

Anexo 2. Experiencias sobre implementación de guías de práctica clínica

En este anexo se presentan experiencias vinculadas a los temas de cada capítulo del *Manual*, con el objetivo de mostrar aspectos claves de los procesos de implementación. Tras la tabla en la que se recogen las partes esenciales de la experiencia, y para enriquecer dicho contenido, los autores de cada capítulo aportan sus comentarios.

Experiencia 1 (Capítulo 2. La importancia del contexto en la implementación de GPC)

TÍTULO	Ensayo pragmático controlado aleatorizado para evaluar las guías del manejo de la infertilidad en la interfase Atención Primaria y Especializada Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, et al. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care. <i>BMJ</i> . 2001;322(7297):1282-4.
OBJETIVO	Investigar el efecto de las guías clínicas en la gestión de la infertilidad entre Atención Primaria y Especializada.
CONTEXTO	Equipos de Atención Primaria y hospitales del NHS, Servicio Británico de Salud, que reciben las derivaciones de infertilidad en el área de salud del área metropolitana de Glasgow.
BARRERAS Y FACILITADORES	Barreras: El cambio en los hábitos de prescripción es difícil de modificar. La simple diseminación de las GPC no es eficaz en sistemas de derivación complejos. Facilitadores: Una buena relación de colaboración entre los niveles asistenciales.
ESTRATEGIAS	La estrategia de implementación siguió la práctica habitual en el momento del estudio, incluyendo la distribución de las guías, sesiones de formación continuada y visitas a las consultas de medicina general; sin embargo, la asistencia a las sesiones y las visitas a los centros fueron bajas.
EVALUACIÓN	Se midió el tiempo desde la derivación hasta la consulta, las pruebas diagnósticas realizadas en Atención Primaria, el número y contenido de las visitas al especialista, el tiempo hasta la elaboración del plan de cuidados y los costes de las derivaciones.

Comentarios:

Los autores realizan una reflexión de los resultados del estudio centrados en su propio contexto organizativo. Por ejemplo con respecto a la implementabilidad de algunas recomendaciones en áreas urbanas, o las características del hospital al que se deriva, y la fuerte historia de colaboración entre primaria y especializada. Señalan, además, que la decisión sobre la derivación está influida por factores complejos que no se tiene porqué reflejar en una guía.

Experiencia 2 (Capítulo 2. La importancia del contexto en la implementación de GPC)

TÍTULO	Identificación de los factores que impiden o favorecen la aplicación de protocolos orientados a reducir las tasas de cesárea en Quebec Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. Bull World Health Organ. 2007;85(10):791-7.
OBJETIVO	Investigar las opiniones de los obstetras acerca de los protocolos clínicos relativos al manejo del trabajo de parto y el parto vaginal tras una cesárea anterior, e identificar los factores que impiden o favorecen la aplicación de esos protocolos en la práctica y las soluciones de los obstetras.
CONTEXTO	Tres hospitales de Montreal (primario, secundario y terciario) que concentran alrededor del 10% de los nacimientos en Québec (Canadá).
HERRAMIENTA UTILIZADA	Estudio cualitativo con 10 grupos focales y 6 entrevistas semiestructuradas.
BARRERAS Y FACILITADORES	Los factores que impiden o favorecen la aplicación de los protocolos se clasifican en cuatro categorías: 1. Nivel hospitalario: gestión y políticas hospitalarias. 2. Nivel departamental: políticas locales, liderazgo, factores organizacionales, incentivos económicos y disponibilidad de equipo y personal. 3. Motivaciones y actitudes de los profesionales sanitarios: problemas médico-legales, niveles de aptitud, aceptación de las directrices y estrategias para poner en práctica las recomendaciones. 4. Motivaciones de las pacientes: naturaleza de las explicaciones médicas y gestión de solicitud materna de las intervenciones médicas.
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> Formación continuada (talleres educativos centrados en las recomendaciones), con el objetivo de hacer las GPC más aceptables y útiles para los profesionales. Promoción de la educación de las mujeres sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal frente a la cesárea, con material informativo en las salas de espera, para sensibilizar a las mujeres y mejorar la comunicación entre los profesionales y las mujeres. Actividad de revisión de pares (auditoría y retroalimentación) dirigida por los líderes de opinión.
EVALUACIÓN	Los resultados de este estudio parecen indicar que, cuando se tienen en cuenta las impresiones de los profesionales sanitarios locales, es posible fomentar la adopción de las GPC. También respaldan la idea de que los obstetras procuran aplicar las prácticas óptimas, pero requieren información de carácter local que lo pruebe (en concreto para evaluar la transferibilidad de las recomendaciones) y apoyo para evaluar su forma de trabajo y mejorar su desempeño. Además, los profesionales han identificado las actividades de revisión por pares preconizadas por personas de prestigio como la estrategia más apropiada para fomentar el uso de las recomendaciones en el ejercicio de su trabajo.

