

ORIGINALES

Análisis de calidad de las guías de práctica clínica sobre riesgos cardiovasculares en el País Vasco y propuesta para su evaluación

A. Casi Casanellas^a, F. Aizpuru Barandiarán^b, F. Ibáñez Pérez^c y Grupo de Trabajo sobre Calidad de las Guías de Práctica Clínica en Atención Primaria de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria

^aUnidad de Atención Primaria La Habana. Vitoria-Gasteiz. ^bUnidad de Investigación del Área de Álava. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. ^cUnidad de Atención Primaria Rekaldeberri. Bilbao.

Objetivos. Conocer la implantación y calidad de las guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de los riesgos cardiovasculares más importantes: tabaquismo, hipertensión arterial, hiperlipemia y diabetes mellitus. Elaboración de un modelo para evaluar la calidad de las GPC en atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Los centros de atención primaria del País Vasco.

Participantes. Un total de 170 GPC utilizadas actualmente para el manejo de los 4 riesgos cardiovasculares referidos.

Mediciones y resultados. Se solicitó información sobre el uso de GPC y se pidieron copias de las utilizadas a los responsables de los 103 centros jerarquizados. Contestaron 77 centros (76%) y 66 declararon el uso de alguna de ellas. Se recibió un total de 170 GPC.

A partir de propuestas previas no específicas para la atención primaria, se elaboraron 21 criterios de calidad de las GPC agrupados en 6 bloques.

El mayor nivel de calidad se observó en el bloque correspondiente a la claridad del procedimiento clínico, con un cumplimiento del 63% de las GPC, seguido por la descripción general (54%) y la evaluación y medida del impacto (30%). Los bloques con peor nivel de cumplimiento fueron la identificación de las personas involucradas en su diseño (23%), la evidencia de sus recomendaciones (19%) y las condiciones de aplicación (4%).

Conclusiones. Se propone un modelo para la evaluación de la calidad de las GPC. Se aprecian importantes deficiencias en su calidad, más acusadas en aspectos tan claves como el soporte bibliográfico de sus recomendaciones, la previsión de condiciones para su aplicación y la identificación de autores y revisores.

Palabras clave: Atención primaria; Calidad; Guías práctica clínica; Riesgo cardiovascular.

ANALYSIS OF THE QUALITY OF GUIDELINES TO CLINICAL PRACTICE ON CARDIOVASCULAR RISK IN THE BASQUE COUNTRY AND PROPOSAL FOR THEIR EVALUATION

Objectives. To find the implantation and quality of clinical practice guidelines (CPG) to manage the major cardiovascular risks: tobacco dependency, hypertension, hyperlipaemia and diabetes mellitus. To work out a model to evaluate the quality of the CPG in primary care.

Design. Cross-sectional descriptive study.

Setting. The primary care centres of the Basque Country.

Participants. 170 CPG used at present to manage the four mentioned cardiovascular risks.

Measurements and main results. Information was requested on the use of CPG and copies of their guidelines were requested from those in charge of 103 ranked centres. 77 centres replied (76%), of which 66 said they used one of them. A total of 170 CPG were received. On the basis of non-specific prior proposals for primary care, 21 quality criteria for the CPG, grouped in 6 blocks, were drawn up. Top quality was found in the block for clarity of clinical procedure with 63% compliance with the CPG, followed by general description (54%), and evaluation and measurement of impact (30%). The blocks with worst compliance were identification of people involved in their design (23%), evidence of their recommendations (19%) and conditions of application (4%).

Conclusions. A model was proposed to evaluate the quality of the CPG. Major deficiencies in quality were found. These were most marked in key aspects such as bibliographic support for their recommendations, envisaging of conditions for application and identification of authors and reviewers.

(Aten Primaria 2000; 26: 585-589)

Este trabajo ha sido financiado mediante una Beca de Investigación Comisionada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 1998.

Correspondencia: Alfonso Casi Casanellas.
Centro de Salud La Habana.
C/ La Habana, s/n. 01011 Vitoria-Gasteiz.
Correo electrónico: quasy@euskalnet.net

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-IX-2000.

Introducción

Es bien conocido que las decisiones médicas son muy sensibles a elementos externos a la propia consulta, lo que se pone de manifiesto en la amplia variabilidad con que los profesionales utilizan procedimientos y recursos sanitarios en áreas geográficas de entornos semejantes^{1,2}. Las guías de práctica clínica (GPC), desde las primeras recomendaciones americanas hace una década^{3,4}, están contribuyendo a reducir esta variabilidad.

