

Implementación de una guía de práctica clínica en control prenatal en el Cesfam El Roble. La Pintana

Dr. Mauricio Soto D.

Médico Familiar
Jefe Departamento de Salud.
Ilustre Municipalidad de La Pintana.
Santiago, Chile
msotod@vtr.net

Dra. Lorena Valenzuela De B.

Residente Medicina Familiar
Departamento de Medicina Familiar.
Facultad de Medicina. Pontificia
Universidad Católica de Chile

Dr. Tomás Pantoja C.

Profesor Auxiliar
Departamento de Medicina Familiar.
Facultad de Medicina. Pontificia
Universidad Católica de Chile

IMPLEMENTING A PRE-NATAL CARE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE IN A CHILEAN PRIMARY CARE HEALTH CENTRE

In primary care, clinical practice guidelines are one of the preferred alternatives for applying the evidence of effectiveness to clinical practice. However, it is not clear which is the best way to implement guidelines in order to change clinical practice and improve patients outcomes. Our objective was to evaluate the effectiveness of a complex intervention for implementing a pre-natal care practice guideline in a Chilean primary care health centre. Using an uncontrolled before-and-after design we explored the effectiveness of a multi-faceted intervention on professional compliance with review criteria and on their knowledge and attitudes towards guidelines. The intervention included organizational, educational and social interaction components. We found an statistically significant improvement in midwives' compliance with review criteria from a 70% pre-intervention level to a 73,4% post-intervention level. There was also an improvement in knowledge about and attitude to the guideline shown by in-depth interviews. The study had a number of shortcomings. The design is relatively weak evidence to establish a clear association between the intervention and the changes observed. The possibility that the results are due to the effects of other concurrent interventions cannot be excluded as there was no control group. The analysis at only two points –one pre and one post-intervention– makes it difficult to exclude any temporal trend in our results. Measuring the outcomes at six months showed only short-term effectiveness of the intervention; a longer follow-up is needed to measure long-term effects. The relationship between change in providers' behaviour and patient outcome is not always straightforward. Thus, the changes observed in this study may not necessarily translate to improvements in patients' health results. However, the incorporation of clinical effectiveness agenda and language has been a valued "side-effect" at the organizational and local team level. The effectiveness of this kind of intervention will have to be explored through more robust designs in future research projects. A better understanding of the intervention and the different factors influencing the effectiveness of guidelines implementation strategies may allow us to apply evidence in clinical practice and improve patient outcomes in primary care.

INTRODUCCIÓN

Históricamente el sistema de salud chileno ha incorporado diferentes herramientas para la mejoría de la calidad técnica del cuidado que ofrece a la población. Una de las más reconocidas es la disseminación de normas técnicas dirigidas a los diferentes niveles y profesio-

sionales del sistema. En la última década el desarrollo del Cuidado de Salud Basados en Evidencia ha significado, por un lado, un refuerzo de la preocupación por la calidad del cuidado otorgado por las organizaciones sanitarias, y por otro, una readecuación de los tradicionales contenidos "normativos" hacia herramientas más flexibles, pero basa-

das en la evidencia científica disponible respecto al cuidado de condiciones y pacientes específicos¹⁻⁹. Así, las Guías de Práctica Clínica (GPC) se han convertido en una de las bases de la evaluación y mejoría de la calidad del cuidado sanitario en múltiples sistemas de salud en el mundo⁹⁻¹⁹. Estas GPC corresponden –de acuerdo a la tan citada definición

del Instituto de Medicina— a “directrices desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales sanitarios y sus pacientes acerca del cuidado apropiado para circunstancias clínicas específicas”²⁰.

El desarrollo de una GPC es un proceso complejo y consumidor de recursos. Habitualmente consta de una serie de etapas, como la identificación del escenario donde tendrá lugar el proceso, conformación de un grupo de trabajo, selección y priorización de temas, definición de preguntas específicas, recopilación y síntesis de la evidencia, análisis de la evidencia y formulación de las recomendaciones²¹. Sin embargo, a pesar de indudables mejorías en el desarrollo, el proceso de implementación de las GPC habitualmente enfrenta una serie de dificultades, tal como lo muestra nuestra experiencia local al usar GPC de Factores de Riesgo Cardiovascular y de Trastornos Emocionales²². En dicho caso la adherencia a las recomendaciones sólo se mantuvo en una de las GPC a los 6 meses, y después de un año dichas recomendaciones no se mantuvieron incorporadas a la práctica habitual de los profesionales del Centro de Salud.