Comentarios:

Los profesionales reconocen elementos clave de conocimiento del contexto: el conocimiento del entorno local en el que se van a implementar las recomendaciones de la GPC: revisión de la actividad local contrastada con las recomendaciones, y la implicación de los líderes locales en el proceso.

Experiencia 3 (Capítulo 3. Identificación de barreras y facilitadores)

TÍTULO	<p>Facilitadores y barreras para la adopción de atención perinatal basada en la evidencia en hospitales latinoamericanos: un estudio cualitativo Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. Health Educ Res. 2007;22:839-53.</p> <p>Una intervención conductual para mejorar la atención obstétrica Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizan JM, Campbell MK, Moss N, Hartwell T, Wright LL and the Guidelines Trial Group. A behavioral intervention to improve obstetrical care. N Engl J Med. 2008;358(18):1929-40.</p>
OBJETIVO	<p>Identificar barreras y facilitadores para la implementación de una guía de práctica clínica orientada a mejorar la atención del parto.</p> <p>El objetivo general del estudio fue evaluar si una intervención multifocal diseñada para la implementación de la guía mejoraría los resultados clínicos en el uso de la episiotomía selectiva y la gestión activa de la tercera fase del parto en hospitales de Latinoamérica.</p>
CONTEXTO	<p>Estudio cualitativo llevado a cabo como fase inicial de un ensayo aleatorizado de clusters en 19 hospitales públicos de Argentina y Uruguay.</p>
HERRAMIENTA UTILIZADA	<p>Para identificar fortalezas y barreras, se realizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas con jefes de servicio. • Grupos focales con 31 médicos y matronas, y 3 grupos focales con 16 embarazadas. <p>La identificación de barreras y facilitadores se estructuró sobre las fases del modelo trans-teórico de cambio descrito por Prochaska.</p>
BARRERAS Y FACILITADORES	<p>Se identificaron facilitadores y barreras para cada una de las fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la fase de introducción de nuevo conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> – Facilitadores: acceso a información clínica y a revistas científicas, asistencia a congresos, existencia de subgrupos de profesionales con interés en mejorar la práctica clínica, programas de formación MIR. – Barreras: escasez de profesionales, falta de conocimientos para interpretar la literatura científica, poca conciencia de resultados negativos en la práctica, no disponer de acceso a Internet. • En la fase de disseminación en la organización: <ul style="list-style-type: none"> – Facilitadores: difusión de información realizada por profesionales reconocidos, disseminación formal realizada por directivos. – Barreras: consideración de la información científica como no válida o irrelevante, congresos científicos de pobre calidad. • En la fase de implantación: <ul style="list-style-type: none"> – Facilitadores: liderazgo efectivo, estudios realizados en pacientes similares, presencia de profesionales motivados y de adoptantes precoces de innovaciones. – Barreras: falta de habilidades para realizar nuevas prácticas, enfoque intervencionista. • En la fase de implantación y mantenimiento/sostenibilidad: <ul style="list-style-type: none"> – Facilitadores: visión del mantenimiento de las prácticas como un desafío, implicación de los jefes de servicio, consenso de los profesionales. Disponer de guías impresas. Necesidad de recordatorios y monitorización de resultados por parte del área de gestión. – Barreras: temor al juicio negativo por parte de pares y directivos, valoración del cambio de una práctica como una imposición, falta de recursos y materiales.
ESTRATEGIAS	<p>Se implantaron estrategias adaptadas a barreras y facilitadores: mejorar la información, utilización de líderes locales, desarrollo de habilidades técnicas, mejora de recursos de evaluación, soporte continuo e implicación institucional en el apoyo a la implementación de las GPC.</p>
EVALUACIÓN	<p>La estrategia multifocal adaptada a barreras y facilitadores permitió aumentar de forma significativa los resultados primarios y secundarios, medidos durante 18 meses de intervención y 12 meses después de la intervención.</p>