En nuestro ámbito, en el contexto nacional, se han realizado algunos esfuerzos para establecer criterios de calidad que contribuyan a mejorar el diseño, la elaboración⁵⁻⁷ y la implementación de las GPC⁸. Se recomienda que la metodología de diseño y elaboración de una guía incluya una fase de planificación, que identifique el problema de salud, los miembros del grupo de trabajo y su plan de actividades, así como otra fase que permita su puesta en práctica⁹. Otros autores hacen énfasis en los aspectos formales de su estructura^{10,11}.

La evaluación de la estructura de diversas GPC aplicadas en centros de atención primaria de zonas geográficas próximas^{12,13}, utilizando criterios semejantes a los enunciados previamente, han puesto en evidencia su amplia difusión aunque, en general, con una escasa calidad. Las deficiencias más frecuentemente observadas se concretan en las referencias bibliográficas y la evaluación. Problemas similares también se han detectado fuera de nuestras fronteras, tanto en las GPC sobre diversos temas de atención primaria¹⁴, como es-

pecíficamente en el manejo de la depresión¹⁵.

Fruto del interés creciente por las GPC ha sido la elaboración de algunas propuestas metodológicas de ámbito nacional o supranacional para su desarrollo, entre las que cabe destacar, además de las primeras de Estados Unidos³, las difundidas en el Reino Unido^{16,17}, Australia¹⁸, Francia¹⁹ o la propuesta para Europa²⁰. Si bien deben recogerse todos los aspectos que se mencionan en las propuestas, actualmente se consideran entre los determinantes más básicos de su calidad su estricta sintonía con las evidencias científicas, su adecuación al área geográfica en la que se pretende implantar, así como el diseño detallado de la estrategia de disección e implementación²¹.

Con este trabajo pretendemos conocer la implantación y calidad de las GPC para el manejo del riesgo cardiovascular utilizadas en la atención primaria del País Vasco, así como sintetizar las propuestas más relevantes para proponer un modelo básico de evaluación de la calidad global de las GPC en la atención primaria.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el ámbito de todas las unidades de atención primaria (UAP) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en las que hay médicos jerarquizados. Los sujetos de estudio han sido las GPC para el manejo de riesgos cardiovasculares utilizados por las UAP.

Se envió una encuesta por correo a los 103 responsables de las UAP jerarquizadas de la CAPV solicitando información sobre la utilización actual de GPC para el manejo del tabaquismo, la hipertensión arterial, la hiperlipemia y la diabetes mellitus. Se solicitó una copia de cada una de las utilizadas, en su caso, e información sobre su adscripción al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) y/o docencia posgrado para la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MFyC). En ausencia de respuesta a la primera solicitud por correo, se les volvió a requerir mediante llamada telefónica.

Variables del estudio

Sintetizando la bibliografía consultada^{3,10,11,17-21}, la estructura global de una GPC debe incluir: los objetivos para pacientes y proveedores de servicios; la identificación de las personas y/o entidades que la han desarrollado, financiado y aprobado; la constatación de las evidencias bibliográficas que sustentan las reco-

mendaciones propuestas; las distintas opciones que pueden considerarse en la práctica clínica y la revisión de los valores o sentimientos de los pacientes para cada una de ellas; los beneficios, peligros y requerimientos necesarios para su aplicación; los resultados en salud y económicos considerados en comparación con otras prácticas; el informe de revisores externos como validación. Atendiendo a estos contenidos, mediante el consenso de los miembros del grupo de trabajo, se diseñó un instrumento de medida con 21 criterios que puedan ser fácilmente aplicables a la atención primaria.

Tras un análisis de la concordancia interobservador realizado por 5 miembros del grupo investigador sobre 5 de las GPC recibidas, se redefinieron los criterios en que la variabilidad entre evaluadores fue alta. Éstos fueron los que revisan el índice del documento, verifican el lugar donde un algoritmo puede ser más útil, la derivación a otros niveles y el sistema de registro. Finalmente, los 21 criterios fueron agrupados de forma lógica en 6 bloques según recoge, junto al análisis de concordancia antes de introducir las modificaciones, la **tabla 1**: bloque de descripción general, bloque de personas involucradas en el diseño, bloque de evidencia, bloque de claridad del procedimiento clínico, bloque de aplicación y, finalmente, bloque de evaluación y medida del impacto.

