

Comparación de la calidad de dos guías de práctica clínica en el cáncer colorrectal mediante el sistema AGREE

Manuel Romero-Simó^a, M. Teresa Gea Velásquez de Castro^b y Jesús Aranaz-Andrés^c

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario. Alicante. Departamento de Patología y Cirugía. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España.

^bDepartamento de Salud Pública. Hospital General Universitario. San Juan de Alicante. Alicante. España.

^cDepartamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España.

Resumen

Introducción. Las guías de práctica clínica deben estar adaptadas a la población en la que se van a aplicar. Esto trae consigo la necesidad de someterlas a un proceso de validación de su calidad. El instrumento AGREE es una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica, tanto nuevas como las ya existentes, en la evaluación de la calidad metodológica de éstas.

Material y método. Hemos sometido a evaluación la guía de práctica clínica en el cáncer colorrectal original elaborada por el Royal College of Surgeons of England y la Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (RCSE-ACGBI) por un lado, y la guía elaborada por el grupo de la Sociedad Valenciana de Cirugía (SVC) por otro; en ambos casos se empleó el instrumento AGREE. Consiste en 23 ítems clave organizados en 6 áreas, cada una de las cuales intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía. Cada ítem está graduado mediante una escala de 4 puntos desde el 4 “muy de acuerdo” hasta el 1 “muy en desacuerdo”, que mide la intensidad con la que un criterio (ítem) ha sido cumplido.

Resultados. Al comparar las puntuaciones estandarizadas por áreas, no hay diferencias significativas entre ambas guías en la mayoría de las áreas, salvo en 3: área 2 (participación de los implicados) (SVC, 66% y RCSE-ACGBI, 73%), área 5 (aplicabilidad) (SVC, 52% y RCSE-ACGBI, 47%) y área 6 (independencia editorial) (SVC, 58%, y RCSE-ACGBI, 71%). En la comparación por ítems, solo hay diferencias significativas en 2: ítem 7 en el que se pregunta textualmente: ¿La guía ha sido probada entre los usuarios

diana?; ítem 23: ¿Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo? En el análisis de los grados de recomendación, en la guía de la SVC se realizan 7 recomendaciones más que en la guía inglesa, 3 de tipo A y 4 de tipo C. En ambas guías el tipo de recomendación predominante es el B (el 49 y el 57%, respectivamente); las de tipo A y C son más frecuentes en la guía de la SVC.

Conclusiones. Ante el dilema de “elaborar nuevas guías o adaptar las ya existentes” podemos responder: a) si hay una GPC, es más eficiente su adaptación al medio que elaborar una nueva; b) si el tiempo ha revelado evidencias, es el momento de incorporarlas a la GPC adaptada, y c) es recomendable revisar el cumplimiento de la GPC para garantizar su operatividad y así alcanzar la premisa de “pensar de forma global y actuar de forma local”.

Palabras clave: Guía de práctica clínica. Cáncer colorrectal. Instrumento AGREE.

COMPARISON OF THE QUALITY OF TWO CLINICAL PRACTICE GUIDES IN COLORECTAL CANCER USING THE AGREE SYSTEM

Introduction. Clinical practice guidelines (CPG) must be adapted to the population in which we apply them, therefore it is important that their quality is validated. AGREE Collaboration is a tool mainly designed for helping CPG providers and users in the evaluation of their methodological quality.

Material and method. We have compared two colorectal cancer CPG (the original guidelines were prepared by Royal Collage of Surgeons of England (RCSE) and the other by the Valencian Society of Surgery (SVC). We used the AGREE Collaboration in both cases. This consists of 23 items organised into 6 areas. Each item is graded on a 4 point scale which measured the item accomplishment, from 4 points (complete agreement) to 1 point (complete disagreement).

Correspondencia: Dr. M. Romero Simó.
Cabañal, 5, 5.º W. 03016 Alicante. España.
Correo electrónico: mromero@umh.es;
manuelromero686@hotmail.com

Manuscrito recibido el 12-11-2007 y aceptado el 31-1-2008.

