

# Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba Núm. 2007/05

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO



# Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba Num. 2007/05

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2010

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Edición: 1.ª, junio 2010

Tirada: 500 ejemplares

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.  
Polígono Igeltzera, Pab. A1 bis - 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.  
Polígono Igeltzera, Pab. A1 bis - 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-3008-9

NIPO: 477-10-009-7

Depósito legal: BI 1460-2010

Este documento refleja los resultados de una parte de un proyecto más amplio sobre implementación de guías de práctica clínica que se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (OSTEBA).

Para citar este informe:

**Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaache del Campo R, Reviriego E.** Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco(Osteba); 2009. **Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:** OSTEBA N° 2007/05.



## Equipo de investigación:

**Itziar Pérez.** Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Servicio Vasco de Salud–Osakidetza.

**Esther Torres.** Psicóloga. Dpto. de Psicología Social y Metodología de las CC del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

**Idoia Alcorta.** Médica de Familia. C.S. Rentería. Comarca Gipuzkoa Ekialde. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

**Arritxu Etxeberria.** Farmacéutica de Atención Primaria. Comarca Gipuzkoa Este. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

**Rafael Rotaache del Campo.** Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Alza. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

**Eva Reviriego.** Socióloga. Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba. Dpto de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.

## Revisión externa:

**Flavia Salcedo.** Médica. Técnica en MBE. GuíaSalud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud del Gobierno de Aragón. Zaragoza.

**M. Carme Viladrich i Segué.** Profesora Titular de la Universitat Autònoma de Barcelona. Departamento de Psicobiología y Metodología.

# Agradecimientos

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de todos/as aquellos/as profesionales sanitarios/as que han participado como expertos/as en el grupo Delphi.

# Índice

<b>Abreviaturas</b>	11
<b>Resumen ejecutivo</b>	13
<b>Executive summary</b>	15
<b>I. Introducción y justificación</b>	17
<b>II. Antecedentes y estado actual del tema</b>	21
<b>III. Objetivos</b>	25
<b>IV. Metodología</b>	27
IV.1. Métodos	27
IV.2. Participantes	29
IV.3. Procedimiento y desarrollo	30
IV.4. Herramienta: diseño de los cuestionarios	31
<b>V. Análisis</b>	33
V.1. Criterios y consenso	33
V.2. Indicadores de estabilidad	34
<b>VI. Resultados</b>	35
VI.1. Análisis de la primera ronda	35
VI.1.1. Análisis descriptivo de las dimensiones de las GPC	35
VI.1.2. Selección de las barreras internas y externas	37
VI.1.3. Valoración de consenso de las dimensiones relacionadas con las GPC	38
VI.1.4. Valoración de consenso/dispersión de las barreras internas y externas	40
VI.2. Análisis de la segunda ronda	45
VI.2.1. Valoración de la estabilidad	45
VI.2.2. Estabilidad de la variación/dispersión	45
VI.2.3. Variación del coeficiente de variación	48

VI.3. Resumen de los resultados	48
<b>VII. Discusión</b>	51
<b>VIII. Conclusiones</b>	55
<b>IX. Referencias</b>	57
<b>X. Anexos</b>	63
Anexo X.1. Cuestionario DELPHI - primera ronda	63
Anexo X.2. Cuestionario DELPHI - segunda ronda	67
Anexo X.3. Tablas de barreras	69

## Abreviaturas utilizadas

<b>AETSA</b>	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>Dt</b>	Desviación típica
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>Md</b>	Mediana
<b>NICE</b>	National Institute for Clinical Excellence
<b>RIR</b>	Rango Intercuartílico Relativo
<b>v</b>	Coefficiente de variación



# Resumen ejecutivo

**Título:** Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi

**Autores:** Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaeché del Campo R, Reviriego E

**Tecnología:** Informe metodológico

**Palabras clave MeSH:** Actitudes de los/as profesionales sanitarios/as, guías de práctica clínica, técnica Delphi, medicina de familia

**Fecha:** Diciembre 2009

**Páginas:** 80

**Referencias:** 41

**Lenguaje:** Español, resumen en inglés

**ISBN:** 978-84-457-3008-9

## Introducción

Las GPC pueden ser instrumentos efectivos para producir los cambios deseados en la práctica clínica de los/as profesionales sanitarios/as, con el objetivo final de contribuir a la mejora de la salud de la población. El éxito de las GPC está influido por una gran cantidad de factores: es por ello que la identificación de las barreras y los facilitadores que intervienen en el proceso de implementación puede resultar de gran utilidad.

## Objetivos

Conocer la relevancia de los diferentes factores, facilitadores o barreras, personales o externos, que influyen en la aceptación de dos GPC (Asma y HTA) en nuestro contexto.

## Métodos

Se utilizó la técnica Delphi con dos rondas en las que, partiendo de un cuestionario elaborado a partir de los resultados de una revisión de la literatura y de la información aportada por el grupo coordinador y por un grupo de expertos/as (36 médicos/as de Atención Primaria) sobre los elementos que consideraban más importantes como barreras y facilitadores en la implementación de las GPC. Los cuestionarios fueron valorados diferentes aspectos: forma de presentación, formato, facilidad de uso, utilidad de las GPC, las barreras internas y las barreras externas. El análisis se realizó mediante criterios de consenso (rango intercuartílico relativo y coeficiente de variación) y de estabilidad (variación del rango intercuartílico relativo y variación del coeficiente de variación).

**Análisis económico:**  NO  SI **Opinión de Expertos:**  SI  NO

## **Resultados**

El 100% de los/as expertos/as consideran que la utilización de las GPC da buenos resultados sobre la salud de los/as pacientes.

Los resultados de los diferentes aspectos son:

1. Dimensiones de las GPC: La presentación de la GPC en los centros es considerada como la dimensión principal, resultando de especial interés la difusión correcta de la convocatoria, el método didáctico y la elección del/a ponente.
2. Barreras internas: La resistencia al cambio por parte de los/as médicos/as y falta de aceptación como instrumento de trabajo son las más destacadas.
3. Barreras externas: La falta de acuerdo entre Atención Primaria y Especializada es claramente la considerada fundamental por los/as expertos/as.

## **Conclusiones**

Aunque la mayor parte de los/as profesionales considera que seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados en la práctica clínica, la forma de presentación, el formato actual de las GPC, la resistencia al cambio de los/as propios/as profesionales y la escasa implicación de la atención especializada son barreras importantes que dificultan la implementación de las GPC.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles para diseñar las futuras estrategias de implementación dirigidas a superar las barreras en nuestro contexto.

## Executive summary

**Title:** Examination of barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: A Delphi study

**Authors:** Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaecche del Campo R, Reviriego E

**Technology:** Methodological report

**Key words MeSH:** Attitude of health care personnel, clinical practice guidelines, Delphi technique, family medicine

**Date:** December 2009

**Pages:** 80

**References:** 41

**Language:** Spanish, abstract in English

**ISBN:** 978-84-457-3008-9

### Introduction

These can be effective instruments in the work of bringing about changes required in the clinical practice of health care professionals, with the ultimate aim of contributing to an improvement in the health of the population. The degree of success of CPGs is influenced by a large number of factors: It is for this reason that it can be extremely useful to identify the barriers and facilitators that intervene in the implementation process.

### Objectives

To determine the relevance of the different personal or external factors, facilitators or barriers, that have an influence on the acceptance of two CPGs (asthma and High Blood Pressure - HBP) in our environment.

### Methods

The two-round Delphi technique was used in which, based on a questionnaire prepared from the results of a review of the literature and of information contributed by the coordinator group, the group of experts (36 primary health care doctors) pointed out those elements they considered to be the most important barriers and facilitators in the implementation of CPGs. The questionnaires were drawn up to assess a number of different aspects: Form of presentation, format, ease of use and usefulness of CPGs, internal barriers and external barriers. The analysis was made through consensus (relative interquartile range and variation coefficient) and stability criteria (relative interquartile range variation and variation coefficient variation).

**Economic analysis:** (NO) YES **Experts Opinion:** (YES) NO

## **Results**

100% of experts considered that the use of CPGs has a favourable influence on the health of patients.

The results of the different aspects are as follows:

1. Dimensions of the CPG: The presentation of the CPG in health centres is considered to be the main dimension, the adequate dissemination of the announcement, the didactic method and the choice of presenter being of special interest.
2. Internal barriers: The resistance to change among doctors and a lack of acceptance in their use as a tool are the most important of these.
3. External barriers: The lack of agreement between Primary Care and Specialised Care is an essential aspect according to experts.

## **Conclusions**

Although most professionals consider that by following the recommendations set out in the guidelines results good can be obtained in clinical practice, the former presentation, the current format of the CPGs, the resistance to change among health professionals themselves and the low level of involvement of specialised care professionals represent major barriers to the successful implementation of CPGs.

The results of this study may be useful in the design of future implementation strategies aimed at overcoming the barriers in our environment.

# I. Introducción y justificación

En los últimos años, las Guías de Práctica Clínica (GPC) han experimentado un desarrollo importante, y cada vez son más numerosas las organizaciones que promueven su elaboración. Este gran interés por las GPC surge como respuesta a varias circunstancias, como son la variabilidad en la práctica clínica, la necesidad de mantenerse al día en los conocimientos y un uso adecuado de los recursos sanitarios (1).

Las GPC se definen como «un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica» (2).

Las GPC pueden ser instrumentos efectivos para producir los cambios deseados en la práctica clínica de los/as profesionales sanitarios/as, con el objetivo final de contribuir a la mejora de la salud de la población (3). No obstante, su repercusión real sobre la práctica clínica es muy variable. Su simple publicación y difusión no se traduce necesariamente en modificaciones de la práctica clínica (2). Por ello resulta necesario, conocer y aplicar los medios que faciliten una mejor transferencia de los resultados de las investigaciones a la práctica clínica (1). La complejidad de este proceso para producir cambios en los cuidados del/a paciente no se puede explicar por una única perspectiva sino que hay que integrar diferentes visiones de una forma coherente (4).

El éxito de las GPC para mejorar la práctica clínica está influido por una gran cantidad de factores. Algunos de los pasos determinantes en la implementación de las GPC son el análisis del contexto en el que se va a aplicar la guía, el análisis de los indicadores sobre la actividad clínica objeto de la GPC, las barreras y facilitadores y el análisis de las características del grupo en el que se va a implementar (4). En esta situación la identificación de las barreras y los facilitadores parece adecuada y eficiente (5) para ajustar la intervención a las necesidades de los/as clínicos/as y al contexto en el que se va a implementar la GPC (1). En este sentido la mayoría de marcos teóricos sobre el cambio de comportamiento en los/as profesionales sanitarios/as incluyen en un lugar destacado la identificación de barreras y facilitadores (6;7). Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. En el caso de las GPC se concreta en el grado de adherencia a sus recomendaciones (8;9).

Aunque existen distintas clasificaciones de las barreras y facilitadores, en general todas ellas incluyen elementos similares. Grol y col. proponen clasificar las barreras en aquellas relacionadas con el/la profesional sanitario/a (conocimiento, habilidad y actitudes), el contexto social (reacciones de los/as pacientes, otros/as profesionales sanitarios/as, la administración) y el contexto organizativo (recursos, estructura) (10). Existen también aspectos intrínsecos a la propia guía como el formato o el mismo contenido que pueden afectar al proceso de implementación (8;11).

En el proceso de implementación las barreras pueden variar de una situación a otra e incluso en el tiempo, de manera que una guía o estrategia puede ser eficaz en una situación y no en otra, en función de la barrera para el cambio que haya que superar. Por ello, se puede afirmar que «todas las estrategias de implementación son efectivas en algunas circunstancias, pero ninguna lo es en todas las circunstancias» (7;8;12). En nuestro medio los recientes convenios de colaboración suscritos entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Comunidades Autónomas y de GuíaSalud han supuesto un importante impulso al desarrollo metodológico y a la elaboración de GPC de calidad. De esta forma se dispone ya de un manual metodológico (13) sobre la elaboración de GPC y una primera colección de 8 documentos elaborados siguiendo sus propuestas.

Sin embargo, la fase de la implementación de GPC y la exploración y conocimiento de barreras que influyen en la adherencia a las recomendaciones de las GPC está aún poco desarrollada en España. Existen muy pocas experiencias sobre el conocimiento de las barreras en la implementación de GPC, y los estudios publicados al respecto son anecdóticos (datos no publicados). GuíaSalud en el informe realizado en el año 2006, mediante entrevistas a informadores clave, señala que 6 comunidades autónomas tienen programas de implementación y destaca «la mínima confianza en los métodos de mayor imagen institucional». Por otro lado, entre las razones sobre el bajo nivel de implementación se señala la escasez de estrategias institucionales con este objetivo (14).

En relación con la literatura publicada, que proviene fundamentalmente del mundo anglosajón, se percibe que podrían existir diferencias culturales y/o contextuales que influyen sobre las barreras en la implementación de guías en nuestro medio. Pensamos que es precisamente desde el conocimiento de estas particularidades desde donde tienen que partir las iniciativas para avanzar en la implementación de las GPC en nuestro medio. Una mejor comprensión de nuestras barreras facilitará el diseño y la definición de es-

trategias de implementación diseñadas para superar las dificultades propias en el contexto local.