Recogida y análisis de datos

Se enviaron las encuestas a los responsables de las UAP durante el mes de abril de 1999.

Para la evaluación de la calidad general de todas las GPC recibidas, 3 miembros del grupo investigador aplicaron entre mayo y julio de 1999 los 21 criterios redactados tras las correcciones derivadas del análisis de concordancia. Se obtuvieron los porcentajes de cumplimiento para cada uno de los criterios y para cada bloque.

La base de datos y el análisis de variables se han efectuado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows v 9.0.

Resultados

Se obtuvo respuesta de 77 UAP, es decir, del 76% sobre el total de 103 a las que fue remitida la encuesta. De las 77 que contestaron, 11 declararon no usar ninguna GPC y las 66 restantes enviaron un total de 170 GPC, de las que 28 estaban destinadas al manejo del tabaquismo (27% de las UAP), 54 a la hipertensión arterial (52% de las UAP), 37 a la hiperlipemia (36% de las UAP) y 51 a la diabetes mellitus (50% de las UAP).

En cuanto a las variables relevantes de las UAP que contestaron, 15 eran docentes posgrado para la especiali-

dad de MFyC, 12 estaban adscritas a PAPPS, 17 cumplían las dos condiciones anteriores y 33 no cumplían ninguna.

Tras la aplicación del instrumento diseñado, el mayor nivel de calidad (**tabla 2**) se observó en el bloque correspondiente a la claridad del procedimiento clínico con un cumplimiento del 63% de las GPC, seguido por la descripción general con el 54% y la evaluación y medida del impacto con el 30%. Los bloques con peor nivel de cumplimiento fueron la identificación de las personas involucradas en su diseño, con un 23%; la evidencia de sus recomendaciones, con el 19%, y con el 4% las condiciones de aplicación.

En cuanto a los criterios, el mayor nivel de cumplimiento (**tabla 2**) se ha observado en el plan diagnóstico (95,3% de las GPC), el plan de seguimiento (85,3%), la identificación de población diana (79,4%), la identificación de los usuarios (63,5%) y la descripción del problema (59,4%). El cumplimiento del resto de criterios no ha llegado al 50%.

En general se aprecia un bajo nivel de cumplimiento de los criterios del bloque de evidencia y aplicación de la GPC, seguidos por los bloques de personas involucradas en el diseño y evaluación/medida del impacto. Hay deficiencias acusadas en aspectos tan claves como los recursos necesarios para la aplicación de la GPC (0,6%), sus condiciones de difusión (0,6%), la previsión de problemas con su aplicación (9,4%), el soporte bibliográfico de sus recomendaciones (32,8%) o la identificación de autores (44,1%) y revisores (24,7%).

Discusión

En cuanto a las UAP que respondieron la encuesta, un 76% de respuestas recibidas sobre utilización de GPC es un número aceptable para la validez de nuestro estudio. Desde luego, el envío de las GPC sólo indica su existencia y no necesariamente su utilización. Tampoco se aprecian diferencias relevantes de representación en cuanto a su adscripción al PAPPS o su condición docente posgrado para MFyC.

En cuanto al origen de las GPC recibidas, en general, se aprecia una gran dispersión con pocas excepciones como las diseñadas por algunas comarcas para aplicación en su ámbito, o la aceptación por algunas UAP de GPC

TABLA 1. Criterios de calidad de una guía de práctica clínica y porcentaje de concordancia observado en el estudio piloto