Results. We observed no significant differences between both guidelines, except in 3 areas: Area 2 (participation of people involved in the study) (SVC: 66% vs RCSE: 73%); Area 5 (Applicability) (SVC: 52% vs RCSE: 47%) and Area 6 (Editorial Independence) (SVC: 58% vs RCSE: 71%). Neither were there any significant differences between items, except in two cases: Item 7: the question is: Are the guidelines tested in target users?; Item 23: ¿Is there any conflict of interests between members of the group which contributed to guidelines' development?. SVC guidelines performed 7 recommendations more than the English one, 3 of type A and 4 of type C. In both guidelines the most frequent type of recommendation is B (49% and 57% respectively). Types A and C are more frequent in SVC guidelines.

Conclusions. a) If CPG exist, it is more efficient to adapt them to the local setting than to prepare them "de novo"; b) When new evidence is available, then this should be added to the adapted GPC and c) It is recommended to review compliance to the CPG in order to guarantee their workability.

Key words: Clinical practice guidelines. Colorectal cancer. AGREE Collaboration.

Introducción

Desde el nacimiento, en 1989, de las denominadas *clinical practice guidelines* como respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria, estas diversas acepciones han ido extendiéndose en el mundo occidental sanitario por servicios clínicos y hospitalares, promovidas por organizaciones médicas nacionales y sociedades profesionales. Sin embargo, parece que aún se adolece de estrategias adecuadas para su implantación y, más aún, para una evaluación científica de los resultados que aportan en la realidad clínica en términos de calidad y eficiencia¹.

Antes de comenzar la elaboración de una guía de práctica clínica (GPC), debemos seleccionar la condición clínica que la motiva. Ésta debe ser un problema prevalente y con una variabilidad clínica importante, no explicable por las diferencias de recursos ni por el tipo de pacientes, si no achacable a la calidad de la actuación de los profesionales, en la que exista suficiente evidencia científica. El proceso de elaboración de la GPC, que puede durar entre 9 meses y 2 años, podría ajustarse a las siguientes etapas²: a) identificar la condición clínica sobre la que versará la guía; b) especificar posibles resultados (clínicos, económicos) a tener en cuenta (factibilidad de aplicación de la GPC); c) revisión sistemática de las evidencias científicas (ver si hay otras GPC; si éstas son de calidad, seleccionar la más reciente y contextualizarla); d) redacción de la versión preliminar; e) revisión externa, por expertos, de esta versión; f) realización de una prueba piloto; g) redacción de la versión definitiva (formato extenso, formato breve [¿algoritmos?] y versión para pacientes); h) diseminación de la GPC a los potenciales usuarios; i) evaluación del proceso de implementación de la GPC (factor impacto y definición de indicadores), y j) actualizaciones.

La Sociedad Valenciana de Cirugía (SVC), consciente de la necesidad de consensuar periódicamente la actitud diagnosticoterapéutica de la patología quirúrgica general y digestiva en dicha comunidad, comenzó a realizar las correspondientes actualizaciones en determinados procesos. La primera de ellas fue la guía de práctica clínica en el cáncer colorrectal (CCR). Esta guía ha de valorarse desde la perspectiva de cada servicio de cirugía y de cada hospital, y es evidente que los avances científicos y el tiempo han de relativizar su valor.

Para su elaboración, la SVC seleccionó a un amplio grupo de personas con especial dedicación a este tema en la comunidad. El proceso de selección de expertos es clave en esta metodología y suele basarse en 3 criterios: a) ser profesionales con mucha experiencia y reconocido prestigio en el tema tratado; b) procurar una representación proporcionada de especialistas según el ámbito abarcado por el estudio (nacional, autonómico, provincial, comarcal, local), y c) incentivar el carácter multidisciplinario de los grupos de trabajo, incluyendo especialistas con opiniones notoriamente discrepantes sobre el procedimiento evaluado.

