

8. Claves para facilitar la implementación de las GPC durante el proceso de elaboración

Susana Lorenzo, Eduardo Briones, Carola Orrego, Alberto Romero, Eva Frigola

En este apartado se describen algunas claves para potenciar el papel de grupo elaborador de la GPC (GEG) en el establecimiento de prioridades que faciliten el uso de la guía. Aunque se ofrece información sobre barreras, factores facilitadores y estrategias que favorecen la utilización de GPC, en él no se aborda el diseño de un plan de implementación.

En el apartado también se ofrece información sobre la prueba piloto de la GPC y se aportan algunas estrategias para la difusión general de la guía.

Introducción

En muchos casos el esfuerzo y los recursos invertidos en la elaboración de guías no se ven reflejados en su utilización por parte de los profesionales sanitarios o en cambios sustanciales en la calidad asistencial y en los resultados en salud de la población diana^{1,2}. Esta situación se pone de manifiesto cuando la elaboración de una guía no va acompañada de un proceso simultáneo que facilite la utilización y la aplicación de las recomendaciones.

En las publicaciones originales sobre metodología para la elaboración de guías, Field y Lohr ya destacaban que las “guías de práctica clínica no se implantan solas” y que si quiere que una guía sea efectiva, el proceso de implantación debe ser consistente y planificado³. Por ello, en los últimos años ha habido un gran interés por avanzar en el conocimiento de la efectividad de los métodos de introducir en la práctica clínica las recomendaciones emanadas de la GPC. Así, diversos agentes del entorno sanitario científico, político y de gestión han promovido líneas de trabajo para evaluar los factores que determinan el uso de las guías, desde el enfoque clínico adecuado hasta sus métodos de desarrollo, de difusión y de implementación^{4,5}.

El término implementación es el más aceptado para referirse a la introducción de la evidencia científica en la práctica en un entorno clínico. Según Grol y cols., la implementación corresponde a un proceso planificado para la introducción de manera sistemática de una innovación o de cambios de valor probado, para ser llevados a cabo en un entorno concreto a distintos niveles de decisión (servicio clínico, organización o sistema sanitario). Un proceso adecuado para favorecer el uso de las guías pasa por la identificación de barreras y de factores facilitadores, el planteamiento de objetivos y el establecimiento de métodos o estrategias idóneos al entorno y a los problemas identificados⁶.

En este manual se ha considerado pertinente incluir este apartado no con un enfoque dirigido a dar claves para la elaboración de un plan de implementación, sino para que en él se valoren aquellos aspectos que puede ser interesante analizar **durante** el proceso de elaboración de la guía, para mejorar su calidad y facilitar su uso.

También se pretende potenciar el papel del grupo elaborador en el establecimiento de prioridades de implementación y en la identificación de posibles barreras en su aplicación, de forma que el grupo elaborador de una GPC se plantee desde el inicio las potenciales barreras y factores facilitadores que pueden influir en la utilización de la guía por parte de los profesionales sanitarios.

Si bien puede ser objeto de un apartado independiente, se ha considerado conveniente abordar también en este apartado la prueba piloto de la GPC, ya que se asume que probar la guía con sus usuarios finales antes de su publicación contribuye a mejorar la calidad de la guía y por lo tanto puede facilitar su uso.

8.1. Aspectos del diseño de las GPC que influyen en su implementación

Muchos de los aspectos que el grupo elaborador debe considerar para garantizar la calidad de la GPC ya se han descrito en cada uno de los apartados previos de este manual. Sin embargo, dado que las propiedades de una GPC pueden influir en la adhesión de los profesionales a su utilización, en este punto se presenta un breve resumen con los principales aspectos del diseño que pueden influir en la implementación de estas guías. En la tabla 8.1 se recogen algunos aspectos que se deben tener en cuenta al plantear la implementación de las GPC:

Tabla 8.1. Aspectos del diseño de las GPC que se deben considerar para minimizar las barreras internas en la implementación de estas guías