Criterio	Concordancia ^a
Bloque de descripción general	
Descripción del problema: se identifica genéricamente el problema de salud al que hace referencia la guía y menciona algunos objetivos	60
Identificación de usuarios: se identifican los profesionales que utilizarán la guía (médicos de familia, pediatras, enfermeras...)	60
Definición de la población diana: se definen las características de la población a la que le va a ser aplicada la guía	60
Período de validez: figura la fecha de elaboración de la guía, así como el plazo en que debe ser revisada	80
Bloque de personas involucradas en diseño	
Autores: se identifica al promotor y/o al grupo de trabajo que ha participado en la elaboración de la guía y sus puestos de trabajo o responsabilidades (profesionales, administración, pacientes...)	100
Revisión por expertos: se indica si la guía ha sido revisada por algún panel de expertos o recoge recomendaciones avaladas por organizaciones de ámbito nacional o mayor	80
Pre-test: se indica si la guía ha sido pilotada en un determinado ámbito de forma previa a su publicación	100
Bloque de evidencia	
Bibliografía: figuran las referencias bibliográficas utilizadas para la formulación de las recomendaciones de la guía	60
Búsqueda bibliográfica: figuran las bases de datos electrónicas utilizadas para la búsqueda bibliográfica, así como su sistematización	100
Riesgos/beneficios: figuran algunas consideraciones acerca de los riesgos y beneficios que se asumen con la formulación de las recomendaciones	60
Bloque de claridad del procedimiento clínico	
Índice: figura el índice paginado si el protocolo tiene más de 8 páginas	60 ^b
Plan diagnóstico: figuran la estrategia y criterios diagnósticos haciendo referencia a los exámenes complementarios si proceden	60
Tratamiento: figura un algoritmo con las alternativas terapéuticas a seguir, farmacológicas o no, incluida la educación sanitaria en su caso	60 ^b
Plan de seguimiento: figura la recomendación sobre cada cuánto tiempo deben realizarse controles periódicos a pacientes y menciona su contenido	80
Derivación: se indican los criterios de remisión y a quién derivar al paciente si fuera necesario, bien a especialistas y/o dentro del propio centro	40 ^b
Bloque de aplicación	
Recursos necesarios: se prevén los recursos necesarios, humanos y materiales, necesarios para la aplicación efectiva de la guía	100
Previsión de problemas: se prevén y especifican los problemas potenciales de la aplicación de la guía sobre la organización y las rutinas actuales	40 ^b
Difusión: se describen el formato y las condiciones de distribución y publicidad de la guía entre los profesionales utilizadores, y en su caso el formato de difusión de la información a los pacientes	80
Bloque de evaluación y medida de impacto	
Indicadores: se identifican los indicadores de proceso y/o de resultados que serán utilizados en la evaluación de la guía	100
Sistema de registro: figuran explícitamente los datos mínimos a recoger y dónde registrarlos	20 ^b
Período de evaluación: figura cada cuánto tiempo se debe realizar la evaluación de los indicadores de proceso y/o de resultados de la guía	100

^aPorcentaje de concordancia antes de la redefinición del criterio.

^bCriterios redefinidos tras el análisis de concordancia.

oficiosas de ámbito nacional como las publicadas por la revista *Formación Médica Continuada*. Gran parte de las GPC habían sido diseñadas y utilizadas en las propias UAP.

La valoración de la calidad de las GPC se ha efectuado por bloques, evitando los índices de cumplimiento global de difícil interpretación, si es que la tienen. El elevado número de GPC recopiladas pone en evidencia el interés de los profesionales por estos documentos de recomendaciones, como ayuda para ellos y para sus pa-

cientes. En gran parte de los países desarrollados se ha observado esta gran profusión de protocolos o GPC cuya calidad es bastante mejorable^{14,15}.

Los bloques en que se han encontrado mayores deficiencias son la identificación de la evidencia, la previsión de las condiciones para su aplicación, la identificación de los participantes en la elaboración y la evaluación del impacto. La importancia de las referencias bibliográficas como soporte a las recomendaciones y la evaluación

son deficiencias comúnmente encontradas en nuestro medio^{12,13}. Estos déficit son los que separan un protocolo, fruto del consenso de criterios clínicos que emana de un grupo de trabajo más o menos local, de una GPC, cuyos elementos esenciales son la solidez de la evidencia en que basan sus recomendaciones y la importancia que reconoce a las condiciones para su implementación. Para el estudio se han seleccionado los problemas de salud relacionados con el riesgo cardiovascular porque cumplen los

TABLA 2. Cumplimiento de los criterios de calidad de los protocolos

Criterio	No se aplica	N válido	Porcentaje cumplimiento	Porcentaje bloque
1. Descripción del problema	0	101	59,4	
2. Identificación usuarios	0	108	63,5	
3. Definición de población diana	0	135	79,4	
4. Período de validez	0	23	13,5	
Descripción general (% medio)				54
5. Autores	0	75	44,1	
6. Revisión por expertos	0	42	24,7	
7. Pre-test	0	0	0,0	
Personas involucradas en diseño (% medio)				23
8. Bibliografía	0	65	32,8	
9. Búsqueda bibliográfica	0	11	6,5	
10. Riesgos/beneficios	0	30	17,6	
Evidencia (% medio)				19
11. Índice	23	31	21,1	
12. Plan diagnóstico	0	163	95,3	
13. Tratamiento	1	83	49,1	
14. Plan de seguimiento	0	145	85,3	
15. Derivación	2	110	65,5	
Claridad del procedimiento clínico (% medio)				63
16. Recursos necesarios	0	1	0,6	
17. Previsión de problemas	0	16	9,4	
18. Difusión	1	1	0,6	
Aplicación (% medio)				4
19. Indicadores	0	54	31,8	
20. Sistema de registro	0	77	45,3	
21. Período de evaluación	0	20	11,8	
Evaluación y medida del impacto (% medio)				30