El grupo de trabajo sobre CCR de la SVC está constituido por cirujanos, gastroenterólogos, oncólogos, patólogos y radioterapeutas con especial dedicación en su centro de trabajo a esta patología, que contaron además con el asesoramiento de profesionales en el campo de la epidemiología.

Inspirándose en las guías homónimas de Reino Unido (Royal College of Surgeons of England y Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland)³ y Estados Unidos (American College of Surgeons y American Society of Colon and Rectal Surgeons)⁴, y tras su análisis, se decidió tomar como documento base de trabajo la guía realizada por los ingleses, dado su impecable diseño, pero con modificaciones que la hiciesen más adaptable al medio en que trabajamos.

Siguiendo el modelo de medicina basada en la evidencia, hay que valorar cada una de las directrices según un sistema en que se contemple su grado de evidencia, y después de razonarlas, y en función de esos grados de evidencia, la guía debe emitir la correspondiente recomendación, que también deberá someterse a una escala de gradación. En el caso de la guía de práctica clínica en el CCR de la Sociedad Valenciana de Cirugía^{5,6}, se utilizó un sistema diseñado por la Health Services Research Unit de la Universidad de Aberdeen (tabla 1).

Al realizar la revisión sistemática de la evidencia científica, se investigó si había GPC previas y, por su diseño y calidad, se seleccionó la Guía del Royal College of Surgeons of England y Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (RCSE-ACGBI) como documento base de trabajo, a fin de contextualizarla y adaptarla a nuestro medio.

Pero las guías de práctica clínica deben estar adaptadas a la población en que se van a aplicar, sobre todo por el lenguaje y las diferencias culturales, esto trae consigo la necesidad de someterlas a un proceso de validación de su calidad. Para lograrlo hemos sometido a evaluación la guía original (inglesa), por un lado, y la guía elaborada por nosotros, por otro lado; en ambos casos se empleó el denominado instrumento AGREE⁷, que es

TABLA 1. Grados de evidencia y recomendación según el sistema diseñado por la Health Services Research Unit de la Universidad de Aberdeen

Grado de evidencia

- Ia Evidencia obtenida de metaanálisis o estudios prospectivos aleatorizados
- Ib Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio prospectivo aleatorizado
- IIa Evidencia obtenida de al menos un estudio prospectivo bien diseñado, aunque no sea aleatorizado
- IIb Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado semiexperimental
- III Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, así como estudios comparativos, de correlación y de casos clínicos
- IV Evidencia obtenida de publicaciones de comités de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de autoridades en la materia

Grado de recomendación

- A Se requiere de al menos un ensayo prospectivo aleatorizado como parte de la bibliografía que recomienda la adopción de dicha medida (niveles Ia, Ib)
- B Se requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien realizados, aunque no haya ensayos prospectivos aleatorizados a la hora de recomendar una medida determinada (niveles IIa, IIb, III)
- C Se requiere la evidencia de publicaciones de un comité de expertos y/o la experiencia clínica de autoridades en la materia. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables (nivel IV)

el único que contiene, al menos, una pregunta para cada uno de los atributos que debe exigirse a una GPC.

El instrumento AGREE es una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica, tanto nuevas como las ya existentes o actualizaciones, en la evaluación de la calidad metodológica de éstas, independientemente del tema y por cualquier profesional sanitario, gestores o pacientes⁸.

Se entiende por calidad de las guías de práctica clínica la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía han sido señalados de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas, tanto interna como externamente, y se pueden llevar a la práctica. Este proceso incluye valorar los beneficios, daños y costes de las recomendaciones, así como los aspectos prácticos que conllevan. Por tanto, la evaluación incluye juicios acerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación.

El proyecto AGREE surgió con este propósito y con el objetivo final de aumentar la aceptación y el uso de las propias GPC. Actualmente tenemos la ventaja de que este instrumento está validado en castellano².