Comentarios:

Trabajo realizado en hospitales de Latinoamérica con el objetivo de evaluar el efecto de una estrategia multifocal, para la mejora de la atención del parto.

Se realizó una intervención adaptada a barreras y facilitadores, identificados mediante entrevistas y grupos focales con profesionales y pacientes. Las principales barreras y facilitadores identificados fueron factores motivacionales para la introducción de nuevos hallazgos científicos, la influencia de líderes locales y formales en la adopción de nuevo conocimiento, el desarrollo de competencias en técnicas y procedimientos, y la necesidad de recursos materiales y humanos. Se obtuvieron mejoras importantes en indicadores de proceso y resultado.

Un aspecto innovador del estudio es la estructuración del análisis sobre un modelo teórico del cambio (Prochaska), consiguiendo sistematizar la exploración y priorizar facilitadores y barreras en cada fase. Asimismo, permite tener en cuenta los elementos que pueden influir para conseguir mantener la adherencia a las recomendaciones clínicas una vez acabada la intervención, aspecto que actualmente está siendo debatido como una faceta clave en la mejora de la efectividad de la práctica.

Experiencia 4 (Capítulo 3. Identificación de barreras y facilitadores)

TÍTULO	<p>Dirigiendo las barreras al cambio. Un ensayo controlado aleatorizado de formación basada en la práctica para mejorar el manejo de la hipertensión en personas mayores</p> <p>Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. Br J Gen Pract. 1999;49:522-6.</p> <p>Por qué los médicos de familia no implementan guías basadas en la evidencia. Un estudio descriptivo.</p> <p>Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. Fam Pract. 2001;18:359-63.</p>
OBJETIVO	Evaluar el efecto adicional de la exploración de barreras al cambio, para facilitar la efectividad de una intervención educativa orientada a mejorar el manejo de la hipertensión en personas mayores.
CONTEXTO	Se trata de un ensayo aleatorizado realizado en Merseyside, Inglaterra. Entre los años 1990 y 1995, los autores realizaron un estudio observacional del manejo de la hipertensión en personas mayores, encontrando que un 54% de los pacientes tratados podían considerarse controlados. Deciden poner en marcha una estrategia multifocal basada en visitas educativas. El factor diferencial entre el grupo control y el de intervención era la realización de la implementación de medidas adaptadas a las barreras en el grupo de intervención.
HERRAMIENTAS UTILIZADAS	Para el análisis de barreras y facilitadores se utilizaron entrevistas semiestructuradas en formato de grupo. La información fue grabada y transcrita, y para su exploración se utilizó análisis de contenido. En la codificación y evaluación de resultados participaron tres autores de forma independiente.