- Definición precisa del alcance de la GPC y de sus usuarios finales.
- Capacidad de representación de todos los interesados en el problema objeto de la GPC (profesionales y pacientes), tanto en el grupo elaborador como en los grupos de colaboración experta y revisión externa.
- Rigor y transparencia en la elaboración. Se debe aportar información sobre la búsqueda, selección y evaluación de la evidencia científica.
- Recomendaciones elaboradas de acuerdo a las mejores evidencias científicas disponibles.
- Formulación de las recomendaciones de forma precisa, evitando ambigüedades y con enunciados específicos que faciliten la utilización por el clínico.
- Formato amigable de la GPC con herramientas prácticas para su aplicación.

Existe evidencia científica que confirma la importancia del formato de la guía en la implementación^{7,8}. Tiene gran relevancia tanto el lenguaje utilizado como la forma de redacción (recomendaciones claras y precisas). Directamente relacionado con esto están también estos factores:

- **Extensión de la guía.** Las guías muy extensas suelen ser desechadas por los lectores. El documento debe ser lo más sintético posible para favorecer una búsqueda rápida de información en la consulta.

- **Presentación.** Para una mejor comprensión y búsqueda rápida de la información todos los párrafos y secciones deben ir correctamente identificados, con párrafos cortos, evitando expresiones farragosas (como ejemplo que se recomienda seguir están las guías SIGN)⁹.
- **Estilo.** El documento final debería tener un formato ameno, incluyendo gráficos y algoritmos de ayuda a las decisiones. Debe huirse de los formatos usados en las revisiones, más orientados a personas expertas en metodología que en la clínica.
- **Lenguaje:** no “normativo” (en general es preferible un lenguaje tipo “se recomienda” a “se debe”).
- **Material adjunto:** todas las guías deben incluir su algoritmo y resumen de recomendaciones.

8.2. El grupo elaborador y las estrategias para la implementación de GPC

Los miembros del grupo elaborador, como conocedores a fondo del problema objeto de la GPC y de las posibles barreras para su adopción en un determinado medio, deben colaborar desde el inicio en el diseño de estrategias para la implementación. Para ello, es importante considerar aquellas estrategias que se han mostrado eficaces y la efectividad de cada forma de abordarlas. En el anexo 15 se presenta un esquema de las estrategias disponibles para la implementación de una GPC, en el que se describen con más detalle las intervenciones sobre profesionales. Se puede obtener más información sobre el resto de intervenciones en la página web del grupo de práctica efectiva de la colaboración Cochrane¹⁰ (EPOC: *Effective Practice and Organization of Care*), y también en español en el manual del proyecto CPP¹¹ (Cambiar la Práctica de los Profesionales).

Los expertos plantean que la elección de una intervención u otra se debe realizar tras analizar las barreras y los facilitadores para aplicar la guía. Esta tarea no es fácil, ya que actualmente la investigación es incompleta en este terreno para poder saber qué estrategia es especialmente útil ante determinadas situaciones, y en nuestro medio no hay mucha información sobre qué intervenciones pueden ayudar a implementar una guía en cada escenario concreto^{6,12}. En cambio, sí se puede revisar la bibliografía sobre efectividad *general* de las técnicas de implementación para aspectos concretos, y existen excelentes revisiones disponibles sobre la efectividad de estas estrategias^{4,6}. En una de ellas, en la cual se revisaron 235 estudios sobre la efectividad de los métodos de implementación, se muestra que las intervenciones más eficaces son los sistemas de recordatorio, los materiales educativos, la auditoria y la retroalimentación o *feedback* a los clínicos⁴.

En la tabla 8.3 se presentan las estrategias que más se han evaluado en estudios y su efectividad. Por ejemplo: se sabe que son útiles los recordatorios a profesionales y a pacientes o las campañas sanitarias dirigidas al público para actividades de prevención^{4,13}. Como se puede observar en la tabla, el efecto de las diversas estrategias es habitualmente moderado, y en la práctica clínica se consiguen mejoras de un 10% por término medio. Estas mejoras, aunque en términos absolutos pueden considerarse escasas, están en el rango habitual de mejoría que puede producir cualquier medicamento porque van dirigidas a muchas personas¹⁴.