La comprensión de estas barreras nos permitirá asimismo la elaboración de un cuestionario sobre las actitudes de los/as profesionales sanitarios/as hacia las GPC. Según los estudios publicados la mayoría de las barreras están relacionadas con la percepción de los/as profesionales sobre las características de las guías. El conocimiento de las expectativas de los/as profesionales sanitarios/as es fundamental al implementar las GPC y para poder medir estas actitudes es necesario un instrumento validado en nuestro medio (1).

En Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, existe ya una trayectoria consolidada en la realización y difusión de GPC desde que, en el año 2003, se publicó la «Guía de Práctica Clínica sobre hipertensión arterial» (15). Este documento se elaboró mediante una metodología rigurosa, basada en la formulación de pregunta clínicas, evaluación y síntesis de la literatura biomédica y formulación de recomendaciones graduadas en función de la evidencia que las sustenta. Su impacto fue medido a través de series temporales (datos no publicados), mostrando los cambios deseados en la prescripción de antihipertensivos. A esta guía, le siguieron la de asma en el año 2005 (16) y la de lumbalgia en el 2007 (17), la de traumatismo craneoencefálico (18), manejo de lípidos como factor de riesgo cardiovascular (19) y la actualización de la guía de hipertensión (20). Además están disponibles las guías sobre diabetes tipo 2 (21) y cuidados paliativos (22), elaboradas en el marco del convenio de colaboración suscrito entre el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco – Osteba. De esta forma, existe un tejido importante de profesionales del Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que han tenido la oportunidad de conocer, utilizar e incluso de participar en la elaboración y difusión de GPC promovidas por instituciones públicas y realizadas con una metodología rigurosa. Este estudio pretende analizar las barreras y facilitadores que han surgido precisamente en la difusión de las GPC de hipertensión y asma.

Un sistema sanitario que cuenta con GPC que ya han sido implementadas y otras muchas en proceso de difusión, constituye el medio idóneo para realizar un estudio sobre barreras. El impulso de las instituciones autonómicas y estatales por las GPC requiere una inversión considerable de recursos, por lo que resulta imprescindible avanzar en el conocimiento de las barreras y facilitadores para mejorar el proceso de implementación.



## II. Antecedentes y estado actual del tema

La investigación sobre las barreras y los facilitadores que influyen en la implementación de las GPC es abundante en los países en las que estas herramientas llevan mucho tiempo desarrollándose. En nuestro país prácticamente no existen publicaciones sobre este aspecto. En la siguiente tabla presentamos, resumidas, la barreras más importantes recogidas en la literatura (23).

**Tabla 1. Potenciales barreras y facilitadores identificados en la literatura**

Clasificación	Barreras	Facilitadores
Profesional sanitario (Competencia, actitudes, conocimientos, motivación para el cambio y características individuales)	Falta de acuerdo con las recomendaciones (diferencias en la interpretación de la evidencia).	Presencia de profesionales innovadores y con mayor predisposición al cambio.
	Falta de formación, entrenamiento o habilidades para la utilización de las recomendaciones clínicas.	
	Preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas que las recomendaciones.	
Contexto social (Pacientes, colegas)	Falta de adherencia al tratamiento por parte de los/as pacientes.	Colaboración con otros centros para crear redes de aprendizaje.
	Demandas de los/as pacientes a un determinado tratamiento o prueba.	

.../...

.../...

Clasificación	Barreras	Facilitadores
Factores relacionados con el sistema (organización y estructura, medidas económicas)	Procesos poco estandarizados que dificultan la implementación de recomendaciones.	Tener objetivos de mejora claros y adaptados a nivel local.
	Falta de tiempo, sobrecarga de trabajo.	Tener la capacidad de medir el funcionamiento de un proceso, procedimiento o servicio.
	Poder y autoridades establecidas dentro de las organizaciones, que dificultan los procesos de cambio.	Sistemas de información que faciliten el seguimiento, aplicación y evaluación de las GPC.
	Rotación de profesionales y personal sustituto que dificultan el mantenimiento de la intervención en el tiempo.	Trabajo multidisciplinario en la adopción de las recomendaciones clínicas.
	Falta de trabajo en equipo.	Líderes que prioricen la efectividad de la práctica dentro de la organización.
	Dotación insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos.	Buena comunicación con los equipos a nivel local, consenso en las recomendaciones a implementar.
Aspectos relacionados con las propias GPC	Recomendaciones clínicas elaboradas con poca rigurosidad metodológica, de baja calidad y poco creíbles para los/as clínicos/as.	Disposición de GPC en formatos prácticos, promovida por organismos oficiales.
	GPC poco prácticas, que no faciliten el juicio clínico, demasiado rígidas.	
	Recomendaciones demasiado complejas y con un coste muy alto en su implementación.	

**Para el estudio, hemos agrupado las barreras y facilitadores en tres grupos:**

- **Barreras relacionadas con las propias guías y su diseminación** (presentación, formato, facilidad de uso, utilidad).
- **Barreras internas: relacionadas con el/la profesional sanitario/a** (competencia, actitudes, conocimientos, motivación para el cambio, etc.).
- **Barreras externas: relacionadas con el contexto social (pacientes, colegas) y el sistema sanitario** (organización y estructura, medidas económicas).



### III. Objetivos

Descrita la situación actual en nuestro contexto, esta investigación en la que nos planteamos explorar y describir los distintos factores o barreras que están influyendo en el proceso de implementación de las GPC forma parte de un proyecto más amplio en el que se elaborará y validará un cuestionario sobre las actitudes de los médicos hacia las GPC y se evaluará la eficacia de una intervención multifactorial dirigida a superar las barreras descritas en el estudio Delphi.

El objetivo de este estudio es: conocer la relevancia de los diferentes factores, facilitadores o barreras, personales o externos a nivel de los/as profesionales sanitarios/as, que influyen en la aceptación de las GPC en nuestro contexto.



# IV. Metodología

## IV.1. Método

Para la exploración de barreras, la revisión de la literatura científica muestra una tendencia clara al uso de las técnicas cualitativas y de investigación-acción orientadas a una mejora del proceso de implementación de las GPC.

Las técnicas que se recomiendan varían entre las más naturales, en las que las restricciones sobre la situación de estudio son mínimas y se caracterizan por la participación activa de los/as participantes en el desarrollo de la técnica, como son (24-26) estudio de caso, informantes clave, tormenta de ideas, técnicas de consenso, observación directa, grupos focales o entrevista. Hasta otros métodos y técnicas que tienen mayor control sobre la situación como son la encuesta y cuestionarios, las cuales se basan en la representatividad de la muestra. Las técnicas del primer grupo se pueden encuadrar en lo que se llama investigación-acción por tener como objetivo contribuir a la mejora de los procesos estudiados, mientras que las segundas pretenden la medición. Dentro de este conjunto de técnicas, la elección de las más apropiadas estará condicionada por el objetivo que se persigue, las circunstancias locales, como son el número de profesionales, el tiempo y recursos disponibles y la naturaleza de las barreras que el equipo implementador crea que pueden existir (24). En nuestro caso, el objetivo es doble. Por un lado, se pretende conocer las barreras más relevantes en nuestro medio y por otro, dentro del mismo proyecto de investigación, pretendemos diseñar un cuestionario sobre actitudes de los/as médicos/as de atención primaria hacia las GPC tomando como punto de partida la información extraída en la primera fase, de este modo se asegura la validez de contenido y su vinculación al contexto en el que será empleado *a posteriori*.

Para cumplir con los objetivos marcados es imprescindible conocer la opinión de los agentes activos en la elaboración, en la difusión y uso de las GPC, por lo que se ha decidido aplicar el método Delphi para cumplir con el primer objetivo.

El método Delphi es una técnica de investigación social que tiene como objetivo la obtención de una opinión grupal fidedigna a partir de un grupo de expertos (27;28). Ha sido empleado principalmente como técnica de previsión y consenso entre un grupo de personas, como expertos, y que pueden aportar contribuciones valiosas en situaciones de incertidumbre o problemas complejos. También está siendo utilizada en investigaciones sobre salud y educación donde los/as participantes han sido los distintos profesionales de sanidad, médicos/as, enfermeros/as, terapeutas, psicólogos/as, y educadores/as (29-32).

Este método de investigación se caracteriza por:

- a) Ser un proceso iterativo, como mínimo los/as expertos/as deben ser consultados dos veces sobre la misma cuestión, de forma que puedan volver a emitir su opinión una vez que reciben las opiniones, de parte del coordinador, del resto de los/as expertos/as.
- b) Mantener el anonimato de las respuestas de los/as participantes, los/as expertos/as no coinciden temporal ni físicamente, evitando la influencia de miembros dominantes sobre las respuestas de otros miembros.
- c) El feedback es controlado, el intercambio de información entre los/as expertos/as se realiza a través del grupo coordinador del estudio quien decide que información u opiniones facilita a los/as expertos/as.
- d) El contenido del feedback que se ofrece al grupo puede ser de carácter cualitativo, si lo que importa no es tanto el consenso como la calidad del resultado. La información es cualitativa cuando se ofrece información objetiva y subjetiva originada por el propio grupo de expertos (después de su procesamiento por el grupo coordinador). Puede ofrecer información adicional procedente del equipo coordinador, si es pertinente. El contenido puede ser de carácter cuantitativo si las preguntas están formuladas de forma que se pueda realizar un tratamiento estadístico de las respuestas, por lo que todas las opiniones forman parte de las conclusiones finales. En este caso se ofrecen medidas de tendencia central y de dispersión de las respuestas del grupo en la ronda anterior. La decisión de devolver una información u otra depende del objetivo que persigue el estudio, que puede estar centrado en obtener un contenido:
  - **Básico**, cuando se busca alcanzar una postura final única y consensuada.
  - **Complementario**, cuando el consenso es deseable, pero no fundamental.
  - **Marginal o incluso prescindible**, cuando se busca hacer aparecer realidades complejas, diferentes y contrapuestas.

En esta investigación, y para responder a los objetivos propuestos, nos interesa obtener un contenido básico que nos permita conocer las barreras de distinto tipo que intervienen en el proceso de implementación de las GPC y conseguir información complementaria que nos permita cumplir con el segundo objetivo propuesto de aportar evidencias empíricas que contribuyan a garantizar la validez interna del cuestionario sobre actitudes.

El feedback contribuye a la obtención de resultados de grupo de mayor calidad. Facilita la convergencia de opiniones y opiniones consensuadas y ayuda a anticipar reacciones de los afectados ante los resultados del estudio.

- e) El equipo coordinador debe estar formado por un reducido número desconocedores de la técnica Delphi y de la realidad del objeto de estudio para poder interpretar correctamente las opiniones y aportaciones del grupo de expertos/as.

## IV.2. Participantes

**Grupo coordinador de la investigación:** estaba formado por 6 personas, cuatro profesionales sanitarios/as del Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (tres médicos/as de familia y una farmacéutica) con experiencia en la elaboración de GPC, una psicóloga experta en la metodología de construcción de instrumentos de medida y una socióloga.

**Grupo de expertos:** entendemos por experto/a a la persona cuya situación y recursos personales le posibiliten contribuir positivamente a la consecución del fin que ha motivado la iniciación del método Delphi y aporte un *input* o conocimiento relevante.

Para obtener un mayor aprovechamiento de la técnica, se eligieron como expertos a 36 médicos (asistenciales y gestores) que conocían las GPC de HTA y asma. Todos desarrollaban su asistencia en Atención Primaria y en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Otros criterios que se tuvieron en cuenta fueron que estuvieran representadas las siete Comarcas de Osakidetza, la situación laboral, el sexo, la edad, los años de experiencia. En la tabla 2 se muestra la distribución de los/as participantes para las variables socio-demográficas.

**Tabla 2. Descriptivos de las variables sociodemográficas del grupo de expertos**

Sexo		Comarca		Situación laboral		Antigüedad (años) (M = 20 Dt =5,96)		Edad (años) (M = 47,63 Dt =5,75)	
Mujeres	18	Araba	4	Fijo	31	<15	10	≤42	8
Hombres	17	Bilbao	4	Interino	4	16 - 20	10	43 - 48	9
		Ezkerraldea	6			21- 25	8	49 -53	15
		Gipuzkoa Este	6			≥ 26	8	≥54	4
		Gipuzkoa	6						
		Oeste Interior	8						
		Uribe	1						

M= Media; Dt=Desviación típica

### IV.3. Procedimiento y desarrollo

De acuerdo a los criterios descritos anteriormente, se hizo un primer contacto por teléfono a los/as médicos/as, para solicitar su conformidad en la participación voluntaria en la investigación. Excepto dos personas, el resto de profesionales aceptó participar en el estudio. Posteriormente, se generó la lista de correos electrónicos de los/as participantes que fue el procedimiento de comunicación utilizado durante toda la investigación, el cual asegura mayor independencia de opinión de los/as expertos/as.

A continuación se envió la carta de invitación formal junto con el primer cuestionario (**Anexo X.1**). En la carta se les animaba y se explicaba el motivo y el procedimiento que se seguiría en el estudio. En este caso, la técnica Delphi se realizó en dos fases: cuestionario-feedback-cuestionario. Igualmente les comunicábamos que les enviaríamos los resultados de la primera ronda y el cuestionario de la segunda fase para su cumplimentación.

El plazo aproximado concedido para el reenvío de las respuestas fue de 15 días, se esperó a reunir los 36 cuestionarios solicitados. Una vez reunidos todos, se analizaron las respuestas, se resumió la información en tablas fácilmente comprensibles y se elaboró el segundo cuestionario y ambos documentos se remitieron en la segunda fase junto a un recordatorio del propósito del estudio.

