de criterios de calidad de unos protocolos y evaluación de las variables asociadas al buen cumplimiento de los criterios de calidad estructural.

**TABLA 1**  
**Variables independientes y sus categorías**

Variables independientes	Categorías
Área de salud de Murcia	Cartagena
	Lorca
	Caravaca
	Jumilla-Yecla
	Cieza-Molina
Fecha de apertura del centro salud	1985-1987
	1988-1990
	1991-1993
Acreditación para la docencia	Sí posgrado y pregrado
	Sí posgrado
	No posgrado
Fecha acreditación docente	Año
Fecha elaboración protocolo	Año
Profesionales que lo elaboran	Médicos/as
	Enfermería
	Otros
	Multidisciplinaria
Grupo de población	Niño
	Mujer
	Adulto
	Anciano
	Otros
Grupo de actividad	Educación sanitaria
	Prevención
	Asistencia
	Cuidados
	Rehabilitación
	Varias actividades
	Otras
Problema de salud	Agudo
	Crónico
	Varios
	Otros
Corresponde a cartera de servicios	Sí
	No
Incluido en un programa de salud	Sí
	No
Acreditado	Sí

al que corresponde el protocolo, tipo de problema de salud y actividad del protocolo. Las variables año de apertura del centro de salud y fecha de acreditación del protocolo se han tratado igualmente como categóricas (con cuatro categorías correspondientes a los años 1986, 1987, 1992 y 1993).

Las variables cualitativas no binarias con  $k$  categorías se han convertido en variables tipo «dumming», descomponiéndolas en  $k - 1$  variables binarias ficticias; de esta forma la variable no introducida constituye la categoría de referencia<sup>20</sup>.

Se realiza un *análisis multivariante* para tratar de identificar las características de los protocolos o de su proceso de elaboración que se asocian de una manera significativa con una mayor calidad del diseño de los protocolos. Se ha procedido a dos tipos de análisis: regresión múltiple y regresión logística.

### Regresión múltiple

Con la regresión múltiple tratamos de identificar las características que mejoran los protocolos, independientemente de que los cumplimientos estén por debajo de la calidad media del conjunto de estos. Tras comprobar previamente los requisitos de aplicación de este modelo (relación lineal, distribución normal, homocedasticidad y ausencia de colinealidad) mediante el análisis de los residuales y de la tolerancia<sup>21</sup>, se ha aplicado el método «enter», siendo la variable dependiente la razón de cumplimiento (media de cumplimientos por protocolo). Las variables independientes son todas las mencionadas anteriormente. De ellas se descarta la fecha de acreditación del protocolo por el bajo número de casos en los que se pudo obtener este dato (en 175 de los 462 protocolos).

### Regresión logística

Con la regresión logística tratamos de caracterizar a los mejores protocolos, es decir qué características determinan una mejor calidad estructural media de los protocolos, una calidad superior a la del conjunto.

Se ha calculado la *odds ratio* (OR) ajustada y con un intervalo de confianza del 95% para cada una de las características analizadas como variables independientes y para la variable «ratlog».

Para los análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS PC(+)<sup>®</sup>.

## Resultados

Se identificaron 519 documentos (en los distintos listados), de los cuales obtuvimos 470 (49 no se pudieron localizar) y finalmente se evaluaron 462.

Sólo se han producido algunos *missing* parciales (ausencia parcial de datos) en las variables «año de apertura del centro de salud» en 5 casos (un 1,1% del total) y «cartera de servicios» en 45 casos (un 9,7%), que consideramos como unas pérdidas bajas y esperables. Faltaron numerosos datos de las variables «fecha de elaboración del protocolo» en 311 casos (67,3%) y «fecha de acreditación del protocolo» en 175 casos (un 37,9%), motivado por la ausencia de dicha información en el documento o en los registros correspondientes. Esto ha justificado la exclusión de estas variables en la mayoría de los análisis posteriores.

En relación a la regresión múltiple, escogiendo como variable dependiente la media de defectos por documento, la mejor calidad se asocia positivamente y de manera muy significativa con el hecho de que se refiera al Programa de la Mujer ( $p < 0,03$ ) y a que haya sido incluido en la cartera de servicios ( $p < 0,001$ ). E influye negativamente en la calidad que el centro de salud a que corresponde sea de un

**TABLA 2** Regresión múltiple. Variables que han mostrado una influencia significativa sobre la calidad de los protocolos (ratio de cumplimiento por protocolo)