Tabla 8.3. Efectividad de algunas estrategias de diseminación e implementación de guías⁴.

Estrategia de Diseminación e Implementación	Mejora Absoluta (mediana de las comparaciones)
Materiales Educativos	+8.1%, rango: +3.6% a +17%
Auditoría y Retroalimentación	+7.0%, rango: +1.3% a +16%
Recordatorios	+14.1%, rango: -1% a +34%
Multifactoriales (incluyen visitas educativas)	+6%, rango: -4% a +17.4%

Es importante recalcar que no hay una estrategia de mejora que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores: el tipo de cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiere implantar, y las barreras y los facilitadores existentes. A continuación se recogen otros elementos que deben tenerse en cuenta en la elaboración de una guía.

8.2.1. Selección de las recomendaciones más relevantes

En general, las guías de práctica clínica comprenden grandes áreas clínicas y por este motivo a menudo contienen un número de recomendaciones considerable, lo cual es necesario para responder a muchas de las preguntas que se pueden plantear los profesionales en el manejo de un proceso clínico. Sin embargo, quienes usan las guías necesitan organizar y priorizar las recomendaciones que se pretenden implementar.

Para ayudar a tomar estas decisiones, los profesionales que participan en la elaboración de guías deberían identificar las recomendaciones que probablemente tendrán más alto impacto en la atención y en los resultados de salud de los pacientes. Existen diferentes criterios que deberían ser utilizados para seleccionar estas recomendaciones clave, aunque pueden variar en función del proceso clínico de que se trate, los más importantes son:

- Alto impacto en los resultados de los pacientes, incluyendo mortalidad y morbilidad.
- Alto impacto para reducir la variabilidad en la práctica.
- Permitir un uso más eficiente de los recursos.
- Favorecer que los pacientes puedan acceder al punto de atención sanitaria que precisen lo más rápidamente posible.

Por tanto, en la redacción de la guía las recomendaciones más relevantes deben ser identificables y contener claves para la evaluación posterior de su cumplimiento, tal como recoge el Instrumento AGREE¹⁵.

8.2.2. Consideración de la realidad nacional y del ámbito de aplicación

Las recomendaciones deben ir matizadas por un profundo conocimiento del contexto donde se van a aplicar y de los recursos disponibles. La representatividad geográfica de los miembros de la guía, de los colaboradores expertos y de quienes realizan la revisión externa puede ayudar. No se puede recomendar el uso de una técnica o de un tratamiento que realmente no esté disponible en la práctica habitual, a no ser que se establezca de forma explícita una recomendación expresa de derivar pacientes al centro regional o nacional de manejo de dicha patología o que se realice una aclaración sobre su disponibilidad.

8.2.3. Definición de responsabilidades organizativas

De forma general y sin perjuicio de lo que en el ámbito local posteriormente sea factible, sería recomendable establecer de forma realista qué papel debe realizar cada profesional en la atención de cada paciente. Fundamentalmente debe definirse el papel de los profesionales de atención primaria y de atención especializada, y la relación entre ambos niveles. Esto puede facilitar la asignación de responsabilidades en el nivel local, aunque es importante la participación de los distintos niveles asistenciales en el desarrollo de la guía para que los profesionales se sientan representados y su trabajo se vea reflejado en el documento, y evitando así posibles resistencias posteriores.

También se deben definir escenarios o circunstancias que requieran la coordinación o la actuación secuencial en los diferentes niveles asistenciales. Por ejemplo, el paciente con demencia además de ser tratado en atención primaria, es seguido por el servicio de neurología hasta que en fases avanzadas es remitido a medicina interna o geriatría, o a servicios y sistemas de cuidados paliativos.