Dentro de la colaboración AGREE se están desarrollando nuevos esfuerzos con el fin de formar una base de datos de libre acceso. En ésta se incluirían las GPC probadas y validadas por el instrumento AGREE y que, por tanto, tienen garantía de calidad en sus recomendaciones, de cara a la toma de decisiones en los servicios sanitarios.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de las 2 GPC, la original (inglesa) y su adaptación a nuestro medio (guía de la SVC) mediante el instrumento AGREE.

Material y método

AGREE consiste en 23 ítems clave organizados en 6 áreas, cada una de ellas intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía. Estas áreas son:

- Alcance y objetivo (ítems 1-3). Se refiere al propósito general de la guía, las preguntas clínicas específicas y la población diana de pacientes.
- Participación de los implicados (ítems 4-7). Se refiere al grado en que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
- Rigor en la elaboración (ítems 8-14). Hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- Claridad y presentación (ítems 15-18). Se ocupa del lenguaje y el formato de la guía.
- Aplicabilidad (ítems 19-21). Hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y costes.
- Independencia editorial (ítems 22-23). Tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

Cada guía debe ser valorada por, al menos, 2 evaluadores y preferiblemente por 4, dado que esto aumentará la fiabilidad de la evaluación.

Cada ítem está graduado mediante una escala de Liker de 4 puntos, desde el 4, "muy de acuerdo", hasta el 1, "muy en desacuerdo", con 2 puntos intermedios: 3, "de acuerdo", y 2, "en desacuerdo". La escala mide la intensidad con la que un criterio (ítem) ha sido cumplido.

Las puntuaciones de las distintas áreas pueden calcularse sumando todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizando el total como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área.

Las puntuaciones de las 6 áreas son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad, y son útiles para comparar guías y apoyar la decisión sobre si utilizar o recomendar una guía de práctica clínica.

Según el instrumento AGREE, al final de la evaluación hay un apartado para una evaluación global que, aunque subjetiva, debe tener en cuenta no sólo el rigor científico del proceso de elaboración, sino también las valoraciones prácticas de su aplicación, de forma que la guía puede ser:

1. GPC "muy recomendada": si la GPC puntuó 3-4 en la mayoría de los ítems, y la puntuación por áreas supera los 60 puntos.

2. GPC "recomendada con condiciones o modificaciones": si el porcentaje de ítems que puntuó alto y bajo es similar y las puntuaciones por áreas alcanzan valores de 30-60, en cuyo caso podrían realizarse modificaciones y volver a evaluarla o podría recomendarse si no hubiera más guías sobre el tema.

3. GPC "no recomendada": si los valores obtenidos son inferiores a los anteriores, tanto por ítems como por áreas.

Ambas guías fueron sometidas al juicio de 4 evaluadores externos.

Resultados

En la tabla 2 se pone como ejemplo el cálculo de las puntuaciones del área 1: alcance y objetivo de la guía de la SVC. Estos cálculos se hicieron para cada una de las 6 áreas de cada una de las guías, pero con el fin de facilitar la exposición se han sintetizado los resultados finales en la tabla 3, donde se comparan las puntuaciones estandarizadas de ambas guías.

Al comparar las puntuaciones estandarizadas por áreas, observamos que los porcentajes de la guía de la SVC en 3 áreas superaron los porcentajes de la guía RCSE. Por tanto, no hubo diferencias significativas entre ambas guías en la mayoría de las áreas, salvo en 3: área 2 (participación de los implicados) (SVC, 66% y RCSE-ACGBI, 73%), área 5 (aplicabilidad) (SVC, 52% y RCSE-ACGBI, 47%) y área 6 (independencia editorial) (SVC, 58% y RCSE-ACGBI, 71%).