En los análisis de la primera ronda el grupo coordinador comprobó la coincidencia de indicadores presentados y los sugeridos por los/as expertos/as, por lo que para elaborar el cuestionario de la segunda ronda se evitaron las redundancias y se resumió la información respetando siempre la idea de los/as participantes. El resultado fue un segundo cuestionario (**Anexo X.2**) de 25 ítems categóricos con un valor del 0 al 5 según su grado de importancia en la implementación de las GPC.

Nuevamente se les dio un plazo de 15 días para responder al segundo cuestionario. Una vez recibidas las respuestas se procedió a su análisis y a la elaboración de los ítems que formarán parte del cuestionario de evaluación de actitudes hacia el uso de las GPC, que comprende una segunda parte de este proyecto.

## IV.4. Herramienta: elaboración de los cuestionarios

Los cuestionarios se elaboraron de manera que se facilitase la respuesta por parte de los/as participantes. Entre las distintas alternativas que ofrece la técnica Delphi se optó, para el cuestionario de la primera ronda, por un formato de pregunta y de respuesta mixto que contenía preguntas abiertas en las que podían dar su opinión y preguntas de ordenamiento en las que tenían que ordenar determinadas situaciones.

El cuestionario de la segunda ronda se realizó a partir de las conclusiones extraídas en la primera. En esta ocasión las cuestiones tenían todas el mismo formato de pregunta abierta.

En el primer cuestionario se diferencian dos partes. En la primera, se presentan las cuatro dimensiones que se derivaron de la información extraída de una búsqueda sistemática de la literatura, de las sesiones de trabajo del equipo coordinador y de una reunión informal realizada con usuarios de las GPC, sobre los factores relevantes que influyen en la utilización de las guías (**Anexo X.3**) y que pueden estar afectando a la aceptación de las mismas.

En cada dimensión del cuestionario se definieron un conjunto de indicadores:

Dimensión 1: consta de 6 indicadores que recogen los aspectos relacionados con la preparación de la *presentación* de las GPC en los centros sanitarios (cita, ponentes, metodología...).

Dimensión 2: consta de 4 indicadores que recogen aspectos referentes del *formato* de las guías (acceso on-line, flexibilidad búsqueda...).

Dimensión 3: se refiere a la *facilidad de uso* de las guías y consta de 6 indicadores (manejo, práctica diaria...).

Dimensión 4: corresponde a la *utilidad* de las guías en la práctica clínica diaria y está formada por 5 indicadores (buenos resultados, atención paciente...).

Para responder a los indicadores se solicitó que, basándose en su experiencia, respondiesen según su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación, marcando el número correspondiente del 0 al 5.

En cada dimensión, después de las cuestiones, se presentaba una pregunta abierta en la que el participante podía indicar las sugerencias de mejora de la dimensión correspondiente.

En la segunda parte, se presentaron una serie de indicadores que pueden actuar de barreras internas o externas. A los/as participantes se les solicitó que seleccionaran y ordenaran las siete barreras que consideraban más importantes en la aceptación de las guías, en una escala de siete puntos donde el 1=menor importancia y 7=mayor importancia.

El cuestionario también recogía información sobre las variables socio-demográficas edad, sexo, antigüedad, situación laboral y comarca a la que pertenecen. Las repuestas numéricas se trataron de forma porcentual y con estadísticos de tendencia central y dispersión. Con las sugerencias se realizó un análisis de frecuencias.

A partir de los resultados obtenidos en la primera ronda se elaboró el cuestionario de la segunda. El equipo coordinador ordenó la información obtenida y resumió la información en un cuestionario de 25 cuestiones que los/as expertos/as tienen que volver a responder. Este cuestionario recoge las barreras internas y externas que son percibidas por los/as expertos/as como importantes e influyentes en el proceso de implementación de las GPC.

Con el propósito de no alargar el cuestionario innecesariamente, algunas de las barreras con contenido muy parecido como la barrera interna *desánimo por la falta de uso por parte de otros niveles asistenciales* tiene un contenido semejante al de la sugerencia *implicación de especialistas en la aplicación y difusión*, y se unificó en el concepto *implicación de los/as profesionales especialistas en la aplicación y difusión* como barrera interna y externa. La barrera interna *rechazo a aceptar nuevas indicaciones* se unificó con la barrera *resistencia al cambio de los/as médicos/as*. El cuestionario también recoge algunas de las cuestiones más importantes surgidas en las preguntas abiertas del cuestionario de la primera ronda.

# V. Análisis

Para finalizar el proceso iterativo en esta investigación se siguen distintos criterios. Se ha podido comprobar a lo largo de los estudios realizados con el método Delphi que, según avanza el proceso, y tras sucesivas rondas, se alcanza un punto de equilibrio cuasi estático, en el que casi no hay variaciones en las opiniones. Pero otros estudios han puesto de manifiesto cómo a partir de un número determinado de iteraciones los resultados en lugar de mejorar empeoran. Por consiguiente es necesario disponer de criterios que permitan determinar el número de rondas conveniente para cada caso teniendo en cuenta razones de tiempo, coste y precisión del estudio.

Los criterios que se utilizan en este trabajo son el de consenso y el de estabilidad.

## V.1. Criterios de consenso

El consenso es el grado de convergencia de las estimaciones individuales que se alcanza cuando las opiniones presentan un grado aceptable de proximidad (cuando el rango intercuartílico es reducido).

Si el consenso se persigue como objetivo y se repite el proceso hasta conseguirlo, se corre el peligro de ignorar la presencia de corrientes de opinión distintas y de forzar demasiado a los/as expertos/as hacia la convergencia.

Los indicadores de consenso son:

- El **Rango Intercuartílico Relativo (RIR)** es la diferencia entre el cuartil superior y el inferior dividido por la mediana (la mediana y el Q2 coinciden):

$$\text{RIR} = (Q_3 - Q_1) / Md$$

- El **Coefficiente de Variación (v)** indica la dispersión existente entre las valoraciones dadas por los/as expertos/as. Es la desviación típica de la distribución de las respuestas entre la media:

$$v = \sigma / \mu$$

Estos coeficientes ofrecen información complementaria sobre el mismo concepto de consenso. El RIR evalúa la proximidad de las distintas valoraciones dadas por los/as expertos/as y v indica la dispersión entre ellas. Como se

puede deducir, cuanto más bajos sean los valores obtenidos más proximidad, y por lo tanto menos dispersión y más consenso habrá entre las opiniones emitidas por los/as participantes. Existirá consenso si el valor de los indicadores es menor que el predeterminado subjetivamente (28).

## V.2. Indicadores de estabilidad

La estabilidad se toma como criterio adecuado para la finalización del proceso e implica la no variación significativa de las opiniones de los/as expertos/as en rondas sucesivas, independientemente del grado de convergencia alcanzado. Se considera la estabilidad grupal, y no la individual.

Los indicadores más empleados son:

- La **Variación del RIR** de la distribución de las respuestas de dos rondas sucesivas.

$$\text{Variación RIR} = \text{RIR1} - \text{RIR2}$$

- La **Variación del Coeficiente de Variación (v)** es la diferencia del coeficiente de variación de la primera ronda y la k-1 ronda.

$$\text{Variación } v = v_k - v_{k-1}$$

Al igual que con los indicadores de consenso, se predetermina subjetivamente un valor que indica si existe estabilidad entre las distintas rondas. En este trabajo, y teniendo en cuenta los valores predeterminados en otras investigaciones, se ha prefijado el valor de 0,5, es decir, si los coeficientes alcanzan un valor  $\leq 0,5$  se considera que se pueden parar las rondas y que existe estabilidad (33;34).

# VI. Resultados

Los resultados se han obtenido aplicando los indicadores de consenso y estabilidad explicados en el apartado anterior. El feedback de la primera ronda dado al grupo de expertos/as fue de carácter cuantitativo: estadísticos de tendencia central, grado de dispersión/variación ( $v$ ), cuartiles y el la variación de recorrido intercuartílico relativo (RIR) como medida de estabilidad de las respuestas. En la información cualitativa sobre las sugerencias realizadas en las preguntas abiertas de cada dimensión, se elaboró un documento con las sugerencias ordenadas por categorías y señalando las más citadas.

## VI.1. Análisis de la primera ronda

### VI.1.1. Análisis descriptivo de las dimensiones de las GPC

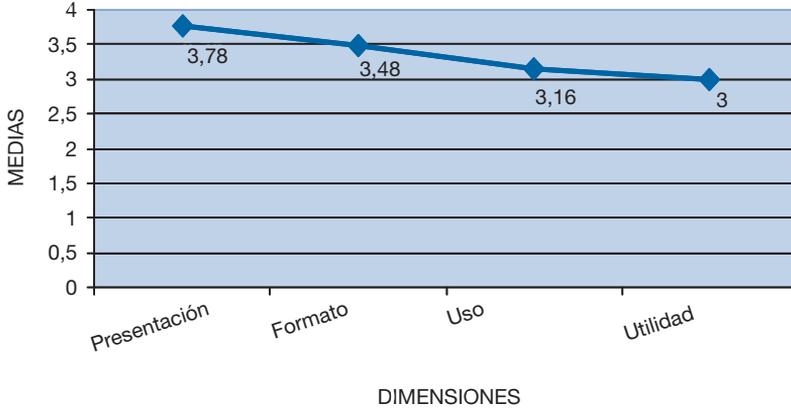
La tasa de respuesta al cuestionario es del cien por cien en todas las cuestiones presentadas.

Los indicadores de las cuatro dimensiones, presentación, formato, facilidad de uso y utilidad, se valoran de 0 a 5 por su grado de importancia en la aceptación de las GPC, por lo que la puntuación más alta indica mayor acuerdo con la afirmación. De cada indicador y dimensión se considera la media aritmética como el grado medio de importancia según el grupo de expertos.

La dimensión valorada como la más importante para la aceptación de las guías es la presentación de las mismas en los centros. Esta dimensión recoge los indicadores referentes a la presentación, al/a ponente y a la metodología empleada. En los gráficos 1 y 2 se muestra la valoración media ordenada de mayor a menor por grado de importancia de las dimensiones y de los indicadores.

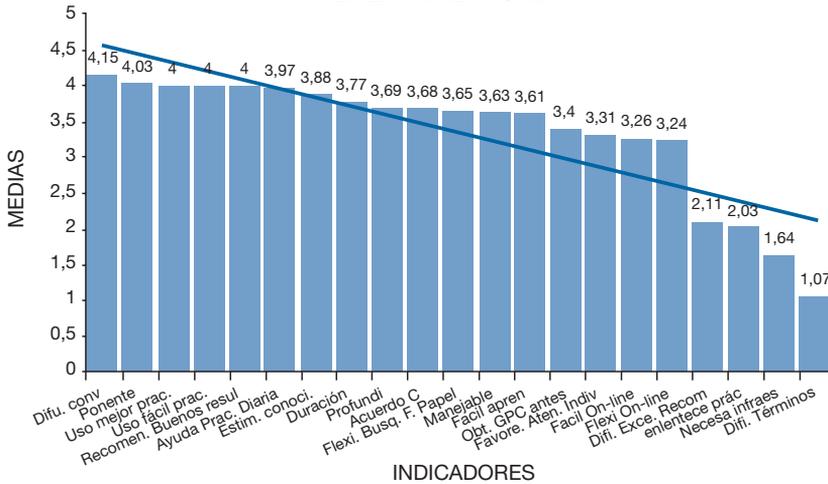
**Gráfico 1. Orden de las medias de las dimensiones de valoración de las GPC**

VALORACIÓN DEL GRADO DE IMPORTANCIA DE LAS DIMENSIONES EN IMPLEMENTACIÓN DE LAS GPC EN LA PRIMERA RONDA



**Gráfico 2. Orden de las medias de los indicadores de valoración de las GPC**

GRADO DE IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE LAS DIMENSIONES EN LA PRIMER RONDA



## VI.1.2. Selección de las barreras internas y externas

A los/as expertos/as se les pidió que seleccionasen y ordenaran siete barreras internas y otras siete barreras externas por el grado de importancia que subjetivamente les otorgaban y que podían influir en el proceso de implementación de las GPC. En este caso el 1 significa la primera en importancia y el 7 la última en importancia. En los análisis, para facilitar la interpretación de los resultados, y que el concepto fuera en paralelo al significado del número, se invirtió el valor de los números, de tal forma que un número mayor significa más importante y un número menor menos importante.

Para ordenar las barreras nos hemos guiado por la media y por la proporción de expertos que las valoraban en cada puesto del ranking. Siguiendo la aplicación de la metodología Delphi y teniendo en cuenta la dificultad que existe en discriminar entre un elevado número de estímulos, se solicita a los/as participantes que seleccionen por orden las 7 más importantes. Las tablas 3 y 4 muestran las barreras ordenadas de mayor a menor importancia y el número de sujetos que la eligieron.