BARRERAS Y FACILITADORES	<p>Las principales barreras identificadas fueron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presión del tiempo en las visitas. • La carga de trabajo, administrativa y clínica. • Falta de apoyo entre pares. • Pobre trabajo en equipo. • Inadecuado funcionamiento del sistema informático. • Ausencia de profesionales de referencia. <p>Otras barreras identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de que la GPC no es aplicable a pacientes individuales. • Temor a añadir medicación a pacientes que tienen otras enfermedades. • Falta de conocimiento de la existencia del protocolo de hipertensión (casi la mitad de los médicos de familia). • Actitudes hacia las personas mayores: dificultad de los mayores para cambiar su estilo de vida. • Actitudes hacia la hipertensión: no sienten que es una prioridad, aparición constante de nueva evidencia. • Falta de evaluación de la práctica clínica. • Ser el único médico del equipo dificulta la posibilidad de mantenerse al día. <p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse implicado en un proyecto educativo. También motiva la participación en una estrategia de mejora en colaboración con otros centros de Atención Primaria.
ESTRATEGIAS	<p>Visitas educativas semiestructuradas que incluían como componentes: retroalimentación de los resultados de evaluación de indicadores clínicos, exploración de la percepción en relación a estos resultados y discusión de la evidencia existente.</p> <p>Para el grupo de intervención, además, se realizaba una identificación de las prioridades de los equipos, con exploración y registro de las potenciales barreras para el cambio, y creación de un plan de acción orientado a estos aspectos.</p>
EVALUACIÓN	<p>Se realizó un cuestionario pre y posintervención de 30 preguntas para explorar la respuesta de los médicos de familia en relación al umbral indicado para el tratamiento de la hipertensión en pacientes mayores, así como escenarios clínicos concretos y su tratamiento indicado.</p> <p>Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de la intervención, con lo que se concluyó el efecto positivo del enfoque orientado a las barreras.</p>

Comentarios:

En este trabajo se demuestra el efecto positivo de añadir el análisis de barreras a una intervención educativa orientada a la mejora del manejo de la hipertensión en personas mayores.

Ambos grupos reciben visitas locales para la discusión de los resultados de la práctica clínica e información sobre las buenas prácticas recomendadas para la hipertensión en pacientes mayores.

Los resultados del análisis sugieren que existen barreras relacionadas con factores sistémicos, organizativos y de actitud que pueden facilitar la visualización de oportunidades de mejora en cada centro sanitario, y que no necesariamente son aplicables a los demás.

Lo innovador de este estudio es que a una estrategia multifocal que se realiza en ambos grupos se añade como elemento diferenciador el análisis de barreras, observándose mejoras estadísticamente significativas en resultados primarios y secundarios del cuestionario realizado posintervención. La limitación más importante es que no se realiza una evaluación de la práctica clínica posintervención.

Experiencia 5 (Capítulo 3. Identificación de barreras y facilitadores)