Esto es concordante con lo que reporta la literatura internacional, en donde la implementación de GPC ha sido un proceso que ha encontrado numerosos obstáculos^{4,6,11,19,23-28}. Por esta razón antes de seleccionar la estrategia de implementación es fundamental identificar las barreras que impiden los cambios^{19,21,29}. Estas barreras pueden estar relacionados con el clínico, con el contexto social, o el contexto organizacional en el que son otorgados los servicios. Por otra parte, existen atributos de la GPC que influyen en su aplicación, como el nivel de acuerdo sobre la interpretación de la evidencia y pertinencia de las recomendaciones, la existencia de compatibilidad con las normas y valores, claridad y especificidad de las recomenda-

ciones, y sus fundamentos científicos^{21,30}. La consideración de todos estos factores debiera ser un elemento clave al implementar GPC, junto con una adecuada evaluación de los facilitadores al proceso.

Desde un punto de vista teórico, una serie de teorías intenta explicar los procesos de cambio de conducta de los clínicos y, específicamente, aquellos necesarios para la implementación de GPC. Las teorías del aprendizaje del adulto, las cognitivas, de promoción de salud, difusión de innovaciones, de marketing, de aprendizaje social, y las económicas, intentan construir explicaciones de la forma en que los profesionales de la salud cambian su quehacer, así como contribuir al diseño de estrategias para cambiar su comportamiento^{19,29}.

Por otro lado, desde un punto de vista más empírico, se ha observado que el uso de una estrategia única de disseminación/implementación para mejorar la práctica clínica tiene un pequeño o nulo efecto requiriéndose habitualmente intervenciones más complejas³¹. Específicamente, las conferencias, seminarios, y la entrega de material no solicitado tendrían un efecto débil, la auditoría y retroalimentación, el uso de líderes de opinión y la focalización en proveedores específicos tendrían un efecto moderado, y los recordatorios, las visitas a terreno y las intervenciones múltiples (mezcla de las anteriores) tendrían un efecto relativamente importante^{11,26}.

En el contexto de la Atención Primaria, las GPC son una de las alternativas preferidas por los profesionales sanitarios para aplicar la evidencia de efectividad a la práctica clínica^{32,33}. Sin embargo, como fue analizado anteriormente, no es clara la manera como ellas deben ser implementadas para lograr los efectos que se supone tendrán en la práctica clínica y la salud de los pacientes. Es por ello que el objetivo del presente estudio

es evaluar la efectividad de una intervención compleja para la implementación de una GPC en un área clínica específica en un Centro de Salud de una comuna urbana pobre de la Región Metropolitana.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una intervención múltiple para la implementación de una GPC en control prenatal en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) El Roble.

MÉTODOS

El diseño de investigación utilizado corresponde a un diseño antes después no controlado.

La intervención utilizada para cambiar la conducta de los profesionales (matronas) fue una intervención múltiple, que incluyó los siguientes aspectos:

1. Organizacional:

i) Intracentro: formación de un Equipo Multidisciplinario (EMD) a cargo de la definición del “control prenatal” como tema a trabajar en el proyecto y de las estrategias de implementación de la Guía de Práctica Clínica de control prenatal (GPCCP). El EMD fue definido por el líder del proyecto en conjunto con la dirección del CESFAM.

ii) Con la red: validación de la GPCCP dentro del Programa de la Mujer del SSMSO a través de la participación de un integrante de éste en la adaptación de la GPCCP, la evaluación de la GPC por el Jefe de Obstetricia del SSMSO y la aceptación por parte de las autoridades locales de la GPC.

2. Educativo: talleres prácticos de conceptos básicos de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) al EMD y al equipo de matronas, incorporando téc-

nicas de aprendizaje del adulto. Se realizaron 5 sesiones de 2 horas cada una.

3. Interacción social: Se buscó y seleccionó la GPC "Routine Prenatal Care" desarrollada por el Institute for Clinical System Improvement (Canadá), debido a que corresponde a la única GPCCP que incorpora la evidencia respaldando cada recomendación con un sistema de graduación apropiado. El proceso de adaptación a la realidad local se desarrolló a través del uso de métodos de consenso³⁴ con el equipo de matronas.