8.3. Evaluación de la implementación de las recomendaciones

El manual del Instrumento AGREE recoge la importancia de la elaboración de indicadores y señala que medir la adhesión a la guía puede mejorar su uso. Esto requiere definir claramente los criterios que se deben tener en cuenta derivados de las recomendaciones principales de la guía. La guía deberá ofrecer un listado de criterios sobre los que la implementación de las recomendaciones pueda ser auditada y monitorizada. Estos criterios deberán estar unidos a una recogida rutinaria mínima de datos en hospitales o en asistencia primaria.

Los criterios representan aquello que se desea o que se propone lograr como fruto de la intervención de forma objetiva. Deben basarse en información contrastable, han de ser comprensibles y fácilmente cuantificables. Habitualmente se enuncian en positivo.

8.3.1. Diseño de indicadores

Un **indicador** es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades¹⁶, es decir, la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa una recomendación, y hasta qué punto se cumple, pero teniendo en cuenta que puede haber más de un indicador para cada recomendación.

Los indicadores se pueden clasificar de muchas formas, pero si se acude a la clasificación más conocida de Donabedian¹⁷, se pueden agrupar en: estructura, proceso y resultado.

El desarrollo y el uso de indicadores es un tema complejo. Aunque existen infinidad de posibles indicadores para evaluar cada una de las recomendaciones que incluye una guía, interesa acotar un grupo de indicadores que permita la evaluación a lo largo del tiempo y la comparación con otros centros¹⁸.

Es importante tener presente que, en la práctica, los indicadores disponibles no son perfectos y constituyen una aproximación de una situación real¹⁹. Su objetivo es proporcionar información útil para facilitar la toma de decisiones. El conjunto de indicadores no es más que la representación explícita o implícita de las expectativas de funcionamiento de cualquier sistema²⁰.

Para que un indicador sea útil debe ser²¹:

- **Concreto**: cuanto mejor definido esté el enunciado, menos errores se cometerán durante la recogida de los datos.
- **Objetivo**: debe evitar evaluaciones subjetivas en la medida de lo posible.
- **Específico**: tiene que identificar únicamente verdaderos problemas.
- **Clínicamente válido** de acuerdo con los conocimientos actuales de la literatura, con los conocimientos de los profesionales o en su defecto con la opinión de expertos.
- **Relevante**: sólo se deben definir los indicadores necesarios.
- **Eficiente**: debe evitar duplicidades y grandes esfuerzos en la recogida de la información.
- **Priorizado** de acuerdo a la influencia en el resultado.
- **Ágil**: el sistema debe permitir la transmisión rápida de la información.
- **Flexible** para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.
- **Fiable**: en referencia al grado de reproducibilidad de los resultados cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes; la existencia de un sustrato informático o documental, que haga el sistema auditable, refuerza la fiabilidad.
- **Integrado** con los sistemas de información existentes, que permitan comparar resultados con otros centros similares.

8.3.2. Construcción de indicadores

La elaboración de un indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

- **Denominación**: descripción resumida de la actividad o suceso que se valora.

- **Definición de términos:** explicación detallada de sus componentes y de su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
- **Tipo de indicador:** puede ser de distintas clases:
 - Centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
 - Basado en índices: mide un suceso que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas al compararse con otros.
 - Trazadores: reflejan de forma fiable la globalidad del servicio; han de referirse a una situación frecuente, en la que las deficiencias sean evitables, y en la que se pueda lograr el máximo beneficio al corregirlas.

Los indicadores pueden medir tasas, es decir, casos por unidad de medida temporal (intervenciones ambulatorias/mes) o bien proporciones, es decir, casos que cumplen una condición frente al total de casos (tanto por ciento de intervenciones ambulatorias/total de intervenciones).