<p>TÍTULO</p>	<p>Mejorar la prescripción de medicamentos antihipertensivos e hipolipemiantes: un método para identificar y superar las barreras al cambio Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. BMC Health Serv Res. 2004;4:23.</p> <p>Prescripción racional en Atención Primaria (RaPP): proceso de evaluación de la intervención para mejorar la prescripción de medicamentos antihipertensivos e hipolipemiantes Fretheim A, Håvelsrud K, Oxman AD. Rational Prescribing in Primary care (RaPP): process evaluation of an intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs. Implement Sci. 2006;1:19</p> <p>Prescripción racional en Atención Primaria (RaPP): un ensayo aleatorizado de clusters de una intervención adaptada Fretheim A, Oxman AD, Håvelsrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjorndal A. Rational prescribing in primary care (RaPP): a cluster randomized trial of a tailored intervention. PLoS Med. 2006;3:e134.</p>
<p>OBJETIVO</p>	<p>Identificar las barreras que pueden influir en el cambio de práctica en los profesionales. El objetivo general del estudio fue evaluar los efectos de una intervención a medida para apoyar la implementación de GPC para el uso racional de medicamentos antihipertensivos e hipolipemiantes en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.</p>
<p>CONTEXTO</p>	<p>Se trata de un ensayo aleatorizado de clusters realizado en Noruega, en el que se compara una intervención a medida con la diseminación pasiva de las GPC para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular. La intervención se basó en aspectos concretos de la GPC de especial prioridad de implantación.</p>
<p>HERRAMIENTAS UTILIZADAS</p>	<p>Para la identificación de barreras y facilitadores se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una <i>reflexión estructurada</i> mediante tormenta de ideas. • Identificación de barreras mediante la revisión de otros ensayos publicados. • Encuestas a los médicos de familia, basadas en la teoría de la conducta planeada. • Entrevistas durante el estudio piloto. • Estudio <i>post hoc</i> mediante una encuesta a profesionales. • Grupo focal realizado con investigadores del entorno internacional.
<p>BARRERAS Y FACILITADORES</p>	<p>Se describen diversos tipos de barreras, algunas relacionadas específicamente con el tipo de recomendación (derivadas de la encuesta).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la evaluación del riesgo cardiovascular: consumo de tiempo, no disponer de una herramienta de evaluación, poca costumbre de utilizar el instrumento, falta de conocimiento de los médicos sobre su relevancia, más confianza en su propio juicio clínico que en una escala, incomodidad de hablar con los pacientes sobre el riesgo cardiovascular. • Para el tratamiento de la hipertensión: poca familiaridad de los médicos con los nombres comerciales de las tiazidas, su utilización y seguimiento; utilización de las tiazidas por parte de pocos médicos; especialistas pueden prescribir otros medicamentos; influencia de la industria farmacéutica; preocupación de posibles efectos colaterales y poco efecto antihipertensivo; medicamento considerado fuera de moda. • Para conseguir objetivos terapéuticos: médicos sin responsables que supervisen su actividad; no están seguros de qué objetivos terapéuticos utilizar; resistencia y estrategia poco clara entre los médicos sobre qué hacer ante un tratamiento insuficiente; infraestimación de las consecuencias del infratratamiento.
<p>ESTRATEGIAS</p>	<p>Las estrategias propuestas para este estudio en el grupo de intervención fueron: Visitas educativas con evaluación de indicadores clínicos y retroalimentación, recordatorios, herramientas automatizadas para la evaluación cardiovascular y elaboración de material informativo para pacientes.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>La intervención consiguió un incremento de la adherencia a las guías en el grupo de intervención respecto a la mejora de la prescripción de tiazidas (17% frente 11%). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la evaluación del riesgo cardiovascular ni en objetivos terapéuticos.</p> <p>Con posterioridad al estudio se realizó una encuesta entre los participantes para identificar algunos factores que pudiesen ayudar a la comprensión de los resultados del proyecto. Algunas ideas que surgen del estudio exploratorio están relacionadas con factores actitudinales.</p> <p>Otras variables que se plantean, relacionadas con factores externos a los profesionales: gran rotación de médicos, impacto de las expectativas de los pacientes, falta de tiempo, falta de sistemas para un correcto seguimiento de pacientes, falta de incentivos para conseguir la adherencia de los médicos a las recomendaciones.</p>

Comentarios:

Este estudio realizado en equipos de Atención Primaria en Noruega, y que incluyó como estrategia de implementación una intervención a medida multifocal, destaca por la rigurosidad metodológica en el diseño. Se utilizó una estrategia de evaluación de barreras simple, basada en la combinación de diversas técnicas.

Uno de los aspectos que destaca en este trabajo es la estructuración del análisis de barreras sobre *cada recomendación* clínica promovida. Se hace evidente que las barreras son muy diferentes en función de la naturaleza de la recomendación (elemento que debería tenerse en cuenta en las evaluaciones generales de percepción sobre GPC). A pesar de este esfuerzo, los resultados mejoraron levemente, sin obtener incremento en objetivos terapéuticos.

Con posterioridad al estudio se realiza una encuesta basada en el modelo teórico de la conducta planeada. Se identifican algunos elementos actitudinales y factores externos a los profesionales, como posibles obstáculos en la implementación. Con esto se sugiere la necesidad de tener en cuenta, además de las teorías conductuales, las sociales y organizativas.