criterios generalmente aceptados para elaborar una GPC¹⁹.

Los resultados son coincidentes con una reciente evaluación de todo tipo de protocolos utilizados en la atención primaria de Murcia, ya que, si bien los criterios utilizados no son iguales, también encuentran grandes deficiencias en su soporte bibliográfico y en la previsión de las condiciones de evaluación¹². Por otra parte, los protocolos elaborados por la revista *Formación Médica Continuada*, aunque de una mayor calidad, presentan deficiencias en la previsión de las condiciones de evaluación y en los recursos necesarios, coincidiendo con nuestro estudio, así como en los criterios de inclusión de pacientes¹¹.

Según el modelo diseñado para la evaluación, se ha elaborado una propuesta adaptada a las condiciones actuales de las GPC de atención primaria de acuerdo con las consideraciones siguientes. Los 21 criterios abarcan todos los aspectos relevan-

tes de la calidad de una GPC, aunque la precisión de sus exigencias podría ampliarse.

En el bloque de *descripción general* deben identificarse de forma precisa el problema de salud que va a abordarse y los beneficios sanitarios esperados, así como la identificación de los profesionales que van a utilizarla (médicos generales, pediatras, enfermeras...) y el segmento de población a la que se desea aplicar la guía (edad, sexo, gravedad, comorbilidad...). En este apartado general no deben faltar la fecha de elaboración ni la aconsejada para su revisión, teniendo en cuenta que difícilmente mantendrá su validez en un plazo superior a 3 o 5 años. Deben indicarse las fuentes de financiación de la guía y los conflictos de intereses que puedan existir.

Es necesario identificar a las *personas involucradas en el diseño*, a sus autores directos (profesionales, Administración e incluso pacientes) con sus cargos u ocupaciones, debiendo

estar representados todos los grupos implicados en el procedimiento. Debe constar si ha sido revisada externamente por algún panel de expertos u organización de prestigio. También debe indicarse si la guía ha sido pilotada en un ámbito restringido de forma previa a su publicación, muy recomendable para identificar y corregir problemas prácticos antes de su lanzamiento general.

El bloque sobre *evidencia* debe recoger las fuentes utilizadas para formular las recomendaciones, elemento que aporta la solidez necesaria a las GPC. Además de las reseñas bibliográficas, es necesario precisar las bases de datos electrónicas utilizadas y la estrategia seguida para la búsqueda bibliográfica, incluyendo las palabras clave, de forma que cualquier usuario pueda volver a obtener las referencias repitiendo el procedimiento. Deben estar descritos los criterios utilizados para incluir/excluir la evidencia y un nexo claro entre las recomendaciones y la

evidencia en la que se han basado. También es necesario tratar de expresar los resultados esperados en términos de salud y beneficios respecto de otros tratamientos alternativos, así como los riesgos que pueden derivarse de la formulación de las recomendaciones.

La GPC debe tener la suficiente *claridad del procedimiento clínico* que haga sencilla su lectura y comprensión a los que serán sus usuarios. La claridad debe estar especialmente asegurada para las principales recomendaciones y en la parte que se describen los procedimientos clínicos. Contribuye a ello, además de un índice paginado, el que los planes diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento se describan con precisión. Los algoritmos que contemplan las distintas alternativas y criterios son un elemento esencial que aporta claridad. Finalmente, en el ámbito de la atención primaria no deberían faltar los criterios para la interconsulta a otros profesionales (otros profesionales del centro, especialistas, asistente social...).