TABLA 2. Instrumento AGREE. Área 1: alcance y objetivo de la guía de la Sociedad Valenciana de Cirugía

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
Evaluador 1	4	4	4	12
Evaluador 2	3	4	3	10
Evaluador 3	4	4	4	12
Evaluador 4	4	4	4	12
Total	15	16	15	46

Máxima puntuación posible = 4 (muy de acuerdo) × 3 (ítems) × 4 (evaluadores) = 48
 Mínima puntuación posible = 1 (muy en desacuerdo) × 3 (ítems) × 4 (evaluadores) = 12
 La puntuación estandarizada del área será:
 $(\text{Puntuación obtenida} - \text{mínima puntuación posible}) / (\text{máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}) = (46 - 12) / (48 - 12) = 34 / 36 = 0,94 \times 100 = 94\%$

TABLA 3. Comparación de las puntuaciones estandarizadas entre ambas guías

Área	SVC	RCSE-ACGBI
1. Alcance y objetivo	94%	94%
2. Participación de los implicados	66%	73%
3. Rigor en la elaboración	83%	81%
4. Claridad y presentación	85%	87%
5. Aplicabilidad	52%	47%
6. Independencia editorial	58%	71%

Si efectuamos la comparación por ítems (tabla 4), sólo hay diferencias significativas en 2: ítem 7 en el que se pregunta textualmente: ¿La guía ha sido probada entre los usuarios diana? y en el ítem 23 que cuestiona: ¿Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo?

Al efectuar el análisis de los grados de recomendación en ambas guías (tabla 5), nos damos cuenta de que en la guía de la SVC se realizan 7 recomendaciones más que en la guía inglesa, 3 de tipo A y 4 de tipo C. En ambas guías el tipo de recomendación predominante es el B (el 49 y el 57%, respectivamente); las de tipo A y C son más frecuentes en la guía de la SVC.

Discusión

Cada vez es más frecuente que lleguen a nuestras manos documentos denominados GPC, con gran variabilidad en el desarrollo de su metodología, e incluso en las recomendaciones propuestas, lo que crea desconfianza en un instrumento cuyo objetivo es mejorar la toma de decisiones y disminuir la variabilidad⁹. Tanto en nuestro país como en otros se ha llevado a cabo estudios para conocer si las GPC publicadas cumplen los requisitos mínimos^{10,11} para evitar los sesgos potenciales producidos en su desarrollo, con resultados que demuestran su baja calidad, sin duda, esto está corroborado por el hecho de que, a pesar de ser una herramienta sumamente útil para la toma de decisiones clínicas, su aceptación por parte de los profesionales sanitarios sigue siendo escasa, así como su implantación.

Conocer los criterios mínimos de calidad de una GPC y cómo localizarlos es suficiente para reconocer aquellas que deben valorarse y utilizarse. Además, la búsqueda de GPC en organizaciones de prestigio en su elaboración, evaluación y recopilación, nos aportará documentos de calidad.

TABLA 4. Comparación de los ítems en que hay diferencias entre ambas guías

Área	Ítems
1. Alcance y objetivo	No
2. Participación de los implicados	6 y 7 ^a
3. Rigor en la elaboración	9, 11, 13 y 14
4. Claridad y presentación	15 y 18 ^b
5. Aplicabilidad	19 ^b
6. Independencia editorial	22 y 23 ^a

^aÍtems en que la diferencia entre ambas guías es de 4 puntos.

^bÍtems en que la diferencia entre ambas guías es de 2 puntos.

En el resto de los ítems, la diferencia entre ambas guías es de sólo 1 punto.

TABLA 5. Comparación de los grados de recomendación por epígrafes entre ambas guías

	Guía SVC	Guía RCSE-ACGBI
Diagnóstico	A: 0; B: 4*; C: 5*	A: 0; B: 3; C: 2
Accesibilidad al tratamiento	A: 0; B: 3; C: 0	A: 0; B: 3; C: 0
Preparación para la cirugía	A: 3; B: 0; C: 3	A: 3; B: 0; C: 3
Cirugía electiva	A: 0; B: 6; C: 1	A: 0; B: 6; C: 1
Cirugía de urgencia	A: 0; B: 2*; C: 2*	A: 0; B: 3; C: 1
Tratamiento adyuvante	A: 4*; B: 3*; C: 0*	A: 2; B: 2; C: 1
Tratamiento de la enfermedad avanzada	A: 1; B: 2; C: 1	A: 1; B: 2; C: 1
Resultados	A: 2; B: 3; C: 0	A: 2; B: 3; C: 0
Seguimiento	A: 1*; B: 2; C: 3*	A: 0; B: 2; C: 2
Anatomía patológica	A: 0; B: 1; C: 0	A: 0; B: 1; C: 0
Total	51	44
Recomendaciones A, B, C (n)	A: 11*; B: 25*; C: 15*	A: 8*; B: 25*; C: 11*
Recomendaciones A, B, C (%)	A: 21,5%; B: 49%; C: 29,5%	A: 18%; B: 57%; C: 25%