Experiencia 6 (Capítulo 4. Estrategias de implementación de GPC. Cómo facilitar el cambio)

TÍTULO	De la evidencia a la práctica: diseño multifacético de aproximación para el cambio de actitudes de médicos de familia y mejorar los cuidados preventivos Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. CMAJ. 2001;164(6):757-63.
OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de intervenciones preventivas realizadas y disminuir las intervenciones no adecuadas, de acuerdo con las recomendaciones de la Canadian Task Force.
CONTEXTO	Centros de Atención Primaria de Ontario, gestionados mediante sistemas de pago capitativo.
BARRERAS Y FACILITADORES	Las estrategias diseñadas tomaron en consideración la necesidad de abordar barreras educativas, de actitud y organizativas.
ESTRATEGIAS	Se diseñó una intervención multifacética y a medida en la que un grupo de enfermeras-facilitadoras, con experiencia previa y formadas para llevar a cabo este proyecto, orientaron el proceso de implementación. La intervención se mantuvo durante 18 meses y consistió en 7 intervenciones identificadas en la literatura científica: auditoría previa y planificación de intervenciones adaptadas a cada centro; contacto con líderes de opinión; retroalimentación de resultados de forma continua; sesiones explicativas; consenso para adaptar las recomendaciones preventivas; uso de un marco de mejora de la calidad, recordatorios y materiales para pacientes. Cada una de las facilitadoras se encargó de 8 centros de salud y, por media, realizaron 33 visitas a cada uno de ellos con una duración de media de 1h 45m.
DISEÑO Y EVALUACIÓN	Se diseñó un ensayo en el que fueron seleccionados 46 de los 100 servicios de salud de Ontario, aleatorizándose de tal forma que el 50% de ellos fueran sometidos a la intervención. Antes de la intervención, el índice de actuaciones preventivas era similar en ambos grupos, 31,9% y 32,1%, mientras que tras la intervención, pasó a ser de 43,2% y 31,9%.

Comentarios:

Se consiguió una mejora absoluta del 11,5% del índice de intervenciones preventivas. Posteriormente se realizó un análisis de coste, demostrando un claro ahorro a pesar de los costes de personal que tuvo la implementación de la estrategia. En un estudio posterior del mismo grupo se comprobó la sostenibilidad a medio plazo de los cambios, aunque con resultados menos claros.

Experiencia 7 (Capítulo 4. Estrategias de implementación de GPC. Cómo facilitar el cambio)

TÍTULO	Disminución del uso innecesario del laboratorio mediante un nuevo formulario de solicitud de test: ejemplo de marcadores tumorales Durand-Zalesky I, Rymer JC, Roudot-Thoroval F, Revuz J, Rosa J. Reducing unnecessary laboratory use with new test request form: example of tumour markers. Lancet. 1993;342: 150-3.
OBJETIVO	Optimizar el adecuado uso de test de marcadores tumorales y disminuir los costes de la analítica.
CONTEXTO	Hospital universitario francés de 1100 camas en el que el 50% de los internos y residentes (170) solicitan el 80% de los test de marcadores tumorales. Reducir la carga innecesaria del trabajo de laboratorio y su coste.
BARRERAS Y FACILITADORES	El sentido de imposición de la medida es la principal barrera de la implementación de esta intervención. Por otro lado, la simplificación del procedimiento de solicitud y el consenso local de su diseño pueden ser considerados como posibles facilitadores.
ESTRATEGIA	La administración interna del centro, tras la revisión de la literatura y mediante consenso, diseñó un nuevo formulario de solicitud del test de marcadores tumorales. Cumplimentar este formulario es obligatorio para solicitar dicho test, por lo que se considera una estrategia regulatoria. Los facultativos del centro recibieron por carta instrucciones para rellenar la nueva solicitud y la anterior fue retirada. Además, cuando fue requerida, se facilitaron explicaciones adicionales de forma verbal.
DISEÑO Y EVALUACIÓN	Dadas algunas características especiales del centro, no fue posible diseñar un estudio aleatorizado y controlado, por lo que se realizó una comparación antes/después. La reducción de solicitudes de marcadores tumorales fue de un 25%, aunque no todos los marcadores se vieron afectados en igual medida, oscilando entre un 14% y un 35% en función del tipo de marcador.