- **Fundamento:** explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o el resultado.
- **Población del indicador:** descripción detallada de los criterios de inclusión y de exclusión en el numerador y en el denominador.
- **Datos que se deben recoger y fuentes:** traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos y de identificación de las fuentes de los datos.
- **Reseña de los estándares disponibles** que permitan establecer valores de referencia.
- **Periodicidad y demora:** grado de agrupación temporal (mensual, trimestral...) y el plazo de disposición de los resultados tras el cierre del periodo. Hay que tener en cuenta que cuanto más automatizada sea la recogida de la información, más fácil resultará su gestión.

El término **estándar** hace referencia al grado de cumplimiento exigible a una recomendación y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad. Dado que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas sobre su proceso en cada situación^{22,23}. Por ejemplo, el 100% de los pacientes intervenidos deben tener el consentimiento informado en la historia clínica antes de iniciarse la intervención. La verdadera utilidad del estándar es, por tanto, la posibilidad de comparación con un valor mínimo aceptable. En algunos casos como el del ejemplo, el estándar es el 100%.

Teniendo en cuenta que el indicador ideal no existe, los métodos para la selección de criterios y de indicadores deben combinar las mejores evidencias científicas con la opinión de los expertos. Desde este punto de vista se pueden considerar tres grupos de criterios/indicadores:

- **los que deben incluirse**, por existir mayor evidencia científica de investigación y de su influencia en el resultado, son criterios de prioridad mayor.

- **los que pueden incluirse** con alguna evidencia científica o que a juicio de los expertos es razonable incluir, cuando no hay evidencia científica disponible.
- **los que no deben incluirse**, aquellos que no parecen medidas importantes o sobre los que no se puede actuar, al no ser posible su modificación.

Así pues, la GPC debe desarrollar los principales indicadores para medir su uso. Para ello se elegirán las intervenciones basadas en la evidencia científica y el mejor resultado de coste-efectividad o aspectos clave organizativos que a juicio del grupo elaborador deban ser monitorizados. El indicador debería salir redactado y con su fórmula definitiva, y no sólo esbozado para evitar interpretaciones en su utilización y garantizar la homogeneidad en su uso. También se mencionará la forma de tomar las muestras para su cálculo y la periodicidad de medición del indicador, así como los datos poblacionales para los denominadores que se usarán (prevalencia de enfermedades, etc.).

8.4. Prueba piloto de la GPC

Una guía de práctica clínica, como cualquier otro instrumento que sirva para transmitir información, debe ser comprensible por otras personas. Por ello las GPC antes de su publicación deben haber sido probadas por sus usuarios finales.

Para poder obtener información válida, es aconsejable que se inicie la prueba piloto a pequeña escala, y paso a paso. Se pueden seguir varias estrategias, por ejemplo escoger una población especialmente motivada para el cambio, definir una línea de actuación y evaluar el proceso. Esto es decisivo para desarrollar una implementación a gran escala, y facilitará información sobre como adaptar esas estrategias que la evidencia científica nos dice que son efectivas a la situación real de nuestro entorno.

Al mismo tiempo implica activamente en el cambio al sujeto sobre quien recae la acción de adaptar la nueva información, pues no se percibe el cambio de una forma invasiva, sino como algo que se va incorporando poco a poco y probando su funcionalidad.

En ocasiones puede resultar de utilidad la técnica de los ciclos de mejora de Shewhart, conocido por el acrónimo en inglés como PDCA, que corresponde a las iniciales en inglés de Planificar, Hacer, Evaluar y Ajustar. El punto de partida de esta técnica es concebir la prueba piloto de una idea en ciclos (no todo a la vez), e ir modelando la idea basándose en los resultados obtenidos. A continuación se describe cada uno de sus elementos:

- **Planificar** cómo realizar un cambio, definir el objetivo y pensar en las actividades necesarias para conseguirlo. Planificar los indicadores para su evaluación y como recoger datos para la evaluación del ciclo.
- **Hacer:** ejecutar el plan y recoger la información.
- **Comprobar y Evaluar:** analizar los datos, compararlos con las predicciones e identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
- **Ajustar:** adoptar, adaptar o cambiar las actividades y formular nuevas ideas para el siguiente ciclo.