**Tabla 3. Barreras internas ordenadas según el valor de la media**

Barreras internas	Medias	N
1ª Resistencia al cambio por parte de los/as médicos/as	5,09	32
2ª La escasa aceptación como instrumento de trabajo	4,68	19
3ª Son consideradas una amenaza para la autonomía del médico	4,39	23
4ª Desconfianza en la utilidad para práctica diaria	4,35	14
5ª Rechazo aceptar nuevas indicaciones	4,35	14
6ª Desánimo por falta de incentivos por el uso	4,18	16
7ª Desánimo falta de uso por parte de otros niveles asistenciales	4,12	24
8ª Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para conocer las GPC	3,77	27

**Tabla 4. Barreras externas ordenadas según el valor de la media**

Barreras externas	Medias	N
1ª Práctica de la especializada en desacuerdo con las guías	4,97	35
2ª La organización de la agenda en los centros	4,76	21
3ª Ausencia de implantación y aceptación en la especializada	4,68	32
4ª La metodología seguida para el aprendizaje de las guías	4,51	27

Barreras externas	Medias	N
5ª Existen otras guías de más confianza	4,27	11
6ª La presión de la industria farmacéutica	4,23	30
7ª Formación dada por especialistas en conflicto	3,92	27
8ª Discordancia entre los/as participantes del equipo AP	3,81	16

### VI.1.3. Valoración de consenso de las dimensiones relacionadas con las GPC

Se analizaron las tres partes del cuestionario, las dimensiones propuestas por el equipo: presentación, formato, facilidad de uso y utilidad, la valoración de la importancia de las barreras internas y externas y las sugerencias realizadas por los/as expertos/as referidas a cada una de las dimensiones. Para determinar el grado de consenso se ha tomado como valor de referencia alcanzar un RIR y un coeficiente de variación (v) menor o igual a 0,50.

En la tabla 5 se presenta el grado de importancia otorgado a cada indicador (de 0 a 5) y el grado de **consenso RIR** entre los/as expertos/as con los indicadores de las dimensiones de utilidad. Se observa que todos los indicadores alcanzan una Md y Q2 = 4 en una escala de 5 puntos, excepto los indicadores 15, 16, 18 y 19 que muestran una mediana entre uno y dos, lo que quiere decir que en estos cuatro indicadores, el 50% de los/as expertos/as los consideran muy poco importantes o influyentes en la aceptación de las guías, y además son objeto de discrepancia en su valoración. En la tabla están marcados con un asterisco. Destaca que el indicador 17, *las recomendaciones de las guías dan buenos resultados*, haya alcanzado un grado de consenso del 100% en los/as expertos/as en la primera ronda (RIR=0), lo que quiere decir que no hay discrepancias en considerar que la información que se ofrece en las guías es valorada como muy importante en la práctica diaria. En el otro extremo se encuentra el indicador 18, *su uso requiere disponer de una infraestructura que no existe*, que obtiene un valor de RIR=3,00; en este caso el 50% de los/as expertos/as consideran que su importancia es muy baja en una escala de 0 a 5.

**Tabla 5. Grado de consenso en las dimensiones de las GPC (RIR)**

Presentación	N	Q <sub>1</sub>	Md Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	RIR $\frac{(Q_3 - Q_1)}{Md}$
1. Difusión convocatoria	34	3,75	4,00	5,00	0,31
2. Acuerdo previo en el Centro	34	3,00	4,00	4,00	0,25
3. Duración sesión presentación	35	3,00	4,00	4,00	0,25
4. Profundización de contenidos, objetivos, utilidad	35	3,00	4,00	4,00	0,25
5. Facilidad obtener una Guía antes presentación	35	3,00	4,00	4,00	0,25
6. Perfil del ponente de la presentación	35	3,00	4,00	5,00	0,50
<b>Formato</b>					
7. Manejabilidad GPC	35	3,00	4,00	4,00	0,25
8. Fácil acceso on-line	35	2,00	4,00	4,00	0,50
9. Flexibilidad búsqueda contenidos formato on-line	35	2,50	4,00	4,00	0,37
10. Flexibilidad búsqueda contenidos formato papel	33	3,00	4,00	4,00	0,25
<b>Facilidad de Uso</b>					
11. Fácil aprender su manejo	36	3,00	4,00	4,00	0,25
12. El uso mejora la práctica diaria	36	3,25	4,00	5,00	0,50
13. El uso evita pasos innecesarios	36	3,00	4,00	5,00	0,50
14. Estimula actualización conocimientos	34	3,00	4,00	5,00	0,50
15. Su uso es difícil por exceso de recomendaciones	27	1,00	2,00	3,00	1,00*
16. Su uso es difícil por los términos empleados	27	1,00	1,00	2,00	1,00*
<b>Utilidad</b>					
17. Las recomendaciones dan buenos resultados	36	4,00	4,00	4,00	0,00
18. Su uso disponer de infraestructura que no existe	36	0,00	1,00	3,00	3,00*
19. El correcto uso ralentiza la práctica diaria	36	0,00	2,00	3,00	1,50*
20. Su uso favorece la atención individualizada	35	3,00	4,00	4,00	0,25
21. Ayuda en la práctica diaria	36	3,25	4,00	5,00	0,43

\*RIR > 0,50 falta de consenso

## VI.1.4. Valoración de consenso/dispersión de las barreras internas y externas

La evaluación del consenso en las barreras internas y externas se ha realizado a partir del RIR y  $v$ ; el valor predeterminado para la toma de decisión sigue siendo alcanzar un valor igual o inferior a 0,50. Se calcularon en todas las barreras presentadas y no solamente con las ocho seleccionadas como más importantes por los/as expertos/as.

En el análisis de las barreras internas, las 8 seleccionadas por ser valoradas como importantes por los/as expertos/as son consideradas como contenido básico sobre las cuales se busca, principalmente el consenso. En la tabla 6 se muestran juntas y en negrilla. Las 7 restantes se consideran como contenido complementario, puesto que ocupan un orden inferior al puesto octavo y sobre las cuales no necesariamente se busca el consenso. En la misma tabla, en la última columna se puede observar el valor de los índices consenso RIR para cada una de ellas y señalados con un asterisco las que sobrepasan el valor determinado.

**Tabla 6. Grado de consenso entre las barreras internas (RIR)**

BARRERAS INTERNAS 1ª RONDA	Q <sub>1</sub>	Md Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	RIR $\frac{(Q_3 - Q_1)}{Md}$
1. Desconfianza en la utilidad para práctica diaria	3,00	5,00	5,25	0,45
2. Resistencia al cambio por parte de los/as médicos/as	3,25	6,00	7,00	0,62*
4. Son consideradas una amenaza para la autonomía del médico/a	3,00	4,00	6,00	0,50
5. La escasa aceptación como un instrumento de trabajo	2,00	5,00	7,00	1,00*
8. Rechazo aceptar las nuevas indicaciones	3,00	5,00	6,00	0,40
12. Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para conocerlas	2,00	4,00	5,00	0,75*
14. El desánimo por la falta de uso en otros niveles asistenciales	3,00	4,00	5,00	0,50
15. El desánimo por la falta de incentivos por el uso	2,25	4,00	6,00	0,93*
3. El objetivo de las guías es controlar el gasto	1,00	3,00	5,00	1,33
6. La desconfianza en los autores	1,75	3,00	6,00	1,41
7. El desacuerdo con las recomendaciones que se proponen	2,00	3,00	4,00	0,66
9. La preferencia por otros métodos que mejoran la práctica	1,50	3,50	4,75	0,92

BARRERAS INTERNAS 1ª RONDA	Q <sub>1</sub>	Md Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	RIR $\frac{(Q_3 - Q_1)}{Md}$
10. Desconfianza en propuestas presentadas desde el Departamento de Sanidad/Osakidetza	2,00	4,00	6,00	1,00
11. Los conocimientos se adquieren por otros procedimientos	1,50	4,00	6,00	1,12
13. Ausencia de motivación en el equipo de AP para su uso	2,00	4,00	5,00	0,75

\* RIR > 0,50 falta de consenso

En las barreras externas se ha seguido el mismo procedimiento. En la tabla 7 se puede observar como existe más desacuerdo, en esta primera ronda, entre las 8 seleccionadas como las más importantes.

**Tabla 7. Grado de consenso entre las barreras externas (RIR)**

BARRERAS EXTERNAS 1ª RONDA	Q <sub>1</sub>	Md Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	RIR $\frac{(Q_3 - Q_1)}{Md}$
1. Existen otras guías de más confianza	2,00	4,00	7,00	1,25*
5. La organización de la agenda en los centros	3,50	5,00	7,00	0,70*
6. La metodología seguida para el aprendizaje/ enseñanza de las guías	3,00	5,00	6,00	0,60*
7. Ausencia de difusión e implementación en la especializada	4,00	4,00	6,00	0,50
8. Práctica de la especializada en desacuerdo con las guías	3,00	6,00	6,00	0,50
9. La presión de la industria farmacéutica	3,00	4,50	5,00	0,44
10. Discordancia entre los miembros del equipo de AP en la aplicación	3,00	3,50	5,00	0,57*
14. Formación dada por especialistas en conflicto con las recomendaciones	2,00	4,00	5,00	0,75*
2. La metodología seguida en las guías	1,75	3,00	4,75	1,00*
3. Mensajes contradictorios sobre el uso de las guías	2,00	3,00	5,00	1,00*
4. La falta de estudios sobre la eficacia de las guías en la práctica clínica	2,00	2,50	3,25	0,50
11. Los pacientes demandan tratamientos distintos a los recomendados GPC	1,50	2,00	3,00	0,75*

.../...

.../...

BARRERAS EXTERNAS 1ª RONDA	Q <sub>1</sub>	Md Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	RIR $\frac{(Q_3 - Q_1)}{Md}$
12. Falta de divulgación a la sociedad de las ventajas del uso de las guías	2,00	2,00	4,00	1,00*
13. Actitud de los pacientes	1,00	2,00	3,75	1,37*

\* RIR > 0,50 falta de consenso

En las tablas 6 y 7 puede resultar llamativo, el dato de que entre las barreras internas y externas no seleccionadas, haya valores de RIR superiores al punto de corte establecido. Esto es debido al escaso número de participantes que eligieron estas opciones.

En las tablas 8 y 9, se presenta el coeficiente de variación de consenso/dispersión ( $v$ ) en las barreras internas y externas respectivamente y el valor global de consenso en cada una de ellas y será tenido en cuenta para estimar la estabilidad de las opiniones entre la primera ronda y la segunda y indicarán la terminación del proceso iterativo.

Entre las 8 barreras internas más importantes (tabla 8), se observa mayor dispersión en las barreras 12 *Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para usarlas* ( $v = 0,519$ ) y en la 15 *El desánimo por la falta de incentivos por el uso de las guías* ( $v = 0,502$ ) En las 6 restantes y en el valor global se obtienen valores por debajo del establecido de 0,5.

**Tabla 8. Grado de consenso entre las barreras internas ( $v$ )**

BARRERAS INTERNAS 1ª RONDA	Media	Desv. Tip.	Dispersión $v = \sigma/\mu$
1. Desconfianza en la utilidad de las guías	4,35	1,39	0,319
2. Resistencia al cambio	5,09	1,92	0,377
4. Son consideradas como una amenaza para la autonomía	4,39	1,58	0,359
5. La escasa aceptación de las guías como un instrumento de trabajo	4,68	2,10	0,448
8. Rechazo a aceptar las nuevas indicaciones	4,35	1,59	0,365
12. Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para usarlas	3,77	1,96	0,519*
14. Desánimo falta de uso por parte de otros niveles asistenciales	4,12	1,65	0,400
15. El desánimo por la falta de incentivos por el uso de las guías	4,18	2,10	0,502*

VALOR GLOBAL DE CONSENSO	4,36	1,78	0,408
3. El objetivo de las guías es controlar el gasto	3,18	1,81	0,569*
6. La desconfianza en las/os autores	3,50	2,07	0,591*
7. El desacuerdo con las recomendaciones que se proponen	3,16	1,74	0,550*
9. La preferencia por otros métodos que mejoran la práctica clínica	3,33	1,66	0,498
10. Desconfianza hacia cualquier propuesta	3,78	2,09	0,552*
11. Los conocimientos médicos se adquieren por otros procedimientos	3,94	2,19	0,555*
13. Ausencia de motivación en el equipo de AP para usar las guías	3,89	1,85	0,475

\*  $v > 0,50$  falta de consenso

En las barreras externas (Tabla 9) sólo la barrera 1. *Existen otras guías de más confianza* ( $v = 0,573$ ) no alcanza el valor establecido. Las demás barreras junto al valor global ofrecen valores inferiores al determinado. El valor global resume el grado de consenso/dispersión de las 8 barreras y es el que se comparará con el alcanzado en la segunda ronda.