Variable	Categoría	$\beta$	significación
Área de salud (referencia: área de Murcia)	Cartagena	-0,16433	0,0000
	Lorca-Caravaca-Jumilla-Yecla	-0,01727	ns
	Cieza-Molina	-0,05586	0,0388
Acreditación docencia (pre y posgrado)	Docente posgrado	-0,03168	ns
	No docente	-0,06129	0,0024
Profesionales (multidisciplinario)	Médico	-0,15052	0,0000
	Enfermería	-0,08164	0,0005
Grupo población (referencia: adulto)	Niño	0,06965	ns
	Mujer	0,06355	0,0321
	Anciano	6,3568	ns
	Otros	-0,02051	ns
Tipo de problema salud (crónico)	Agudo	-0,06604	0,0200
	Otros problemas	-0,08073	0,0007
Actividad (referencia: asistencia)	Educación-prevención	-0,04563	ns
	Cuidados	-0,10612	0,0002
	Otras actividades	-6,788	ns
Programa	Sí programa	-0,12846	0,0000
Acreditado	No acreditado	-0,03518	ns
Cartera de servicios	Sí cartera	0,07280	0,0011

ns: no significativo.

área de salud diferente a la de Murcia, tomada como referencia; también que pertenezca a un centro de salud no docente, haya sido elaborado exclusivamente por enfermeras/os o por médicos; que se refiera a un problema de salud agudo, y que esté incluido como un anexo en un programa de salud, en lugar de haber sido elaborado específicamente como protocolo o guía clínica (tabla 2).

En la tabla 3 se detallan los resultados de la regresión logística, tomando como variable dependiente la «ratlog», que identifica a aquellos documentos cuyo porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad es mayor o igual a la media de cumplimientos, especificando los datos con carácter significativo. En la tabla 4 se detallan los resultados globales incluyendo la *odds ratio* y su intervalo de confianza. La primera muestra una asociación estadísticamente significativa para el grupo de las Áreas de Salud de Cartagena y Cieza-Molina en relación con el Área de Murcia; que estén elaborados sólo por médicos frente a que sean elaborados multidisciplinariamente; que el problema de salud sea agudo o de otro tipo frente a que sea crónico; que correspondan a cuidados de salud frente a que sean asistenciales; que pertenezca a un programa de salud, y que se refiera a un servicio de la cartera de servicios del centro de salud. En este sentido, destaca que la probabilidad de que la guía clínica sea de una mayor calidad es casi 3 veces mayor (OR = 2,98) si el documento se corresponde con la cartera de servicios respecto a que no se corresponda. Infiere negativamente en la

calidad de los documentos que se haya incluido como un anexo en un programa de salud y no haya sido elaborado específicamente.

## Discusión

Se detalla en este trabajo la experiencia de evaluación de la calidad estructural de los protocolos o guías clínicas elaborados por los equipos de atención primaria de la región de Murcia a lo largo de 8 años, lo que representa un amplio período de tiempo.

### Limitaciones del diseño utilizado

Se ha aplicado una metodología muy sencilla en su diseño y ejecución, ya evaluada y validada<sup>1-3</sup>, que ha demostrado su factibilidad y utilidad en APS, lo que justifica parcialmente su validez externa y su reproducibilidad en cualquier otra comunidad autónoma. La calidad científico-técnica ha sido la dimensión de la calidad estudiada<sup>1-3</sup>.

Se evaluaron la práctica totalidad del universo de estudio, 462 documentos de un total de 519, lo que garantiza su representatividad. Del proceso de búsqueda y recogida de los documentos podemos destacar las dificultades encontradas para disponer físicamente de ellos, derivadas de la inexistencia de un registro centralizado en el ámbito regional, y de la ausencia de cualquier tipo de registro institucional, en

**TABLA 3** Regresión logística. Características que influyen en la calidad estructural de los protocolos, por criterio y total, especificando los datos con carácter significativo según el valor de  $\beta$  (n = 462)