Finalmente, se podrá recopilar la información obtenida en la prueba piloto y valorar los cambios que sea necesario introducir, tanto en la guía como en el esquema de implementación.

8.5. Proponer un plan de difusión general

Las guías deberían ser presentadas en un formato y con un estilo adecuados a la población diana. Cuando la población de una guía es variada, su formato debería adaptarse a todos los grupos de usuarios (niveles asistenciales y especialidades).

Es importante que durante el desarrollo de una GPC, la población diana sea consciente de que se está desarrollando la elaboración de una guía o revisando una ya existente.

Se puede utilizar gran variedad de métodos para informar a profesionales y a pacientes sobre la disponibilidad de la GPC: medios de comunicación locales, regionales o nacionales, a través de asociaciones profesionales y sus publicaciones, presentación en reuniones y en congresos científicos, contacto con asociaciones de pacientes, inclusión de publicidad en revistas científicas, contacto con profesorado o con estudiantes de pre y post-grado, líderes o autoridades locales que promuevan la guía o entrevistas en medios de comunicación.

Actualmente en España, a través del Catálogo de *GuíaSalud* se puede realizar difusión de GPC que cumplen unos criterios de calidad, y llegar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud.

En concreto en España y en el marco general de *GuíaSalud* convendría realizar:

- Plan de difusión nacional, que incluya por ejemplo las siguientes actividades: publicación electrónica (Ministerio, *GuíaSalud*, Sociedades científicas que han participado, etc.).
- Presentación oficial de autoridades sanitarias.
- Envío postal nominal, organizado desde las CCAA - organizaciones de servicios.
- Presentación en congresos nacionales, foros de ámbito nacional y en la que se podría considerar la necesidad de traducir la guía a los distintos idiomas oficiales del estado.

Todos estos aspectos han de considerarse a priori, y por ello resulta imprescindible la coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Organizaciones de servicios de las distintas CCAA implicadas.

La GPC debe aportar los principales indicadores de implementación. Para ello se elegirán las intervenciones basadas en evidencia científica de calidad y el mejor resultado de coste-efectividad, o aspectos clave organizativos que a juicio del grupo elaborador deban ser monitorizados. El indicador debería salir redactado y con su fórmula definitiva y no simplemente esbozado.

El grupo elaborador de la GPC debe tener presente los siguientes criterios del Instrumento AGREE sobre implementación, incluidos en el área de aplicabilidad:

- Criterio 19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.
- Criterio 20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.
- Criterio 21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización o auditoría.

Bibliografía

1. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effective Health Care*. 1999; (5)1.
2. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ*. 1999; 318(7185): 728-30.
3. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992.
4. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004; 8(6): 1-72.
5. Mäkelä M., Thorsen T. In. Changing Professional Practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services: 1999 [consultada enero 2007]. Disponible en <http://www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/Mono1.htm>
6. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice; about effective implementation of change in patient care. *Lancet*. 2003; 362(9391):1225-30.
7. Michie S, Johnston M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ*. 2004; 328: 343-5.
8. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten, G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*. 1998; 317: 858-61.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developers' handbook. Section 9: Implementation. Edinburgh: SIGN: 2001. [actualizado 21 de mayo de 2004; consultada 18 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section9.html>
10. Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). The data collection checklist, section 2.1.1. 2003 [consultada 18 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.epoc.uottawa.ca/checklist2002.doc>
11. Briones E, Marin I, de Villar E, Cambiar la Práctica de los Profesionales: Teoría y Práctica de la Implementación de las Guías de Práctica Clínica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002.
12. The Cochrane Database, Issue 3, 2004. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd: 1998 Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. [consultada 1 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.update-software.com/cochrane>
13. 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.
14. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, de Villar E, Rincón M, et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58: 640-8.
15. The AGREE Collaboration. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001 [consultada 3 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>