**Tabla 9. Grado de consenso entre las barreras externas (v)**

BARRERAS EXTERNAS 1ª RONDA	Media	Desv. Tip.	Dispersión $v = \sigma/\mu$
1. Existen otras guías de más confianza	4,27	2,45	0,573*
5. La organización de la agenda en los centros	4,76	2,16	0,453
6. La metodología seguida para el aprendizaje/ enseñanza de las guías	4,51	2,00	0,443
7. Ausencia de difusión e implementación en la especializada	4,68	1,59	0,339
8. Práctica de la especializada en desacuerdo con las guías	4,97	1,93	0,388
9. La presión de la industria farmacéutica	4,23	1,71	0,402
10. Discordancia entre los miembros del equipo de AP en la aplicación	3,81	1,72	0,451
14. Formación dada por especialistas en conflicto con las recomendaciones	3,92	1,87	0,479

VALOR GLOBAL DE CONSENSO	4,39	1,92	0,437
2. La metodología seguida en las guías	3,33	2,06	0,618*
3. Mensajes contradictorios sobre el uso de las guías	3,53	1,66	0,470
4. La falta de estudios sobre la eficacia de las guías en la práctica clínica	2,90	1,66	0,572*
11. Los pacientes demandan tratamientos distintos a los recomendados GPC	2,47	1,46	0,591*
12. Falta de divulgación a la sociedad de las ventajas del uso de las guías	2,60	1,24	0,476
13. Actitud de los pacientes	2,80	2,09	0,746*

\*  $v > 0,50$  falta de consenso

### Valoración de las sugerencias

En la tabla 10 se presentan de forma detallada el conjunto de las sugerencias realizadas en cada dimensión, y en cada una de ellas la sugerencia más frecuente. Destacan en cada dimensión: *la importancia del ponente*, ofrecer un *formato resumido*, *especificar recomendaciones claras*, *apoyo informático y difusión y uso en la especializada*.

**Tabla 10. Sugerencias de mejora de los indicadores de las dimensiones y frecuencias**

PRESENTACIÓN (N= 24; 66,67%)	Frec.
Determinación de la fecha (modificar agenda, notificar antelación, por acuerdo, no modificar)	8
Importancia del ponente (que sea especialista, experto, reconocido implicado en elaboración)*	10
Métodos aprendizaje participativos (análisis casos, preguntas, resultados que se esperan, tener antes el material)	6
Sesiones post-sesión (actualización GPC, sesiones recordatorio centro, seguimiento de uso, formar equipo sobre las guías)	7
FORMATO (N= 22; 61,11%)	
On-line, índice, facilidad búsqueda términos y enlaces dentro de la guía	9
Formato resumido*	13
Unificar formatos (anillas)	4
Anexar protocolo de actuación	8
No hay problemas con el formato	3
FACILIDAD USO (N= 22; 61,11%)	
Especificar recomendaciones esquemáticas, claras, Integración en el programa Osabide de gestión de la historia clínica*	6
Especialistas de referencia en la especializada	5
Forma resumida	5
Incentivar el uso, reconocimiento entregar a residentes	3

<b>FACILIDAD USO (N= 22; 61,11%)</b>	
Similitud protocolos actuación, evitar discordancias	2
En biblioteca, entregar residentes	2
<b>UTILIDAD DE LAS GPC (N= 16; 44,44%)</b>	
Apoyo informático: dudas pasos en diagnóstico, tratamiento, foro, dudas, dificultades	3
Ejercicios prácticos sobre casos clínicos	2
Resumen	3
Carteles resumen en pared como industria farmacéutica	1
Índice fármacos	1
Archivar juntas	2
Revisión periódica	2
<b>ACCIONES PARA POTENCIAR EL USO DE LAS GPC</b>	
Adaptar guías de las sociedades científicas	
Material y consultas on-line, foro	
Actitud común ante el mismo problema. Cambio valores en Osakidetza	2
Reconocimiento personal por su uso	3
Forma resumida. Desarrollo de protocolos y guías. Indicadores recomendados. Recomendaciones	
Difusión y uso en especializada y primaria	5
Formación continua periódica por centros	5
Neutralizar empresa farmacéutica	1

A partir de los resultados de la primera ronda se elaboró un informe de feedback dirigido a los/as expertos/as en el que se describía la valoración hecha en el grupo.

## VI.2. Análisis de la segunda ronda

### VI.2.1. Valoración de la estabilidad

Puesto que el objetivo de este trabajo es identificar las barreras que influyen en la implementación de las GPC, nos centramos en el análisis de las seleccionadas. Se han seguido los mismos criterios de importancia que en la primera ronda.

En la tabla 11 y 12 se presenta el RIR de la primera ronda, de segunda ronda y la Variación del RIR entre ambas rondas de las barreras internas y externas. Este coeficiente informa del consenso alcanzado y permite tomar la decisión de parar el proceso. Con los resultados obtenidos podemos dar por

finalizado el proceso puesto que todos los valores obtenidos son inferiores al valor predeterminado ( $RIR \leq 0,50$ ).

**Tabla 11. Consenso en las barreras internas en la segunda ronda RIR y Variación del RIR**

Barreras Internas	RIR <sub>1</sub>	RIR <sub>2</sub>	RIR <sub>1</sub> - RIR <sub>2</sub>
Resistencia de los médicos/as a cambios	0,62	0,33	0,29
La escasa aceptación como instrumento de trabajo	0,45	0,33	0,12
Las guías son una amenaza para autonomía médicos	0,50	0,50	0,00
Desconfianza como instrumento en práctica clínica	0,45	0,33	0,12
Estimular el uso con incentivos	0,93	0,70	0,23
Implicación de especialistas en aplicación	0,50	0,50	0,00
Excesivo esfuerzo para conocerlas en profundidad	0,75	0,33	0,42
Media total	2,97	1,018	0,168

**Tabla 12. Consenso en las barreras externas en la segunda ronda RIR y Variación del RIR**

Barreras Externas	RIR <sub>1</sub>	RIR <sub>2</sub>	RIR <sub>1</sub> - RIR <sub>2</sub>
Práctica especializada en desacuerdo con las guías	0,50	0,50	0,00
La organización de la agenda en los centros	1,16	1,00	0,16
Implantación de especialistas en aplicación	0,50	0,50	0,00
La metodología aprendizaje de las GPC	1,00	0,50	0,50
Existen otras guías de más confianza	1,25	0,50	0,75
La presión de la industria farmacéutica	0,66	0,33	0,33
Formación dada por especialistas en conflicto	0,75	0,33	0,42
Discordancia entre los miembros del equipo AP	0,44	0,25	0,20
Media total	2,82	1,17	0,295

## VI.2.2. Estabilidad de la variación/dispersión

Para completar la información sobre el nivel de estabilidad de las respuestas también hemos se ha estimado el la variación del v.

En las tablas 13 y 14 se muestra la variación de la segunda ronda en las barreras internas y externas.

**Tabla 13. Coeficiente de variación del consenso/dispersión de las barreras internas**

Barreras internas 2ª ronda	2ª Ronda Media	2ª Ronda Dt	Dispersión (v)
Resistencia de los médicos/as a cambios	2,52	0,906	0,359
La escasa aceptación como instrumento de trabajo	3,45	0,971	0,281
Las guías son una amenaza para autonomía médicos	3,55	1,175	0,330
Desconfianza como instrumento en práctica clínica	3,45	0,971	0,281
Estimular el uso con incentivos	2,44	1,294	0,530
Implicación de los especialistas	2,12	0,833	0,392
Excesivo esfuerzo para conocerlas en profundidad	2,76	1,091	0,395
Media total	2,97	1,018	0,366

**Tabla 14. Coeficiente de variación de consenso/dispersión de las barreras externas**

Barreras externas 2ª ronda	2ª Ronda Media	2ª Ronda Dt	Dispersión (v)
Práctica especializada en desacuerdo con las guías	2,42	1,119	0,462
La organización de la agenda en los centros	3,30	1,403	0,425
Implicación de los especialistas	2,12	0,833	0,392
La metodología aprendizaje seguida para el aprendizaje GPC	2,70	1,237	0,458
Existen otras guías de más confianza	3,55	1,481	0,417
La presión de la industria farmacéutica	2,79	1,193	0,427
Formación dada por especialistas en conflicto	2,42	1,119	0,462
Discordancia entre los miembros del equipo AP	3,30	1,015	0,307
Media total	2,82	1,17	0,418

### VI.2.3. Variación del coeficiente de variación

Este valor se obtiene de la diferencia entre los índices globales de variación obtenidos entre la primera y segunda ronda. Este indicador se estima para las barreras internas y externas que han sido consideradas como más importantes e indica la finalización del proceso si la diferencia entre los coeficientes de la primera y segunda ronda no es superior al valor predeterminado de 0,050.

Barreras Internas:

$$v_1 = 0,408$$

$$v_2 = \mathbf{0,366}$$

$$\text{Variación } v (\text{ronda } 1 - 2) = 0,042$$

Barreras Externas:

$$v_1 = 0,437$$

$$v_2 = \mathbf{0,418}$$

$$\text{Variación } v (\text{ronda } 1 - 2) = 0,019$$

Según estos resultados, con dos rondas se puede dar por finalizado el proceso y no es necesario preguntar a los expertos por tercera vez.

## VI.3. Resumen de resultados

### Barreras y facilitadores relacionados con las propias GPC

**Presentación de las guías.** Esta dimensión hace referencia al método empleado para difundir las GPC y al contenido de las mismas. Los aspectos reseñados como más importantes son: la organización de la agenda del centro para la sesión de presentación, el método didáctico utilizado por los ponentes en la sesión y la elección del ponente. Se considera importante que la didáctica sea participativa, que se produzcan debates y se puedan analizar casos clínicos apoyados en las guías. Para un mejor conocimiento y uso de las guías se propone la realización de sesiones posteriores de recordatorio y de actualización.

**Formato.** Hace referencia tanto a la presentación impresa como a la presentación on-line. Una parte importante de los/as expertos/as sugieren la necesidad de contar con una versión resumida, y de estimular y potenciar la versión on-line, que facilite la búsqueda de términos y los enlaces dentro

de la propia guía y a otros materiales de interés. También consideran que la presentación on-line puede potenciar la participación de los/as usuarios/as (foros de discusión, realización de consultas, debates, etc.).

**Facilitadores de uso y utilidad.** Todos los/as expertos/as consideran que la aplicación de las GPC da buenos resultados en la práctica clínica. Se considera importante que sean fáciles de usar, y que ayuden a la práctica diaria. Sugieren la necesidad de anexar a las guías protocolos de actuación u otras herramientas prácticas.

## **Barreras internas y externas**

En cuanto a las **barreras internas**, la mayor dificultad en la implantación de las guías se encuentra en la predisposición del/a propio/a médico/a y la falta de aceptación de las guías como instrumento de trabajo.

Respecto a las **barreras externas** se definen por el entorno del desarrollo de la práctica clínica en su conjunto. En los resultados queda patente la falta de acuerdo entre la práctica médica entre la atención primaria y la especializada. Esta discordancia se percibe como un problema a la hora de utilizar las guías en la práctica diaria.

Tanto en el conjunto de las barreras internas como de las externas el grado de acuerdo se alcanzó en la primera ronda del cuestionario.

Estos hallazgos aportan información contextual sobre las barreras y facilitadores predominantes en nuestro medio que se van a utilizar en la elaboración de un cuestionario sobre las actitudes de los/as profesionales sanitarios/as hacia las GPC.



## VII. Discusión

La adherencia de los/as clínicos/as a las recomendaciones es esencial para producir una mejora de la práctica clínica. Sin embargo, existen una gran variedad de barreras que dificultan la aplicabilidad de este paso.

Aunque existe amplia literatura que describe las distintas barreras y facilitadores en la implementación de las recomendaciones, la mayoría de estos estudios provienen de contextos distintos al nuestro, y en general, con una trayectoria más consolidada en el desarrollo e implementación de GPC.

El interés principal de este trabajo consiste en la valoración de la importancia que otorgan los/as profesionales sanitarios/as a las diferentes barreras y facilitadores en relación a las guías implementadas en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. En definitiva, contextualiza la información aportada por la bibliografía, de forma que se facilite el diseño, la planificación y ejecución de intervenciones dirigidas a superar estas barreras.

Entre las barreras internas destaca la escasa aceptación de las guías como instrumento de trabajo, y la resistencia al cambio por parte de los/as profesionales. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios realizados (8;23). Sin embargo, todos los/as expertos/as consideran que «seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados». Estos hallazgos, aunque a primera vista pueden parecer contradictorios, probablemente representan fenómenos diferentes. El concepto de «escasa aceptación como instrumento de trabajo» parece referirse en nuestro caso a aspectos de presentación y formato de las guías, en los que los/as expertos/as aportaron el mayor número de sugerencias.

Según la revisión de la literatura, otra de las barreras que podría justificar la escasa aceptación es la excesiva rigidez de las guías para su aplicación a pacientes individuales (8;23). Sin embargo, en nuestro trabajo no se confirma este hallazgo, ya que los/as profesionales opinan que el uso de las guías facilita la atención al paciente individual.

El hecho de la preferencia por otras guías consideradas de mayor confianza es un hallazgo ya descrito en la literatura (9), y que también aparece en este estudio como una barrera frecuente, no obstante, destaca la falta de acuerdo a la hora de valorar la importancia de esta barrera. El hecho de tratarse de GPC institucionales puede generar desconfianza entre algunos profesionales sanitarios, ya que podrían interpretar las recomendaciones de las GPC como una amenaza para su autonomía, o percibir las como un control

del gasto. La explicación de este fenómeno en nuestro medio requeriría la realización de estudios más específicos. Por otro lado, consideramos que es importante que los/as profesionales puedan elegir las GPC en base a unos criterios de calidad.

En este sentido, la utilización del instrumento Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>), que evalúa distintos aspectos de las GPC, puede resultar de utilidad. Dado que es poco probable que los/as profesionales lo utilicen antes de seleccionar un documento concreto, la elección de GPC avaladas por organismos que utilizan medios explícitos para su realización (NICE: <http://www.nice.org.uk>, SIGN: <http://www.sign.ac.uk>, etc.) o su recopilación (GuíaSalud: <http://www.guiasalud.es>) puede ser una estrategia más sencilla. Sobre todo teniendo en cuenta la calidad mejorable de las GPC disponibles hasta hace poco tiempo en nuestro medio (35), sin que el aval de las sociedades científicas nos asegure una mejor calidad (36).