Comentarios:

Descenso de 25% en las solicitudes de marcadores tumorales. Mejoría de la adecuación al 100%. Efecto sostenido en tiempo.

Se realizó una intervención regulatoria de arriba hacia abajo; pero, con el objetivo de superar posibles barreras y hacerla más atractiva, los profesionales del centro participaron en un proceso de consenso sobre qué marcadores solicitar. Excelente diseño de la herramienta: formulario de solicitud, que es a la vez formativo, facilitador de la adecuación y cómodo de usar. Intervención modélica por conseguir un efecto de mejora de la adecuación, reduciendo el coste (reducción de la sobreutilización a base de reducir la inadecuación).

Experiencia 8 (Capítulo 5. Evaluación de la implementación)

TÍTULO	Implementando guías de práctica clínica: una auditoría comunitaria del tratamiento de cáncer de mama Craft PS, Zhang Y, Brogan J, Tait N, Buckingham JM and the Australian Capital Territory and South Eastern New South Wales Breast Cancer Treatment Group. Implementing clinical practice guidelines: a community-based audit of breast cancer treatment. MJA. 2000;172:213-6.
OBJETIVO	Mejorar el manejo del cáncer de mama, facilitando la implementación de guías de práctica clínica.
CONTEXTO	Se trata de un proyecto diseñado como “proyecto de mejora de la calidad” realizado en el Territorio de la Capital Australiana y Nueva Gales del Sur. Había evidencia de que el manejo de esta tipología de pacientes no era la más adecuada y el Consejo nacional australiano para la salud y la investigación médica, NHMRC (<i>National Health and Medical Research Council</i>) acababa de publicar la guía de práctica clínica para el cáncer temprano de mama.
ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución del grupo de tratamiento del cáncer de mama. Se invita a participar a todos los cirujanos, oncólogos, radiólogos, patólogos, enfermeras y otros profesionales que participan en el proceso de atención del paciente con cáncer de mama y a representantes de una asociación de pacientes. En total, 50 personas mostraron interés por participar. • Se identifican cuatro indicadores clave, seleccionados por consenso, de los aspectos más relevantes de la GPC. Se establecen estándares de cumplimiento para cada uno. • Auditoría clínica. • Retroalimentación de la información de forma agregada sobre la práctica, en reuniones regulares.
DISEÑO Y EVALUACIÓN	Estudio prospectivo observacional de todos los nuevos pacientes diagnosticados de cáncer de mama. Se invita a participar en la recogida de datos clínicos a todos los especialistas de las regiones participantes (23 de los 24 especialistas conocidos en la región que trabajan en el tratamiento del cáncer aceptan participar en el proyecto). Se reclutan pacientes mediante una auditoría de todos los nuevos pacientes desde mayo de 1997 a julio de 1998. Se obtienen resultados positivos (sobre los estándares determinados) en 3 de los 4 indicadores.

Comentarios:

Estudio observacional realizado en base a la monitorización de cuatro indicadores definidos por un grupo de especialistas en la atención de pacientes con cáncer de mama, en el marco de una estrategia de implementación de la GPC en dos regiones de Australia, durante 14 meses.

El objetivo fundamental de este proyecto es la mejora de la calidad mediante la implementación de una GPC, por lo tanto hay una coherencia entre los objetivos del estudio y el diseño que se selecciona.

Con este ejemplo podemos visualizar cómo se puede utilizar un diseño de estudio observacional para evaluar el proceso de implementación de una GPC. El aspecto central de este tipo de diseños es que está centrado en el cumplimiento de unos objetivos, en este caso estándares de atención definidos por unos indicadores determinados, más que en establecer una relación causal entre la intervención y el efecto.