Sabemos que no es suficiente con dejar sobre la mesa una GPC que, por lo demás, aunque se ha diseñado perfectamente, no se aplica sola, por lo que deben contemplarse las condiciones que posibiliten su *aplicación* o implementación. Es necesario que recoja la previsión de los problemas potenciales que pueden derivarse de su aplicación teniendo en cuenta la organización, actitudes y rutinas actuales. No puede olvidarse el tipo de formato, magnético o papel, ni las condiciones de distribución y publicidad de la GPC, materiales o documentos adicionales, para garantizar que los profesionales-usuarios la conozcan y la apliquen, e incluso para los pacientes. También podemos tener importantes problemas de aplicabilidad si no hacemos una adecuada previsión de los recursos humanos y materiales necesarios. Finalmente, en el bloque de *evaluación y medida del impacto* se deben establecer los indicadores a utilizar, los datos mínimos a recoger, quién debe recogerlos, en qué sistema de registro, así como la mención al período deseable para la evaluación periódica.

Seguramente, en nuestro medio, la falta de un procedimiento de referencia accesible a los profesionales que elaboran las recomendaciones está retrasando el salto del concepto de

protocolo al de GPC, donde la evidencia alcanza mayor peso^{22,23}.

Para concluir, pensamos que es recomendable el impulso a la elaboración de GPC de calidad que sustituyan progresivamente a las actuales, con objeto de mejorar el manejo de los problemas de salud más prevalentes en el ámbito de la atención primaria.

Agradecimientos

A Rosa M. Rico Iturrioz, del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad, que tuvo la amabilidad de leer el manuscrito y realizar valiosos comentarios. A los responsables de las unidades de atención primaria que tuvieron la deferencia de atender a nuestras encuestas.

Bibliografía

1. Mc Pherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med* 1982; 307: 1310-1314.
2. Chassin MR, Brook RH, Park RE, Keesey J, Fink A, Kosekoff J et al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. *N Engl J Med* 1986; 314: 285-290.
3. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. En: Field MJ, Lohr KN, editores. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
4. Hayward R, Wilson M, Tunis S, Bass E, Rubin H, Brian R. More informative abstracts of articles describing clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1993; 118: 731-737.
5. Murillo E. Protocolos. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 659-660.
6. Rodríguez F, Ortún V. Los protocolos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 309-316.
7. Garrigues V, Ponce J, Del Val A. Guías para la práctica clínica. ¿Una solución para la incertidumbre de las decisiones médicas? *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 219-223.
8. Guerra Romero L, Del Río del Busto A. Guías de práctica clínica: ¿merece la pena su desarrollo? *Med Clin (Bar)* 1995; 105: 257-260.
9. Jovel 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.
10. Saura J, Saturno P y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su

diseño y elaboración. *Aten Primaria* 1996; 18: 91-96.

11. Leal M, Saura J, Saturno P. Evaluación de protocolos del programa FMC. ¿Cumplen los criterios para la elaboración de protocolos clínicos? *Aten Primaria* 1997; 19: 426-430.
12. Saura J, Saturno P, Gascón J, López M, Gaona J 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.
13. Medina F, Torres A, Saura J, Saturno J et al. Evaluación de la calidad de los protocolos clínicos de fisioterapia elaborados en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 520-525.
14. Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *Br Med J* 1998; 317: 862-863.
15. Littlejohns P, Cluzeau F, Bale R, Grimshaw J, Feder G, Moran S. The quantity and quality of clinical practice guidelines for the management of depression in primary care in the UK. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 205-210.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING). An introduction to SING methodology for the development of evidence-based clinical guidelines. Edinburgo: 1998.
17. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams P, Higgins B, Purves I et al. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. *Br Med J* 1996; 312: 760-762.
18. Office of the National Health and Medical Research Council. Quality of Care and Health Outcomes Committee. Canberra: 1995.
19. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Les recommandations pour la pratique clinique, base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: ANDEM, 1997.
20. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G. European Union Critical Appraisal Instrument for Clinical Guidelines (EUCAIG). Borrador. Londres: St George's Hospital Medical School, 1999.
21. Kleijnen J, Bonsel G. Guidelines and quality of clinical services in the new NHS. *Br Med J* 1998; 316: 299-300.
22. Casi A, Aizpuru F, Ibáñez F, Mújica J, Torrabadella S. Efectividad de los protocolos sobre riesgos cardiovasculares en el País Vasco. *Aten Primaria* 2000; 26: 287-292.
23. Casi A, Aizpuru F, Ibáñez F. Análisis de la utilización de protocolos clínicos para el control de enfermos crónicos en la atención primaria. Informe OSTEBA (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (en prensa).