La ausencia de incentivos para usar las GPC es una barrera que se considera importante pero con falta de acuerdo entre los/as profesionales sanitarios/as, aspecto que también se recoge ampliamente en la literatura (23).

Entre las barreras externas destaca la importancia que adquiere entre los/as profesionales de Atención Primaria el hecho de que las guías tengan una escasa implantación en la atención especializada, esta idea no aparece reflejada en otros estudios realizados en otros estudios (8;23). Aunque las guías hayan sido elaboradas por equipos multidisciplinares, las GPC son poco conocidas y utilizadas en la atención especializada. De hecho, los/as expertos/as participantes en el Delphi señalan como una de las barreras más importantes la discordancia entre las recomendaciones de las GPC y la práctica clínica en la atención especializada. Aunque en las GPC elaboradas en Osakidetza han participado profesionales de la atención especializada la difusión en este nivel de atención ha sido anecdótica. Parece importante que la organización sanitaria impulse la implementación de las guías en la atención especializada, promoviendo la difusión y evaluando su impacto a través de las herramientas disponibles en nuestro medio (contratos de gestión clínica, contrato programa, etc.). Una mayor coordinación entre los dos niveles de atención podría facilitar el proceso de implementación. La realización de estudios como el presente en atención especializada puede proporcionar claves para la planificación de la implementación en dicho nivel.

El hecho de que esta barrera no esté citada en otros estudios internacionales podría deberse a diferencias organizativas de la asistencia sanitaria. Una característica de nuestro sistema es la dependencia de la Atención Primaria a la Atención Especializada para determinadas tareas. Algunos ejemplos

son la limitación para la solicitud de algunas pruebas complementarias y el importante porcentaje de prescripción delegada que soporta la Atención Primaria.

Evidentemente la superación de esta barrera puede suponer la adopción de medidas estructurales por parte de las administraciones sanitarias.

La presión de la industria farmacéutica es considerada como una barrera a tener en cuenta, aspecto que está poco presente en otros estudios (1;8).

En nuestro estudio esta barrera aparece formulada de forma general. Los/as profesionales pueden referirse a la presión ejercida por la industria a través de los medios de comunicación (37) o bien a la presión sentida en sus relaciones directas con ella (38). El fenómeno de las relaciones de la industria con los/as profesionales sanitarios/as comprende: visitas por delegados de laboratorio, participación en alguna actividad financiada por la industria como formación continuada (como asistente o ponente), asistencia a congresos y financiación de asistencia a congresos (38).

La valoración de esta barrera en un lugar destacado requiere que se investigue más a fondo el peso de cada una de las modalidades anteriores en el concepto de «presión de la industria».

Resulta llamativo que las barreras relacionadas con los/as pacientes son valoradas como menos importantes. En la literatura revisada aparecen recogidas dos tipos de barreras en relación con los/as pacientes. La primera es aquella en la que los/as pacientes solicitan algún tipo de prueba o de tratamiento en contradicción con lo indicado en las GPC y la segunda la resistencia al cambios de hábitos (perdida de peso, realización de actividad física, abandono del hábito tabáquico, etc.) que el control de algunas enfermedades precisaría (8;39). En nuestro ámbito, ambas barreras están presentes aunque no parece que los/as profesionales las perciban como importantes.

En cuanto al formato y difusión de las GPC resulta muy claro la preferencia de los/as profesionales por formatos «más amigables», como las versiones resumidas, formatos on-line, o herramientas de apoyo. Las futuras GPC deberían tener en cuenta estos aspectos y adecuar los formatos a las preferencias de los/as usuarios/as, ya que son cambios factibles. Estos hallazgos son consistentes con la literatura consultada (1;8;40).

Sin embargo, en la literatura reciente encontramos algunos ejemplos de cómo las GPC integradas de forma electrónica en atención primaria no han tenido el efecto deseado (41).

La sesión de presentación parece un punto clave en la implementación de las GPC en nuestro contexto, ya que los ítems relacionados con esta

dimensión son valorados como muy importantes. En las futuras GPC, las sesiones de presentación deberían prepararse cuidadosamente teniendo en cuenta el horario más adecuado, la elección de los/as ponentes y la metodología docente participativa.

Las limitaciones más importantes de nuestro estudio son las propias método Delphi, fundamentalmente la selección de los externos. Además el estudio se ha realizado con la experiencia recogida a partir de la implementación de dos GPC. Todo ello limita la generalización de los resultados a otros contextos diferentes. No obstante, era precisamente objetivo de este trabajo el contextualizar las barreras y valorar su importancia en nuestro medio.

Este estudio ha sido de gran utilidad tanto para la descripción de las barreras más importantes en nuestro medio como para aportar evidencias de contenido para el desarrollo de un cuestionario sobre las actitudes de los/as profesionales sanitarios/as hacia las GPC.

## VIII. Conclusiones

La mayor parte de los/as profesionales considera que seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados en la práctica clínica. Sin embargo, el formato actual de las GPC se muestra como una de las barreras más importantes para su uso. La sesión de presentación es un punto clave en la implementación de las GPC en nuestro contexto. En las futuras GPC, las sesiones de presentación deberían prepararse cuidadosamente teniendo en cuenta el horario más adecuado, la elección de los/as ponentes y la metodología docente participativa.

La resistencia al cambio de los/as propios/as profesionales y la escasa implicación de la atención especializada son otras barreras importantes.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles para diseñar las futuras estrategias de implementación dirigidas a superar las barreras de nuestro medio.



## IX. Referencias

1. Thorsen T, Mákela M (editores). Cambiar la práctica de los profesionales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.; 2002.
2. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: From development to use. Washington DC: National Academy Press; 1992.
3. 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 Feb;8(6):iii-72.
4. Grol R, Wensing M, Hulscher ME, Eccles M. Theories on implementation of change in healthcare. In: Grol R., Wensing M., Eccles M, editors. *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier 2005; p. 15-40.
5. 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 Sep 3;4(1):23.
6. Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving Patient Care. The implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier; 2005.
7. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. *Qual Health Care* 1996 Mar;5(1):51-4.
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Aboub PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
9. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, et al. Intervenciones dirigidas a superar barreras identificadas para el cambio: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida) . En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd 2008 [cited 2008 Aug 2]; Available from: URL: [http://212.169.42.7/new-genClibPlus/ASP/logina.asp?product=CLIBPLUS&username=\\_USERNAME\\_&group=2660&server=UpdateUK&authcode=175907827020588876&country=ES&guest=\\_GUEST\\_&SearchFor=\\_searchfor\\_](http://212.169.42.7/new-genClibPlus/ASP/logina.asp?product=CLIBPLUS&username=_USERNAME_&group=2660&server=UpdateUK&authcode=175907827020588876&country=ES&guest=_GUEST_&SearchFor=_searchfor_)

10. Wensing M, Grol R. Determinants of effective change. In: Grol R., Wensing M., Eccles M, editors. *Improving Patient Care. The implementation Of Change in Clinical Practice*. Elsevier 2005; p. 94-108.
11. Grol R, Wensing M. Characteristics of successful innovations. In: Grol R., Wensing M., Eccles M, editors. *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier 2005; p. 60-70.
12. Romero A. Cómo diseñar un plan de implementación de una guía de práctica clínica. REDGUIAS-GuíaSalud, 2005 2005 [cited 2009 May 2]; Available from: URL: <http://www.guiasalud.es>
13. Grupo de trabajo sobre GPC. *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007 *Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CSN° 2006/01 2009* Available from: URL: <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/apartado01/introduccion.html>
14. García A, Leutscher E, Peiró S. Análisis del cuestionario sobre «Implantación y utilización de Guías de Práctica Clínica: instrumentos, recursos y redes». Zaragoza Gobierno de Aragón Fundación Salud, Innovación y Sociedad (FUNSIS) 2003 2009 [cited 2009 Jan 8]; Available from: URL: [http://www.guiasalud.es/quees/documentos/Informe\\_16CAA\\_jun\\_2003.pdf](http://www.guiasalud.es/quees/documentos/Informe_16CAA_jun_2003.pdf)
15. *Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial*. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2002 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
16. Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica sobre Asma de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Guía de Práctica Clínica sobre Asma*. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2005 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
17. Pérez I, Alcorta I, Aguirre G, Aristegi G., Caso J, Esquisabel R, et al. *Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1* Vitoria-Gasteiz 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)

18. Garibi J, Aginaga JR, Arrese-Igor A, Barbero E, Capap S, Carbayo G, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico en el ámbito extra e intrahospitalario de la CAPV. Osakidetza GPC 2007/2 Vitoria-Gasteiz 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
19. San Vicente R, Ibarra J, Pérez I, Berraondo I, Uribe F, Urraca J, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Osakidetza Vitoria-Gasteiz 2008 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
20. Rotaeché R, Aguirrezabala J, Balagué L, Gorroñoigoitia A, Idarreta I, Mariñelarena E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007). Osakidetza GPC Vitoria-Gasteiz 2008 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
21. Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008 Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
22. Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008 Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 2009 Available from: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html)
23. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). How to change practice. April 2007 ed London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2007 Available from:

URL: [http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how\\_to\\_guide.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how_to_guide.jsp)

25. Cerdá J.C, Prieto M.A, Hernan M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(4):312-9.
26. Wensing M., Grol R. Methods to identify implmentations problems. In: Grol R., Wensing M., Eccles M, editors. *Improving Patient Care. The implementation Of Change in Clinical Practice.* Elsevier 2005; p. 109-20.
27. Dalkey NC. *The Delphi method: an experimental study of group opinion.* Santa Mónica, CA: Rand Corp 1969.
28. Landeta J. *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre.* Barcelona: Ariel; 1999.
29. Abril MD, Iglesias R, Jerez A, López MJ, Mañé N, Yuste E. Aplicación de una técnica cualitativa para la elaboración de un plan de atención al paciente pluripatológico en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2004;7(4):274-9.
30. Barsky A, Coleman H. Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: the development of an instrument to measure practice skills. *Journal of Drug Education* 2001;31:69-82.
31. Nieto de Antonio I, Gomez de Cadiz A, Aragon D, Flores L, Vega MA. Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 53[5]; 395-398. Ref Type: Magazine Article
32. Plans B, León O. ¿Como debe ser el doctorando ideal en Psicología? Contesta al oráculo de Delfos. *Psicothema* 2003;15(4):610-4.
33. Schoeman ME, Mahajan V. Using the Delphi Method to assess community health needs. *Technological Forecasting and Social Change* 1997;10:203-10.
34. Arregui G, Vallejo B, Villarreal O. Aplicación de la metodología Delphi para la previsión de la integración española en la Unión Europea y Monetaria. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* 1996;2(2):13-37.
35. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes DA, Gutierrez-Ibarluzea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp* 2005;205(11):533-40.
36. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000 Jan 8;355(9198):103-6.

37. Woloshin S, Schwartz LM. Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick. *PLoS Med* 2006 Apr 11;3(4):e170.
38. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000 Jan 19;283(3):373-80.
39. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2003 Mar 24;3(1):8.
40. Shiffman RN, Liaw Y, Brandt CA, Corb GJ. Computer-based guideline implementation systems: a systematic review of functionality and effectiveness. *J Am Med Inform Assoc* 1999 Mar;6(2):104-14.
41. Eccles M, McColl E, Steen N, Rousseau N, Grimshaw J, Parkin D, et al. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002 Oct 26;325(7370):941.



# X. Anexos

## Anexo X.1. Cuestionario Delphi - primera ronda

A continuación se presentan una serie de enunciados referidos a diferentes factores que intervienen en la aceptación de las **Guías de Práctica Clínica (GPC)** como instrumentos de ayuda en la consulta.

Teniendo en cuenta la experiencia de implantación y uso de las **GPC de HTA y GPC de Asma de Osakidetza** te pedimos que valores los siguientes enunciados en una **escala de 0 a 5**, según el criterio pedido en cada caso.

**[1] En la presentación de las Guías de HTA y ASMA en tu Centro valora en una escala de 0 a 5 puntos qué grado de importancia asignas a los siguientes aspectos:**  
(0 = nada importante, 5 = muy importante)

	0	1	2	3	4	5
1. Difusión de la convocatoria (día, hora y lugar) de la presentación de las Guías	<input type="checkbox"/>					
2. Acuerdo previo en el centro de la hora escogida	<input type="checkbox"/>					
3. Duración de la sesión de presentación	<input type="checkbox"/>					
4. Grado de profundización en la presentación sobre los contenidos, objetivos y utilidad de las guías	<input type="checkbox"/>					
5. Facilidad para obtener una guía en formato papel antes de la presentación	<input type="checkbox"/>					
6. Elección de la/el ponente para la sesión de presentación	<input type="checkbox"/>					

Añade las acciones, que en tu opinión, **mejorarían la presentación de las GPC en un centro:**  
 ...