		C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	C-6	C-7	C-8	C-9	Ratio
Área Salud de Murcia	Cartagena	0,26 <sup>a</sup>		0,15 <sup>b</sup>	0,34 <sup>a</sup>		9,19 <sup>b</sup>	0,01b		0,04 <sup>b</sup>	0,19 <sup>b</sup>
	Lorca, etc					46,6 <sup>b</sup>	0,09 <sup>b</sup>		0,04 <sup>b</sup>		
	Cieza-Molina	0,37 <sup>a</sup>					0,09b	2,89a	0,08b	0,30b	
Fecha CS	88-90	0,33 <sup>a</sup>				2,89 <sup>b</sup>			0,35 <sup>b</sup>		
	90-93	0,31 <sup>a</sup>									
Acred. doc. pre. post.	Doc. pre. y post.							5,09 <sup>a</sup>		12,62 <sup>b</sup>	
	No docen.							0,29 <sup>b</sup>			
Prof. multidiscipl.	Prof. méd	0,17 <sup>b</sup>	0,13 <sup>b</sup>	0,21 <sup>b</sup>		0,19 <sup>b</sup>			0,23 <sup>b</sup>		0,14 <sup>b</sup>
	Prof. enf.	0,27 <sup>b</sup>	0,17 <sup>b</sup>		0,41 <sup>b</sup>	7,51 <sup>b</sup>	0,25 <sup>a</sup>				
Población adulta	Niño		4,60 <sup>b</sup>								
	Mujer	4,30 <sup>b</sup>		3,42 <sup>a</sup>							
	Ancianos										
	Otros										
Tipo PS crónico	Agudo	0,28 <sup>b</sup>	0,19 <sup>b</sup>				4,62 <sup>a</sup>		0,40 <sup>a</sup>		0,20 <sup>b</sup>
	Otros									0,40 <sup>a</sup>	
Actividad asistencia	EPS			4,99 <sup>b</sup>	0,16b					0,11 <sup>a</sup>	
	Cuid.	0,17 <sup>b</sup>		0,05 <sup>b</sup>	0,26 <sup>a</sup>			0,20 <sup>b</sup>		0,19 <sup>b</sup>	
	Otros		7,41 <sup>b</sup>	0,16 <sup>b</sup>							
Prog.	Sí P.		0,42 <sup>b</sup>	0,25 <sup>b</sup>	0,25 <sup>b</sup>	0,49 <sup>a</sup>				0,24 <sup>b</sup>	0,24 <sup>b</sup>
Acred.	No acred.							0,11b		0,16b	
Cart.	No cart.	3,84 <sup>b</sup>						5,58 <sup>a</sup>	2,02 <sup>a</sup>	4,16 <sup>a</sup>	2,98 <sup>b</sup>

C-1: criterio 1, cumplir con la definición de protocolo, aceptándose como definición la más prevalente en aquellos momentos en AP; C-2: criterio 2, que exista un mecanismo de registro de datos; C-3: criterio 3, que exista un mecanismo de evaluación de la calidad del protocolo, al menos desde el punto de vista de la estructura; C-4: criterio 4, que cada protocolo contenga al menos un algoritmo; C-5: criterio 5, que exista una hoja de anamnesis y/o exploración; C-6: criterio 6, la extensión será de un máximo de 20 hojas DIN A-4; C-7: criterio 7, todos los protocolos tendrán un índice paginado; C-8: criterio 8, ausencia de defectos formales, referentes a la legibilidad de las copias y numeración de las hojas; C-9: criterio 9, se incluirá bibliografía referente al tema. Grado de significación:

<sup>a</sup>p < 0,05; <sup>b</sup>p < 0,001.

ese momento, en al menos en 3 de las 6 áreas sanitarias regionales. Tampoco los centros de salud contaban con registro ni con archivo centralizado donde se recogieran todos los documentos elaborados; este hecho explica en parte las pérdidas, nos hace dudar de la accesibilidad de los profesionales a estos instrumentos e identifica una oportunidad de mejora. Cabe destacar que cuando se diseñó el proyecto de investigación esperábamos encontrar unos 100 documentos, por lo que la cifra final casi ha multiplicado por cinco nuestras previsiones. Un número tan elevado puede ser interpretado como una actitud positiva de los profesionales hacia la elaboración de estas herramientas asistenciales, por lo menos inicialmente y en el momento del estudio.

La validez de construcción y contenido con relación a la elección de los criterios de calidad se justifica por estar basados en la bibliografía y por el proceso para asegurarnos su fiabilidad (concordancia interobservador) aplicado.

Parte de los posibles sesgos en la recogida de información creemos que se han obviado por el detallado diseño de la

hoja de recogida de datos, por la sencillez de su recogida y por el entrenamiento previo y análisis de fiabilidad de los criterios al que se han sometido los evaluadores. No creemos que los casos perdidos, por su escaso número y por estar repartidos de forma prácticamente aleatoria entre todos los centros de salud, hayan sesgado nuestros resultados.

### Comparación con la bibliografía

No hemos encontrado en la bibliografía estudios equivalentes en nuestro país, lo que dificulta su comparabilidad. Con relación a una experiencia previa<sup>16</sup>, en conjunto los resultados coinciden, ya que en la primera evaluación de dicho centro la calidad global de los protocolos era muy baja, pero no se identificaban los factores condicionantes de esta calidad.