16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*. 1991; 6: 65-74.
17. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. I The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, ML Health Administration Press. 1980; 1-31.
18. Lorenzo S, Aranaz J, Ruíz P, Silvestre MC, Mira JJ. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. *Cir Esp*. 1999; 66: 245-9.
19. Lorenzo S. Calidad e información farmacéutica. En: Zaragoza F. Eds. *El Medicamento. La información médica y farmacéutica en España*. Madrid: Ed. Pfizer; 2006.
20. Peiró S, Meneu R. Indicadores de prescripción. Problemática actual, limitaciones y perspectivas. En: Ortun V. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*. Barcelona: Masson; 2004.
21. Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial*. 1998; 13: 437-43.
22. Vianney, JM. El estándar como instrumento para optimizar la eficiencia clínica. *Hospital* 2000. 1990; 4: 95-100.
23. Chassin MR. Standards of care in medicine. *Inquiry*. 1988; 25: 437-53.

Anexo 15. Estrategias de implementación de una guía de práctica clínica. Tomado del grupo EPOC de la Cochrane

Intervenciones sobre Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución de Materiales Educativos: Por ejemplo: envío por correo de la guía o entrega en mano en el lugar de trabajo; formatos reducidos de la guía, como un tríptico de bolsillo). - Sesiones Formativas: conferencias, sesiones clínicas, talleres. - Procesos de Consenso Local: inclusión de los profesionales implicados en la discusión para asegurar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante y la aproximación para manejar el problema es adecuada. - Visitas de un facilitador: una persona con formación y entrenamiento específico visita al sanitario para darle información con la intención de cambiar su práctica (la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional). - Líderes Locales de Opinión: uso de profesionales sanitarios denominados por sus colegas como “influyentes” desde el punto de vista formativo. - Intervenciones Mediadas por Pacientes: nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales. Por ejemplo: una puntuación sobre depresión tras aplicar un cuestionario. - Auditoria y Retroalimentación: proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actuaciones clínicas en un período de tiempo especificado (el resumen puede incluir recomendaciones de acción clínica). - Recordatorios: información paciente-encuentro específica provista verbalmente, en papel, o en la pantalla de un ordenador, diseñada para llamar la atención del profesional y que recuerde cierta información que le permita realizar o evitar alguna acción para ayudar al paciente. - Medios de comunicación de masas: televisión, radio, periódicos, pósters, y folletos, solos o en conjunción con otras intervenciones, y dirigidos a la población.
Intervenciones Financieras	<ul style="list-style-type: none"> - Orientada hacia Profesionales: Pago por servicio, incentivos al profesional o la institución, penalización a un profesional o la institución, etc. - Orientada hacia Pacientes: Copago, incentivos/Penalización al paciente.
Intervenciones Organizacionales	<p>Pueden incluir cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención sanitaria, en los sistemas de registro médico o en la titularidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientada hacia Profesionales: Revisión de los roles profesionales, equipos clínicos multidisciplinares, integración formal de servicios, continuidad de cuidados, satisfacción de los profesionales, comunicación y discusión de casos a distancia entre profesionales. - Orientada hacia Pacientes: envío por correo de recetas, mecanismos para el manejo adecuado de quejas y sugerencias de pacientes, participación de pacientes en el gobierno de la organización sanitaria. - Estructurales: Cambio en el entorno o en el lugar de prestación del servicio, cambios de la estructura física, instalaciones, y equipamiento, cambios en los sistemas de historias clínicas, cambios en el tipo de prestaciones, utilización de indicadores en contratos programa basados en las guías, presencia de mecanismos para el control de la calidad, etc.
Intervenciones Reguladoras	<p>Cualquier intervención que tenga como objetivo cambiar la prestación o el coste del servicio sanitario mediante una ley o normativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en las responsabilidades del profesional. - Manejo de las quejas de pacientes. - Acreditación. - Etc.