**[2] Del formato de las Guías de HTA y ASMA, valora en una escala de 0 a 5 puntos el grado de adecuación de las mismas en los siguientes aspectos:**  
(0 = nada adecuada, 5 = muy adecuada)

	0	1	2	3	4	5
7. Manejabilidad de la guía en el formato papel	<input type="checkbox"/>					
8. Facilidad de acceso al formato on-line	<input type="checkbox"/>					
9. Flexibilidad para la búsqueda de contenidos en el formato on-line	<input type="checkbox"/>					
10. Flexibilidad para la búsqueda de contenidos en el formato papel	<input type="checkbox"/>					

Añade las sugerencias que, en tu opinión, mejorarían el formato de las GPC y que potenciarían su uso:  
 ...

**[3] En relación a la facilidad de uso de las Guías HTA y ASMA, valora en una escala de 0 a 5 puntos tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**  
(0 = nada de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo)

	0	1	2	3	4	5
11. Resulta fácil aprender su manejo	<input type="checkbox"/>					
12. Su uso mejora la práctica diaria	<input type="checkbox"/>					
13. Su uso facilita la práctica diaria (evita dar pasos innecesarios,...)	<input type="checkbox"/>					
14. Su uso estimula la actualización de conocimientos por parte de las y los médicas/os	<input type="checkbox"/>					
15. Su uso es difícil debido al excesivo número de recomendaciones	<input type="checkbox"/>					
16. Su uso es difícil debido a los términos empleados en su redacción	<input type="checkbox"/>					

Añade las sugerencias que, en tu opinión, **facilitarían el uso** de las GPC:



**[4] En relación a la utilidad de las Guías HTA y ASMA, valora en una escala de 0 a 5 puntos tu grado de acuerdo (0 = nada de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo) de los siguientes aspectos:**

	0	1	2	3	4	5
17. Las recomendaciones médicas descritas dan buenos resultados en la práctica	<input type="checkbox"/>					
18. Su uso exige disponer de infraestructura que no existe en mi centro	<input type="checkbox"/>					
19. El correcto uso de las guías ententece la práctica diaria	<input type="checkbox"/>					
20. Su uso favorece la atención individualizada	<input type="checkbox"/>					
21. Su contenido ayuda a las/los médicas/os en la práctica diaria	<input type="checkbox"/>					

Añade las sugerencias que, en tu opinión, **mejorarían la utilidad** de las GPC para la/el médica/o:



**[5] Entre las siguiente posibles barreras internas para el uso de las Guías HTA y ASMA en los centros, selecciona y clasifica, según tu opinión y experiencia, de mayor a menor importancia siete de ellas:**  
(elige **sólo 7** posibles barreras y **priorízalas del 1 al 7** de manera que el 1 corresponda a la barrera que tu entiendes que es más importante, y el 7 a aquélla que consideras menos importante)

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. Desconfianza en la utilidad de las guías para la práctica clínica | <b>selecciona</b> |
| 2. Resistencia al cambio por parte de las/os médicas/os              | <b>selecciona</b> |

3. El objetivo de las guías es controlar el gasto	<b>selecciona</b>
4. Son consideradas como una amenaza para la autonomía de la/el médica/o	<b>selecciona</b>
5. La escasa aceptación de las guías como un instrumento de trabajo	<b>selecciona</b>
6. La desconfianza en las/os autores	<b>selecciona</b>
7. El desacuerdo con las recomendaciones que se proponen	<b>selecciona</b>
8. Rechazo a aceptar las nuevas indicaciones	<b>selecciona</b>
9. La preferencia por otros métodos que mejoran la práctica clínica	<b>selecciona</b>
10. Desconfianza hacia cualquier propuesta presentada desde el Departamento de Sanidad/Osakidetza	<b>selecciona</b>
11. Los conocimientos médicos se adquieren por otros procedimientos	<b>selecciona</b>
12. Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para alcanzar el conocimiento óptimo de las GPC	<b>selecciona</b>
13. Ausencia de motivación en el equipo de AP para usar las guías	<b>selecciona</b>
14. El desanimo por la falta de uso de las guías por parte de otros niveles asistenciales	<b>selecciona</b>
15. El desanimo por la falta de incentivos por el uso de las guías	<b>selecciona</b>

### Otras sugerencias y comentarios:



**[6] Entre las siguientes posibles barreras externas en el uso de las Guías HTA y ASMA en los centros, selecciona y clasifica, según tu opinión y experiencia, de mayor a menor importancia siete de ellas:**

(elige **solo 7** posibles barreras y **priorízalas del 1 al 7** de manera que **el 1** corresponda a la barrera que tu entiendes que es más importante, y **el 7** a aquélla que consideras menos importante)

1. Existen otras guías de más confianza	<b>selecciona</b>
2. La metodología seguida en la realización de las guías	<b>selecciona</b>
3. Llegan mensajes contradictorios sobre el uso de las guías desde Osakidetza	<b>selecciona</b>
4. La falta de estudios sobre la eficacia de las guías en la práctica clínica	<b>selecciona</b>
5. La organización de la agenda en los centros	<b>selecciona</b>
6. La metodología seguida para el aprendizaje/enseñanza de las guías	<b>selecciona</b>
7. Ausencia de difusión e implementación en la especializada	<b>selecciona</b>
8. Práctica de la especializada en desacuerdo con las guías	<b>selecciona</b>
9. La presión de la industria farmacéutica	<b>selecciona</b>
10. Discordancia entre las/os miembros del equipo de AP en la aplicación de las guías	<b>selecciona</b>

11. Las/os pacientes demandan una atención y tratamientos fuera de las recomendaciones sugeridas en las guías	<b>selecciona</b>
12. Falta de divulgación a la sociedad de las ventajas del uso de las guías por parte de las instituciones	<b>selecciona</b>
13. Actitudes de las/os pacientes	<b>selecciona</b>
14. Formación facilitada por alguna/os especialistas en conflicto con las recomendaciones de las guías de práctica clínica	<b>selecciona</b>

Otras sugerencias y comentarios:

 .....

**En tu opinión que acciones potenciarían, en la situación actual, el uso de las guías clínicas por parte de los/las médicos/as:**

 .....

.....

Para finalizar, necesitamos que completes estos datos:

**Género:**

**Año de nacimiento:**

**Situación laboral:**

**Antigüedad (años) en Osakidetza:**

**Comarca en la que trabajas:**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

## Anexo X.2. Cuestionario Delphi - segunda ronda

Os enviamos un segundo cuestionario una vez incorporados los nuevos ítems que habéis sugerido.

Os pedimos nuevamente que valoréis los siguientes factores según su importancia en una **escala de 0 a 5**, donde **0= nada importante** y **5= muy importante**.

1. La resistencia de los médicos al cambio y a aceptar las nuevas indicaciones sugeridas en las guías	<b>selecciona</b>
2. Las guías son consideradas como una amenaza para la autonomía profesional del médico	<b>selecciona</b>
3. Existe desconfianza en la utilidad de las guías como un instrumento de trabajo en la práctica clínica diaria	<b>selecciona</b>
4. Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para conocerlas en profundidad	<b>selecciona</b>
5. La práctica y formación impartida por algunos especialistas que manifiestan desacuerdo con las recomendaciones de las guías	<b>selecciona</b>
6. La organización de la agenda en los centros	<b>selecciona</b>
7. Ausencia de difusión e implementación de las guías en la especializada	<b>selecciona</b>
8. La metodología seguida para el aprendizaje/enseñanza de las guías	<b>selecciona</b>
9. Existen otras guías de más confianza	<b>selecciona</b>
10. La presión de la industria farmacéutica	<b>selecciona</b>
11. Discordancia entre los miembros del equipo de AP en la aplicación de las guías	<b>selecciona</b>
12. Conocer los objetivos y resultados que se esperan con el uso de las GPC	<b>selecciona</b>
13. Acordar con antelación, en cada centro, la fecha de presentación de las guías	<b>selecciona</b>
14. El ponente debe ser un especialista en la materia de la guía	<b>selecciona</b>
15. El ponente tiene que estar implicado en la elaboración de la guía	<b>selecciona</b>
16. Realizar sesiones posteriores para actualizar los conocimientos y hacer un mejor seguimiento de las guías	<b>selecciona</b>
17. Añadir a la guía una versión resumida que facilite su uso en la práctica clínica diaria	<b>selecciona</b>
18. Anexar un protocolo de actuación y recomendaciones claras e integradas en Osabide	<b>selecciona</b>
19. Presentar las guías en un único formato	<b>selecciona</b>
20. Potenciar el uso del formato on-line facilitando la búsqueda de términos, enlaces dentro de la guía y acceso a material de interés	<b>selecciona</b>
21. Estimular el uso de las guías por medio de incentivos	<b>selecciona</b>
22. Crear un foro en la Web que permita resolver dudas, orientaciones diagnósticas, tratamiento, etc...	<b>selecciona</b>

23. Mostrar en las sesiones de presentación de las guías casos prácticos e ilustrativos del manejo de las guías	<b>selecciona</b>
24. Implicación de los profesionales especialistas en su aplicación y difusión	<b>selecciona</b>
25. Adaptar a nuestro entorno las guías editadas por otras Sociedades Científicas	<b>selecciona</b>

Otras sugerencias y comentarios:

 .....

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

## Anexo X.3. Tablas de barreras

De la reunión del equipo investigador obtuvimos la siguiente tabla de barreras para la implementación de las GPC.

	Investigador 1	Investigador 2
<b>Presentación</b>	Agendas apretadas, no hay espacio para reuniones, la gente no se entera y no acude, si lo hace es de forma precipitada Sólo se hace una sesión sin recordatorio Personal que difunde no apropiada para los usuarios diana	No se han seleccionado usuarios tipo No se ha hecho seguimiento No se ha evaluado
<b>Formato</b>	En papel: farragosa en la redacción, formatos. Electrónicas: poca familiaridad en los usuarios con instrumentos No existe Web específica	Versión Web → no hay quien encuentre las guías. Si las encuentras el formato es como un libro, no te puedes mover entre capítulos. Harían falta instrumentos que me recuerden con el paciente delante aspectos prácticos de la guía.
<b>Facilidad de uso</b>	De nuevo los formatos y el lenguaje ¿Y si se pierden? ¿Adaptadas al uso diario en consulta?	Muchas recomendaciones Len guaje farragoso Muy largas Demasiados datos sobre estudios... lo que importa es lo que hay que hacer
<b>Utilidad</b>	Mejora práctica Resolver dudas Multidisciplinarias	Disminuye la variabilidad Control de gasto Controlar la prescripción Detectar carencias en estructura en los centros: MAPA, doppler... Mínimo calidad

	Investigador 1	Investigador 2
<b>Barreras externas</b>	<p>Falta de coherencia científica en el propio sistema. mensajes contradictorios</p> <p>Demandas de los pacientes y de la presión social</p> <p>Peso de las SSCC (ADA; etc)</p> <p>Las GPC no sirven para pacientes individuales</p> <p>Lo mejor son los libros</p> <p>Las GPC son de mala calidad</p> <p>Las GPC están impuestas para ahorrar</p>	<p>Medios de comunicación.</p> <p>Falta de criterio de las Comisiones de formación.</p> <p>Falta de coherencia de la empresa en la formación.</p> <p>Implicación de la industria farmacéutica en la FMC.</p> <p>Falsos «labeles» como garantía de calidad.</p> <p>Falta de control en la prescripción de especializada.</p> <p>Desconocimiento de la especializada de la existencia de guías.</p> <p>Doble «juego» de la especializada.</p> <p>Desconocimiento de la calidad del producto.</p> <p>No tener «conflictos» con los pacientes.</p> <p>No fiarse de los autores de las guías</p> <p>Lo de «fuera» siempre es mejor: USA, especialistas....</p> <p>La creencia de que nuestro paciente es «único»→ no está en las guías.</p>
<b>Barreras internas</b>	<p>No se diferencian las buenas de las malas</p> <p>Apoyo de la especializada a las malas</p> <p>Influencia de la industria</p>	<p>Los especialistas son los que más saben→las sociedades científicas son los que hacen mejores guías.</p> <p>Fisterra</p> <p>Osakidetza</p>

	Investigador 3	Investigador 4
<b>Presentación</b>	Procedimiento de presentación de las guías. Divulgación entre los sanitarios.	Aburrido Poco práctico Personas poco formadas Insuficiente
<b>Formato</b>	Tamaño. Dimensión. Manejable. Estructura. Organización contenidos. Flexibilidad para la búsqueda de términos.	
<b>Facilidad de uso</b>	Concuerda con las necesidades de la práctica diaria	Excesivo número de recomendaciones Su aplicación hace perder tiempo Redacción engorrosa Versiones cortas o resumidas Versiones electrónicas
<b>Utilidad</b>	Facilita la práctica médica	Adquirir conocimientos Mejorar atención Protección legal Unificar criterios Autonomía Control gasto Control de los gestores Dificultad de aplicación en todos los pacientes Su utilidad aumentará en los próximos años cuando se integren en nuestra práctica habitual
<b>Barreras externas</b>	Facilidades de la organización para manejar las guías. Aceptación de nuevas formas de ejercer. Actualiza los conocimientos	Tiempo para aprendizaje. Tiempo para aplicación. Falta de acuerdo dentro del equipo/variabilidad. Dificultad para encontrar formatos on-line. Falta de algún aparataje. Resistencia de los pacientes. Imposición de la empresa. Falta de confianza en los redactores Desacuerdo con las recomendaciones. Elaboradas para controlar a los médicos. Elaboradas para control gasto. Mayor acuerdo con indicaciones experto/especialista. Preferencia de otras formas de aprendizaje: libros, revistas, colegas, FMC, otras.
<b>Barreras internas</b>		Osakidetza Sociedades científicas Otras