Otros documentos elaborados en APS, pero dentro de actividades formativas regulares, como el Programa FMC en el ámbito nacional, han demostrado una mayor calidad estructural, pero también han puesto de manifiesto aspectos sustancialmente mejorables<sup>18</sup>.



Las escasas referencias existentes en otros países<sup>22-24</sup> sólo son parcialmente comparables a nuestro trabajo, ya sea por la forma de recopilar los documentos, porque no han recogido las características que describen los documentos o porque, utilizando una metodología similar, no manejan criterios comparables o por la manera de agrupar los resultados.

De la evaluación de 855 guías clínicas realizada en 22 centros de salud del área de Cambrige de 1989 a 1997, destaca que el 75% del total se refiere a actividades clínicas o al manejo de enfermedades<sup>22</sup>, lo que parece coincidir con lo observado por nosotros.

Dos de estos estudios utilizan muchos más criterios de calidad, 37 en un caso<sup>23</sup> y 25 en otro<sup>24</sup>, criterios que además, en su mayoría, son mucho más exigentes y que también ponen en evidencia la baja calidad global de las guías evaluadas, ya que en ambos casos la media (agrupados los criterios en 3 grupos de dimensiones) del porcentaje de cumplimiento es en casi todos los casos inferior al 50%. La evaluación del área de Cambrige da mucha importancia a que el 38% de los documentos no tenía fecha de elaboración<sup>22</sup>, problema mucho más grave que en nuestro estudio donde representa un 67%. En otro estudio<sup>23</sup> el año de publicación se recoge en un 12,8-23,0% de los casos. La importancia de este dato se debe a la caducidad en el tiempo de la evidencia científica y a la necesidad de establecer fechas de actualización del contenido del protocolo, fecha que sólo se recoge en un 14,3% de los protocolos de otra revisión<sup>24</sup>. Los problemas con las referencias bibliográficas suponen un 90% de los casos en el estudio de Cambridge<sup>22</sup> y un 74,2% en la revisión ya citada<sup>24</sup>, frente a una cifra situada entre ambas en nuestro caso (85,1%), lo que parece identificar este defecto como uno de los más importantes y frecuentes en los protocolos de AP. En definitiva, en ninguno de estos estudios se analizan los resultados a fin de identificar aquellos factores que se relacionan con una mejor calidad estructural de los protocolos.

## Aplicabilidad práctica de los resultados

Creemos que la investigación sobre la calidad de los instrumentos asistenciales que se aplican a nuestros pacientes es de gran interés y actualidad, entre otras cosas por sus repercusiones sobre la salud y sobre los costes económicos de la atención.

Que la fecha de apertura del centro de salud no se relacione de manera significativa con la calidad probablemente nos indica que en los centros de salud una mayor experiencia como equipo no mejora la calidad.

Con estos datos hemos identificado los factores que influyen positivamente en la calidad. Si se estudiaran, podríamos averiguar cuáles son los motivos de este hecho, tratando de repetir las condiciones que se dan en este caso para conseguir unos documentos de alta calidad, como son los que se elaboran de manera multidisciplinaria.



## Lo conocido sobre el tema

- La calidad estructural de los protocolos o guías clínicas elaboradas hasta ahora en atención primaria es muy baja.
- Las deficiencias estructurales de una herramienta de diseño de la calidad, como es una guía clínica, invalidan su aplicación.
- La causa fundamental de esa calidad deficiente es la falta de conocimientos de los constructores y la no utilización de referencias adecuadas.

## Qué aporta este estudio

- La calidad de los documentos varía significativamente según el ámbito geográfico donde se han elaborado.
- Si la guía clínica se elabora de manera multidisciplinaria y de problemas de salud relacionados con la «cartera de servicios de atención primaria», se obtienen mejores documentos.
- La mala calidad estructural de los documentos evaluados no es homogénea. Es preciso cuidar especialmente el diseño y elaboración de las guías clínicas referidas a los problemas de salud agudos.

También se han identificado una serie de oportunidades de mejora como son: los documentos elaborados en determinadas áreas de salud, los de los centros de salud no docentes, los referidos a problemas de salud agudos y los incluidos como anexos en los programas de salud.