Otro aspecto que merece ser destacado, es que se ha hecho un esfuerzo en rigurosidad metodológica, en lo que se refiere a la minimización del riesgo de sesgos. Con lo que nos conduce a la idea de que independientemente del tipo de diseño seleccionado, el esfuerzo en realizar estudios de buena calidad metodológica debe predominar.

Experiencia 9 (Capítulo 5. Evaluación de la implementación)

TÍTULO	<p>Ensayo aleatorizado de <i>clusters</i> de intervenciones adaptadas para mejorar el manejo de la infección del tracto urinario en mujeres y del dolor de garganta</p> <p>Flottorp S, Oxman A, Håvelsrud K, Treweek S, Herrin J. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. <i>BMJ</i>. 2002;325–67.</p> <p>Flottorp S, Håvelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care — why is it so hard to change practice? <i>Fam Pract</i>. 2003;20:333–9.</p>
OBJETIVO	<p>Evaluar la efectividad de una intervención adaptada a barreras para implementar guías de práctica clínica para el manejo de la infección del tracto urinario en mujeres y el dolor de garganta.</p>
CONTEXTO	<p>Noruega, 142 equipos de Atención Primaria: 72 equipos de Atención Primaria recibieron la intervención para el manejo de la infección urinaria; 70 equipos recibieron la intervención para implementar la guía del dolor de garganta (59 y 61, respectivamente, terminaron el estudio). Ambos grupos fueron control para la otra guía.</p>
ESTRATEGIAS	<p>Las intervenciones desarrolladas iban dirigidas a superar las barreras identificadas, e incluían lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material educacional destinado a pacientes. • Recordatorios y ayudas electrónicas. • Costes derivados de las consultas telefónicas. • Cursos interactivos para médicos de familia.
DISEÑO Y EVALUACIÓN	<p>Ensayo aleatorizado controlado de clusters con evaluación pre y postest. Se recogen datos de 18 semanas preintervención y de 18 semanas posintervención.</p> <p>Por las características de la intervención no fue posible cegar los grupos participantes, por lo que los participantes sabían en que grupo participaban.</p> <p>Las principales medidas de resultado fueron el uso de antibióticos, pruebas de laboratorio y consultas telefónicas, con una reducción del uso de antibióticos en un 3% para el dolor de garganta y un 5% de reducción en la solicitud de pruebas de laboratorio en las mujeres con síntomas de infección del tracto urinario. No se encontraron diferencias significativas para otros resultados.</p> <p>Los autores concluyeron que no había un factor en particular que explicara la variación observada en la extensión de los cambios en la práctica, y que los tiempos inadecuados, los recursos y el soporte fueron los factores más llamativos que podían explicar la falta de cambios.</p> <p>El análisis se practicó mediante un modelo de regresión logística jerárquica.</p>

Comentarios:

Estudio aleatorizado de *clusters* que tiene como objetivo evaluar la efectividad de una intervención para la implementación de dos GPC. Cuenta con la participación de 140 equipos de Atención Primaria y con un buen nivel metodológico.

Este ejemplo nos muestra una estrategia eficiente para planificar el diseño de una intervención (por sus características, suelen ser estudios que implican un importante consumo de recursos), puesto que con un ensayo se intentan implementar dos GPC; cada uno de los dos grupos es grupo control del otro.

Vemos que, a diferencia de lo que ocurría en el ejemplo anterior, este estudio está centrado en objetivos científicos, evaluando el tipo de intervención realizada y pretendiendo explicar una relación causal entre la intervención y los resultados.

En cuanto a las limitaciones más relevantes, desde la perspectiva metodológica de la evaluación, se observa que los participantes no están cegados a la intervención y que el

periodo de seguimiento fue demasiado corto para esperar cambios importantes en la práctica (18 semanas).

Destaca positivamente la utilización de modelos analíticos adecuados para la evaluación de *clusters*, que consideran la correlación interna de los individuos.

Se consideran los dos niveles (número de *clusters* y número de pacientes) para realizar la estimación de cálculo muestral.