

COMENTARIO EDITORIAL

¿Podemos mejorar la implementación de las guías de práctica clínica?

Can we improve the implementation of clinical practice guidelines?

Carlos Brotons

Unidad de Investigación, EAP Sardenya, Barcelona, España

Disponible en Internet el 29 de abril de 2009

Uno de los retos más importantes en la elaboración de las guías de práctica clínica es que, una vez publicadas, los profesionales de la salud las apliquen en las consultas para mejorar la efectividad y la calidad de la asistencia sanitaria. Las recientes guías europeas de prevención cardiovascular¹ dedican un capítulo entero a su implementación y resaltan las posibles barreras con las que nos podemos encontrar. También facilitan algunos aspectos prácticos no sólo de ámbito europeo, sino también de ámbito local, como la creación de un grupo multidisciplinario donde estén representadas las diferentes sociedades científicas, la realización de programas educativos, auditorías y *feedback*, así como el hecho de disponer de una herramienta que estime, por ejemplo, el cálculo de riesgo cardiovascular de una manera automática a través de la información volcada en las historias clínicas informatizadas. Hay una serie de recomendaciones generales seguramente aplicables a diferentes entornos respecto a la difusión e implementación de las guías. Sin embargo, los factores que seguramente tienen más peso son los factores locales, que dependen del sistema sanitario propio de un país y de los modelos organizativos de la atención primaria. Para saber si diferentes estrategias para mejorar la implementación de las guías culminan en una mejora de la efectividad, se pueden realizar desde estudios de intervención antes-después sin grupo control hasta ensayos clínicos, y distribuir de forma aleatorizada a los profesionales o centros a un grupo control o intervención. Indudablemente, este último es el modelo más óptimo, y será el que podrá responder de una manera más convincente a la pregunta de si la intervención es más efectiva o no.

Recientemente se ha publicado en Canadá el estudio CHECK-UP², que evaluó la efectividad mediante un diseño de ensayo clínico con una estrategia consistente en educar a los pacientes sobre el concepto de riesgo cardiovascular mostrándoles su propio riesgo y en observar si mejoraban los objetivos terapéuticos en sus concentraciones de lípidos como consecuencia de esta intervención. Los resultados de este estudio tienen una cara positiva y otra negativa. La primera, es que observaron resultados anuales estadísticamente significativos en las reducciones medias del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad y en la razón entre colesterol total y el colesterol ligado a las lipoproteínas de

alta densidad cuando comparaban el grupo intervención con el grupo control. También observaron diferencias en la probabilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos (*odds ratio* de 1,26; intervalo de confianza del 95%: rango de 1,07 a 1,48). La cara negativa de este estudio es que, aunque los resultados fueron estadísticamente significativos, el impacto de la intervención fue muy pequeño y probablemente no sea clínicamente significativo. Por ejemplo, la diferencia observada en el colesterol total entre ambos grupos fue sólo de -3,3 mg/dl. Además, no se observaron diferencias en el subgrupo de pacientes de riesgo más alto. Sin duda, los resultados del estudio CHECK-UP demuestran que discutir el riesgo cardiovascular con los pacientes es «estadísticamente» efectivo, pero el impacto clínico seguramente es muy pequeño. Se necesitará realizar más estudios como éste para ver si se confirman o no los resultados obtenidos.

Otro estudio también recientemente publicado es el estudio EUROACTION, donde participaron 8 países europeos incluida España³. Este estudio pretendía demostrar que en los centros de atención primaria (y también en hospitales para prevención secundaria) en los que se ofrecía una intervención bien estructurada a los pacientes de alto riesgo y sus familiares a cargo de personal de enfermería muy bien entrenado, se conseguía mejorar los objetivos referidos a cambios de estilos de vida y terapéuticos. De una manera resumida, los resultados obtenidos fueron que en los pacientes y familiares de los centros intervención se observó un aumento del consumo de frutas y verduras y también diferencias en los porcentajes de pacientes que llegaban a los objetivos terapéuticos con antihipertensivos. Sin embargo, no observaron diferencias en el consumo de tabaco ni en los objetivos terapéuticos del tratamiento hipolipemiante.

El artículo original⁴ que se publica en este número de la revista va en la línea de los otros 2 estudios comentados, y se trata de otro ejemplo de cómo mejorar la implementación de las guías de práctica clínica, mediante la presentación de una estrategia concreta para mejorar el control de los factores de riesgo y tratamientos profilácticos en pacientes diabéticos. Se diseñó un estudio quasi experimental con 2 centros de salud, en el que a un centro se le ofrecía una intervención multicompetente para disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes y el otro centro actuaba como control. Los investigadores observaron importantes diferencias en la estimación del riesgo cardiovascular a favor

del centro intervención (una mejora en el tratamiento antiagregante), pero no observaron diferencias significativas en las pautas del tratamiento anhipertensivo o hipolipide-miante.

- La implementación de las recomendaciones de las guías en la práctica clínica está sujeta a diferentes barreras y limitaciones
- Es pertinente realizar estudios que evalúen la efectividad de diferentes estrategias para mejorar la implementación de las guías.
- Las estrategias para mejorar la implementación de las guías no se pueden considerar como una intervención puntual, sino que deberían ser duraderas en el tiempo.

Aunque en todos estos estudios se observan tanto resultados positivos como negativos, su realización es muy necesaria, ya que permite generar propuestas para mejorar la implementación de las recomendaciones en las consultas, tanto de ámbito europeo como de ámbito local. Un aspecto común a todas las estrategias para mejorar la implementación de las guías y, por tanto, la efectividad de las intervenciones, es que no se pueden considerar como una intervención puntual, sino que deben ser duraderas en el tiempo; otro aspecto es que seguramente las diferentes estrategias no son excluyentes, sino que más bien se podrían complementar unas con otras, como por ejemplo «intervenir» tanto sobre los profesionales de salud como sobre los pacientes.

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.007

Bibliografía

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007;14(Suppl 2):S1–S113.
2. Grover SA, Lowenstein I, Joseph L, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, et al. Patient knowledge of coronary risk profile improves the effectiveness of dyslipidemia therapy. The Check-UP study: A randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2007;167:2296–303.
3. Wood D, Kotseva K, Connolly D, Jennings C, Mead A, Jones J, EUROACTION study Group, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371:1999–2012.
4. Antonio Hormigo Pozo, María Ángeles Viciana López, Leonor Gómez Jiménez, María Dolores Gallego Parrilla, Javier Orellana Lozano y José Miguel Morales Asencio, et al. Mejora de la efectividad en el manejo del riesgo cardiovascular de pacientes diabéticos tipo 2 en atención primaria. AtenPrimaria. 2008. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.006.