## Directrices para futuras investigaciones

Nuestro trabajo se enmarca en una línea de investigación con una serie de perspectivas de desarrollo, entre las que podemos mencionar: proponer medidas correctoras para mejorar la calidad estructural de las guías clínicas de AP de la región de Murcia; volver a evaluar la estructura de este tipo de documentos de nuestra región tras un período de tiempo de poner en marcha esas medidas correctoras; validación del nuevo instrumento de evaluación de las guías clínicas, tanto desde el punto de vista de diseño, elaboración, funcionamiento y evidencia científica; valoración de su pertinencia; evaluar la variabilidad en las recomendaciones y en la evidencia científica en la que se basan; cuantificar la utilización real de estas herramientas por parte de los profesionales; averiguar las características que han de tener para que sean útiles y se usen, comparando los criterios de calidad estructural que manejamos con los que diseñen los profesionales de los EAP, que son los que van a utilizarlos.

**TABLA 4** Regresión logística. Características globales que influyen en la calidad estructural de los protocolos, especificando el valor de la *odds ratio* y su intervalo de confianza (n = 462)

Variable	Categoría variable	Odds ratio	Significación	Intervalo de confianza del 95%
Área de salud (referencia: Murcia)	Cartagena	0,19	< 0,001	0,07-0,51
	Lorca–Caravaca–Jumilla–Yecla	0,98	ns	0,37-2,60
	Cieza–Molina	0,30	< 0,001	0,14-0,65
Fecha de apertura del centro de salud	1988–1990	1,1	ns	0,50-2,43
	1990–1993	0,61	ns	0,24-1,57
Acreditado docencia (pre y posgrado)	Docente pre y posgrado	0,71	ns	0,26-1,95
	No docente	0,53	ns	0,20-1,37
Profesionales (multidisciplinario)	Médico	0,14	< 0,001	0,06-0,34
	Enfermeras	0,67	ns	0,34-1,31
Grupo población (adulto)	Niño	1,61	ns	0,68-3,78
	Mujer	2,09	ns	0,86-5,06
	Anciano	0,74	ns	0,28-1,97
	Otros	1,3	ns	0,39-4,24
Tipo problema salud (crónico)	Agudo	0,20	< 0,001	0,09-0,46
	Otros problemas	0,40	< 0,05	0,17-0,90
Tipo actividad (asistencia)	Educación Salud–Prevención	0,6	ns	0,23-1,57
	Cuidados	0,19	< 0,001	0,06-0,61
	Otras actividades	0,40	ns	0,14-1,10
Programa	Sí programa	0,24	< 0,001	0,12-0,47
Acreditado	No acreditado	0,79	ns	0,41-1,49
Cartera servicios	Incluido cartera	2,98	< 0,001	1,52-5,83

ns: no significativo.

## Conclusiones

Podemos afirmar que la calidad estructural se asocia positivamente, tanto en la proporción de criterios cumplidos como en que tenga una proporción de cumplimientos por encima de la media; varía según áreas dentro de una misma comunidad autónoma; resulta mejor si se ha elaborado de manera multidisciplinaria, si se refiere a un problema de salud crónico, si se halla relacionado con la cartera de servicios, y si se ha elaborado específicamente como tal herramienta de diseño o planificación de la calidad.

Una mejor calidad parece asociarse positivamente en alguno de los dos análisis multivariados realizados con que el centro de salud sea docente, sobre asistencia y que corresponda al grupo de población del programa de la mujer. Otras características identifican oportunidades de mejora, caso de los documentos elaborados en determinadas áreas de salud, en los centros de salud no docentes y los referidos a problemas de salud agudos.

## Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda prestada a las personas que han colaborado en la realización del estudio, especialmente a los miembros del grupo de investigación y de los EAP.

## Bibliografía

1. Heather Palmer R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
2. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
3. Saturno PJ. Estrategias de implantación de las actividades de evaluación y mejora de la calidad. El ciclo evaluativo o ciclo de mejora de la calidad. En: Saturno PJ, editor. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Universidad de Murcia, DuPont Pharma, 1997.
4. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.
5. Schenbaum SC, Gottlieb LK. Algorithm based improvement of clinical quality. BMJ 1990; 301: 1374-1376.
6. Agency for Health Care Policy and Research. Guideline definition and attributes. Rockville: Department of Health and Human Services, 1990.
7. Bolster CJ. Quality research initiatives. Top Health Care Financ 1991; 18: 7-11.
8. Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K et al. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. N Eng J Med 1989; 321: 1306-1311.

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. *Pediatrics* 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: Lippincott, 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 impacto<sup>1-3</sup>. Saura et al<sup>4</sup> 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 multidisciplinarios, 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 continente 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 guías<sup>1</sup>. 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](http://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 baja<sup>2</sup>. 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 Ods».

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](http://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 servicios<sup>4</sup> 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<sup>5,6</sup>.

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 específicos<sup>3</sup>. 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 PRIMARIA<sup>4</sup> 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 1999; 318: 527-530.