Tabla de Barreras (obtenida tras una reunión informal con usuarios de las GPC)

<b>Presentación</b>	<p>Mejor si compañeros del centro.                  Mejor si clínicos.                  Específica residentes.                  Conocimiento de la metodología de elaboración.                  Falta de conocimiento del impacto.</p>
<b>Formato</b>	<p>Resúmenes                  Algoritmos</p>
<b>Utilidad</b>	<p>Recomendaciones con poca evidencia.</p>
<b>Usabilidad</b>	<p>Algoritmos                  «Jerga» de la evidencia</p>
<b>Barreras internas</b>	<p>Dificultad en cambiar hábitos                  Autonomía                  Desconfianza                  Las institucionales las hacen para controlar                  «Ya vienen los listos»                  Medicina centrada en el paciente</p>
<b>Barreras externas</b>	<p>Heterogeneidad del usuario                  Creencias de los pacientes                  Consultas saturadas                  Descoordinación con especializada                  Falta de incentivos individual                  «Cultura social» (no se puede estar enfermo)                  Escasa implicación de la empresa más allá de la elaboración                  Implicación de la industria en FMC                  Proliferación y variabilidad de las guías</p>

Tabla de cuestionario y barreras detectadas en la literatura

	Estudio número 1
<b>Estudio</b>	<i>REACT</i>
<b>Autor</b>	Hobbs R
<b>Publicación Año</b>	Family Practice 2002 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12429661?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12429661?dopt=Citation</a>
<b>País</b>	Francia, Italia, Suecia, Alemania y GB
<b>Herramienta</b>	Entrevista telefónica semi-estructurada validada realizada por personas entrenadas de una empresa que hace este tipo de servicios
<b>GPC o actividad valorada</b>	Guías referidas al manejo del colesterol como FR y a la enfermedad coronaria.
<b>Tipo profesional</b>	754 médicos de AP
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	- Falta de tiempo (38%) - Coste prescripción (30%) - Aceptación del paciente (19%)
<b>Propuestas de mejora</b>	- Mejora en la educación de los médicos (29%) y los pacientes (25%) - Promocionar o publicitar y mejorar su disponibilidad (23%) - Simplificar (17%) o clarificar (12%)
<b>Comentarios</b>	- Aumento del uso de la guía cuando los médicos ven menos pacientes. - Les pagan 15 libras por hacer la entrevista. - Dice en el texto que también buscan la opinión del público general pero no lo veo recogido.

	Estudio número 2
<b>Estudio Autor Publicación Año</b>	<i>A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care</i> Kedward British Journal of General Practice 2003 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15103875?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15103875?dopt=Citation</a>
<b>País</b>	GB
<b>Herramienta</b>	Análisis cualitativo de entrevista de semi-estructurada realizada en las consultas por un entrevistador
<b>GPC o actividad valorada</b>	Uso de estatinas y la prevención primaria de la enfermedad coronaria
<b>Tipo profesional</b>	26 médicos de AP
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	<p><b>Iniciar tto con estatinas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste y coste-efectividad</li> <li>- Cantidad de trabajo</li> <li>- Adherencia al tto</li> <li>- Medicalización</li> <li>- Efectos sobre el comportamiento sobre la salud</li> <li>- Efectos secundarios</li> </ul> <p><b>Uso de guías sobre prescripción estatinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dudas sobre priorización tto</li> <li>- Variabilidad sobre los objetivos</li> <li>- Dificultades para el uso de tablas de RCV</li> </ul> <p><b>Realización de prevención primaria de CI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo, espacio, organización.</li> <li>- Idioma, estilos de vida, asistencia</li> </ul>
<b>Propuestas de mejora</b>	
<b>Comentarios</b>	- Sólo el 50% usa habitualmente las tablas de RCV

	Estudio número 3
<b>Estudio Autor Publicación Año</b>	<i>General practitioners and clinical guidelines: a survey of knowledge, use and beliefs</i> Newton British Journal of General Practice 1996 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8917869?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8917869?dopt=Citation</a>
<b>País</b>	GB
<b>Herramienta</b>	Cuestionario enviado por correo postal autorrealizado. <b>Sección 1-</b> Preguntados sobre conocimientos del contenido de tres guías (escala de 5 «no me suena»...«muy familiar») y nivel de uso (escala de 5 «muy infrecuente»...«muy frecuente». <b>Sección 2-</b> Valoración de la utilidad (correspondencia con barreras). Se presentan 13 supuestos sobre este aspecto que hay que puntuar de 1 a 5 («muy en desacuerdo»...«muy de acuerdo»). <b>Sección 3-</b> Valoración de la presión a la que se han sentido sometidos para utilizar las GPC. Se citan diversas agencias u organismos y deben puntuar de 1 a 5 («no presionados para usar»...«muy presionados para usar»). <b>Sección 4-</b> Se debe valorar el probable impacto de diferentes métodos para la «integración» de las GPC. Puntuación del 1 al 5 («muy improbable que me haga utilizar»...«muy probable que me haga utilizar»). Al final del cuestionario se pregunta sobre las características del médico (p.e, año de «cualificación») y su práctica (nº de compañeros o de dónde saca los fondos).
<b>GPC o actividad valorada</b>	- Guía del asma de la British Thoracic Society. - Guía sobre el mejor uso de la radiología del Real Colegio de Radiólogos. - Guía sobre el anejo de la DM del Real Colegio de Médicos. Fueron elegidas por haber sido las más mencionadas en un estudio previo.
<b>Tipo profesional</b>	559 médicos generales aleatorizados. Responden 300 médicos (53.7%).
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	Resultados: - Sección 1 (uso): puntuación 3.4-5 - Sección 2 (utilidad): puntuación 2-3.8 - Sección 3 (presión): puntuación 2-3.6
<b>Propuestas de mejora</b>	
<b>Comentarios</b>	-36% de los no respondedores son médicos que trabajan solos vs un 7.3% de los respondedores. -Hace referencia a un estudio ( <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8172440?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8172440?dopt=Citation</a> ) en el que el 7% de los médicos refieren conocer una guía inexistente.

	Estudio número 4
<b>Estudio Autor Publicación Año</b>	<i>Internists' attitudes about clinical practice guidelines</i> Tunis Ann Intern Medi 1994 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8172440?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8172440?dopt=Citation</a>
<b>País</b>	EEUU
<b>Herramienta</b>	Cuestionario enviado por correo electrónico junto con una carta del vicepresidente del colegio. Reenvíos a los no respondidos 1 y 2 meses después. 1- Datos demográficos y personales. 2- Familiaridad y confianza con guías de varias organizaciones. 3- Disposición respecto a las guías y sus efectos en los cuidados de salud. 4- Cambios en la práctica clínica durante el último año por una guía. 5- Importancia de la guías y otras fuentes de información en la toma de decisiones clínicas.
<b>GPC o actividad valorada</b>	Guías del colegio americano (ACP) y otras organizaciones.
<b>Tipo profesional</b>	2513 internistas, respuesta de 1513 (60%) (explican el porqué del tamaño de la muestra pg2).
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	- Diferentes niveles de confianza (2.1%-83%) según el organismo elaborador y si piensan que tiene motivos económicos. Entre el 11%-59% están familiarizados o muy familiarizados según las guías. - Actitud positiva. El 64% cree que es un buen sistema de educación; 70% piensa que puede mejorar la calidad de los cuidados; el 81% cree que pueden asegurar calidad en los cuidados. Un 25% lo consideran demasiados simples o demasiado rígidas para el paciente individual 24%. Un 43% piensan que incrementarían los gastos. - Sólo un 11% ha cambiado su práctica como consecuencia del uso de una guía.
<b>Propuestas de mejora</b>	
<b>Comentarios</b>	- No entiendo bien la relación de los participantes con la ACP, algunos son asociados, otros miembros ¿? - Realiza algunas valoraciones, p.e entre diferentes categorías de miembros, o entre actividad privada o pública que no se si nos interesan. - Un 7% refieren extra familiarizados con una guía que no existe.

	Estudio número 5
Estudio Autor Publicación Año	<i>Why don't physicians follow clinical practice guidelines?</i> Cabana M. JAMA 1999 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10535437?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10535437?dopt=Citation</a>
País	Revisión buscando estudios publicados sobre barreras.
Herramienta	Búsqueda en inglés entre enero de 1996 y enero de 1998 en Medline, Educational Resources Information Center y HelatnSTAR databases. Se incluyen 76 artículos.
GPC o actividad valorada	
Tipo profesional	
Barreras detectadas/ resultados	<p><b>Barreras internas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento de sus existencia.</li> <li>- Falta de familiaridad (diferenciar del conocimiento casual).</li> <li>- Falta de acuerdo (interpretación de la evidencia, beneficios sin valor o incómodos o caros, aplicabilidad a la población, «libros de cocina», autonomía médico, falta de credibilidad o sesgos de los autores).</li> <li>- Falta de capacidad de cambio de los médicos.</li> <li>- Resultados sin expectativa (los pacientes no dejan de fumar...).</li> <li>- Inercia de la práctica previa.</li> </ul> <p><b>Barreras externas</b> (con recursos adecuados o incentivación se pueden superar otras barreras externas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guías: usabilidad (se describe más en general que sobre guías concretas); más dificultad «en quitar» algo que «en poner»; complejidad y ¿«triability»?.</li> <li>- Pacientes: la dificultad de «reconciliarlos» con las recomendaciones.</li> <li>- Ambientales: recursos materiales, tiempo, falta de recordatorios o material de apoyo, falta de incentivos.</li> </ul>
Propuestas de mejora	
Comentarios	

	Estudio número 6
<b>Estudio Autor Publicación Año</b>	US Family Physicians' Experiences With Practice Guidelines Wolff Fam Med 98 <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494802?dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494802?dopt=Citation</a>
<b>País</b>	USA
<b>Herramienta</b>	Cuestionario administrado enviado por correo en tres ocasiones con una separación de un mes entre cada una. 54 ítems: variables demográficas actitudes, experiencias, uso, percepción de actual y potencial efecto de GPC en el cuidado de los pacientes, conocimiento de guías específicas, formatos preferidos y la información requerida para evaluar guías.
<b>GPC o actividad valorada</b>	En general
<b>Tipo profesional</b>	400 médicos randomizados miembros activos de la «American Academy of Family Physicians» Tasa respuesta 51%.
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Variables demográficas:</b> los médicos más jóvenes las usan más.</li> <li>- <b>Actitudes:</b> aunque la mayoría las consideran útiles y buenas herramientas, sólo el 44% usa una en el momento de la encuesta, el 34% creen que influyen en su práctica y el 32% piensan que hacen el trabajo más fácil.</li> <li>- <b>Guías específicas</b> (también les preguntan por dolor, neumonía y prevención de úlceras de decúbito): asma, HTA y cribados de rutina. El 27% sabría donde obtener una guía si la necesitaran.</li> <li>- <b>Formatos:</b> cortos (¡2 paginas!); forma de compendio; 43% piensa que sería útil que estuviera en soporte electrónico (mirar traducción pg 119).</li> <li>- La mayoría no están seguros de si las guías pueden «dirigir» la variabilidad de los pacientes. 87% consideran que las guías dan libertad de acción para circunstancias especiales.</li> <li>- El 96% necesita información sobre quien ha desarrollado las guías para evaluar su validez y aplicabilidad.</li> <li>- Deben estar dirigidas a médicos o a profesionales de la salud. Sólo un 20% cree que debe estar dirigida a pacientes.</li> </ul>
<b>Propuestas de mejora</b>	
<b>Comentarios</b>	

	<b>Estudio número 7</b>
<b>Estudio Autor Publicación Año</b>	<i>Practice Guidelines: Useful and «Participative» Method?</i> Formoso G. Arch Intren Med 2001
<b>País</b>	Italia
<b>Herramienta</b>	Cuestionario auto administrado 3 reenvíos. 43 ítems (evaluado de 1-5 desde «muy en desacuerdo» hasta «muy de acuerdo») en 6 apartados: 1- Relevancia de las guías comparadas con otros recursos. 2- Uso de incentivos ligados al uso de guías. 3- Distribución (¿realización?) de las guías por otros profesionales de la salud. 4- Elaboración por equipos multidisciplinarios. 5- Utilidad de los diferentes formatos. 6- Datos de los médicos.
<b>GPC o actividad valorada</b>	En general
<b>Tipo profesional</b>	1791 médicos del Servicio Nacional de Salud. Se dividen en tres categorías: AP, hospitales y no clínicos. Tasa de respuesta 66.9%
<b>Barreras detectadas/ resultados</b>	1- Las guías quedan sólo por delante de la visitas de los laboratorios (valoran: experiencia, cursos, artículos, consejo de especialista, Internet, textos, representantes). 2- Consideran que los incentivos no deben ser económicos y que no deben ser personales. 3- Opiniones diversas. Los médicos de AP son los que menos de acuerdo están. 4- Sólo algunos profesionales deben incluirse. Particularmente los médicos de AP están en contra de la participación de enfermeras, gestores y pacientes. 5- Consideran que son más útiles los formatos detallados (75.2%) y con la bibliografía (59.6%).)También creen que son útiles las versiones electrónicas (69.1%).
<b>Propuestas de mejora</b>	
<b>Comentarios</b>	



P.V.P.: 10 €