*Grados de recomendación que diferencian ambas guías.

En el momento actual, además del instrumento AGREE, sólo existe otra escala validada que valora la calidad de las GPC (Shaneyfelt et al¹²), pero un estudio comparativo entre estos 2 instrumentos¹³ muestra que el instrumento AGREE, además de ser el que en este momento cuenta con mayor aceptación y con un formato más manejable, es el que consigue una agrupación de criterios más clara y completa, aunque quedan poco representados los aspectos relacionados con la implantación.

En nuestro estudio las guías han sido evaluadas con ese instrumento por 4 evaluadores con formación específica, por lo que se puede considerar que los resultados obtenidos son bastante fiables.

Al comparar las puntuaciones estandarizadas por áreas (tabla 3), se observa que los porcentajes son más que aceptables, ya que no hay diferencias significativas entre ambas guías en la mayoría de las áreas. Teniendo en cuenta la evaluación global, ambas guías entrarían en el epígrafe de "muy recomendadas", ya que puntúan 3-4 en la mayoría de los ítems, y la puntuación por áreas, salvo el área de aplicabilidad, supera los 60 puntos. No obstante hay 3 datos importantes que comentar:

– Área 2 (participación de los implicados): la diferencia de puntuación (SVC, 66% y RCSE-ACGBI, 73%) se explicaría porque, al ser la guía inglesa anterior a la de la SVC, parecería lógico que aquella requiriese un mayor

número de implicados, y no es tan necesario en la guía de la SVC al estar basada en la anterior.

– Área 5 (aplicabilidad) (SVC, 52% y RCSE-ACGBI, 47%): la puntuación estandarizada no es muy alta, ya que muchas veces el aplicar la guía hay que transformar el funcionamiento de algunos servicios, y éste es un proceso laborioso. Por ejemplo, para que un determinado grupo de cirujanos interviniere el cáncer de recto requeriría, probablemente, distribuir el servicio de cirugía en unidades funcionales.

– Área 6 (independencia editorial) (SVC, 58% y RCSE-ACGBI, 71%): la diferencia de puntuación se debe probablemente a la interpretación de uno de los evaluadores, que valora la independencia de distribución de la guía una vez realizada, en lugar de la independencia de los autores que la elaboraron. En concreto, la distribución de la primera edición de la guía de la SVC la realiza un laboratorio farmacéutico.

Si se efectúa la comparación por ítems (tabla 4), sólo hay diferencias significativas en 2:

– Ítem 7, en el que se pregunta textualmente: ¿La guía ha sido probada entre los usuarios diana? No fue necesario hacer el estudio piloto en la guía de la SVC, porque éste se había realizado en la guía inglesa, si bien se lo sustituyó por una encuesta para valorar la realidad del manejo clínico del cáncer colorrectal en nuestro medio.

– Ítem 23, que cuestiona: ¿Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo? Si bien se considera, de forma tácita, que no había conflicto de intereses por parte de todos y cada uno de los miembros del grupo que desarrolla la guía de la SVC, en ésta no hay una declaración explícita por escrito sobre su inexistencia.

Si efectuamos el análisis de los grados de recomendación en ambas guías (tabla 5), nos damos cuenta de que en la guía de la SVC se realizan 7 recomendaciones más que en la guía inglesa, 3 de tipo A y 4 de tipo C. En ambas guías el tipo de recomendación predominante es el B (el 49 y el 57%, respectivamente); las de tipo A y C son más frecuentes en la guía de la SVC.

Centrándonos en las variaciones de las recomendaciones de mayor grado (tipos A y B) de la guía de la SVC respecto a la de RCSE-ACGBI se ve que éstas se registran en 3 epígrafes: a) diagnóstico, se añade una recomendación B; b) terapia adyuvante, hay una recomendación más de tipo B y 2 más de tipo A en la guía de la SVC (una de ellas, que es de tipo B en la guía RCSE-ACGBI), y c) seguimiento, se da una recomendación más de tipo A, que es de tipo B en la edición de la guía RCSE-ACGBI.

Se estima que sólo un 15% de las decisiones médicas están basadas en evidencia científica sobre sus resultados¹⁴, por lo tanto una cifra de un 21,5% de recomendaciones de tipo A en la guía de la SVC está muy por encima de ese 15%. Este dato apoyaría la decisión de recomendar su utilización.

El proceso de reelaboración de una GPC es costoso, requiere mucho tiempo y recursos humanos, así como personal con experiencia en el desarrollo de guías, habilidades en búsqueda bibliográfica y en lectura clínica, lo

que supone una barrera importante para la elaboración de guías en nuestro medio, sobre todo si sus autores son personal asistencial. Consecuentemente, la adaptación de las GPC de alta calidad basadas en la evidencia es una opción efectiva y eficiente, y además con ello se evita la duplicación innecesaria de esfuerzos.

Por lo tanto, y a modo de conclusión, ante el dilema de “elaborar nuevas guías o adaptar las ya existentes” podemos responder: a) si existe una GPC, es más eficiente su adaptación al medio, que la elaboración de novo; b) si el tiempo ha revelado evidencias, es el momento de incorporarlas a la GPC adaptada, y c) es recomendable revisar el cumplimiento de la GPC para garantizar su operatividad, y así alcanzar la premisa de “pensar de forma global y actuar de forma local”.

Con el instrumento AGREE se consigue aportar un instrumento sistemático de evaluación de la calidad de las GPC, con lo cual el profesional que las utiliza puede tener confianza en sus recomendaciones; los grupos elaboradores y difusores de GPC pueden seguir una metodología estructurada para garantizar dicha calidad y los sistemas sanitarios de salud y sus gestores pueden evaluar las GPC de interés para su implementación y adopción de recomendaciones, partiendo de GPC de calidad.

Bibliografía

1. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med.* 1989;321:1306-11.
2. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serna-Prat M. Metodología de diseño de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria.* 1997;20:259-66.
3. RCSE (Royal College of Surgeons of England) and ACGBI (Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland). Guidelines for the management of colorectal cancer; 1996.
4. ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons). Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum.* 1993;36:989-1006.
5. Romero M, coordinador. Guía de Práctica Clínica en el cáncer colorrectal de la Sociedad Valenciana de Cirugía [revista en internet]. Sociedad Valenciana de Cirugía. Disponible en: <http://www.svcir.com/svc/colorectal1.html>
6. Romero M, Alós R, Aparicio J, Esteban R, García J, Grau E, et al. Resumen de la guía de práctica clínica en el cáncer colorrectal de la Sociedad Valenciana de Cirugía. *Cir Esp.* 1999;65:326-30.
7. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>
8. The AGREE Collaboration. AGREE. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:18-23.
9. Field MJ, Lohr KN, editores. Clinical practice guidelines. From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
10. REDEGUIAS. Informe de evaluación de tecnologías FIS 01/1057. ICIII 2003 [citado 11 Abr 2005]. Disponible en: www.redeguias.edu.es
11. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA.* 2001;286:1461-7.
12. 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;281:1900-5.
13. Rico R, Gutiérrez I, Asua J, Navarro MA, Reyes A, Marín I, et al. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de las guías de práctica. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:457-67.
14. Black N. Research, audit and education. *BMJ.* 1992;304:698-700.