La evaluación de la adherencia a la GPCCP antes y después de la intervención se realizó a través de la auditoria de los registros clínicos del control prenatal pre y post intervención, comparando el porcentaje de adherencia a criterios de calidad previamente establecidos y validados ("criterios de revisión")³⁵⁻⁴¹. Dichos criterios de revisión fueron seleccionados de acuerdo a las normas del SSMSO de control prenatal, y a las características deseables de criterios de revisión establecidas en la literatura^{38,39}. Se seleccionó una muestra aleatoria de los registros clínicos de aquellas pacientes ingresadas a control prenatal durante el año 2001 (pre-intervención) y se comparó con una muestra por conveniencia de pacientes ingresadas a CPN en los meses de Agosto y Septiembre de 2002 (post-intervención).

La evaluación cualitativa de conocimientos y actitudes de las matronas en relación a las GPC antes y después del proceso de implementación se realizó mediante grupos focales pre y post intervención y entrevistas individuales pre-intervención.

RESULTADOS

La evaluación cuantitativa de la adherencia a las GPC previo a la intervención mostró un 70% (IC 95% 69%-

71%) de cumplimiento de los criterios de revisión. Al evaluar la muestra post-intervención se observa un cumplimiento de 73.4% (IC 95% 72%-75%), es decir, un aumento estadísticamente significativo de un 3,4%.

Al evaluar la opinión de las matronas con respecto a las GPC previo a la intervención se encontró que existía poco conocimiento acerca de lo que es una GPC, pero se reconocían los aspectos positivos y las posibilidades de mejoramiento dadas por su implementación. Sin embargo, estaba presente cierta aprehensión por la posible incompatibilidad de la GPC con las normas y por la presencia de obstáculos de carácter administrativo. Además las entrevistadas sugieren una coordinación administrativa y un trabajo en equipo participativo para la implementación de GPC, siendo la motivación personal y la interacción del grupo los factores claves para su exitosa implementación. En la evaluación posterior a la intervención se observó un aumento en el conocimiento del concepto de GPC, y en una mejor opinión respecto a ellas, considerándolas un procedimiento innovador, que ayudaría a reducir el número de controles por embarazada y optimizaría la calidad del control. Por otro lado, en la misma evaluación post-intervención las dificultades encontradas fueron el posible conflicto con las normas y lo reducido del tiempo establecido para el trabajo en equipo.

DISCUSIÓN

Una intervención múltiple para la implementación de una GPCCP en Atención Primaria ha sido diseñada, mostrando cambios en la conducta de los profesionales involucrados. La intervención fue diseñada tomando en cuenta los aspectos que la literatura internacional considera relevantes para la efectividad de este tipo de intervenciones^{11,26,28}. Sin embargo, recientes avan-

ces en los métodos utilizados para la síntesis de la evidencia en esta área, han mostrado que las características anteriormente relacionadas a la efectividad de las intervenciones no siempre concuerdan con la evidencia publicada⁴². Por lo tanto, es posible que intervenciones más simples o una combinación diferente de estrategias sea más efectiva en el cambio de las conductas de los profesionales o los resultados de los pacientes⁴³. Sin embargo, es un área en continua evolución, por lo cual es necesario continuar investigando, especialmente en nuestra realidad local.

El cambio observado en la conducta profesional —reflejado en la adherencia a criterios específicos pre-establecidos— pudiera ser explicado por el cambio en el conocimiento y opinión que las matronas tuvieron respecto a las GPC posterior a la intervención. Sin embargo, el diseño utilizado no permite establecer asociaciones causales entre intervención y resultados. La ausencia de un comparador no permite excluir que los efectos sean atribuidos a otra intervención concurrente a nivel local, y el análisis de sólo dos puntos (uno pre y otro post) no permite descartar tendencias temporales en los resultados observados. Es por ello, que será necesario avanzar en la evaluación de la efectividad de este tipo de intervenciones a través de diseños considerados de mayor robustez para el establecimiento de asociaciones causales entre intervención y outcome, como son estudios controlados randomizados, controlados antes-después o series temporales interrumpidas^{42,44,45}.

Por otro lado, la evaluación de los resultados a seis meses sólo refleja el efecto inmediato y a corto plazo de la intervención. No es posible predecir que dicho efecto —si realmente existe— se mantendrá en el largo plazo. De acuerdo a la literatura extranjera es probable que exista una disminución progresiva del efecto en el tiempo^{31,43}. Es decir,

será necesaria una evaluación posterior en el mediano y largo plazo para verificar si el efecto observado se mantiene en el tiempo en una magnitud similar a la observada.

Finalmente, es necesario considerar la relación entre el outcome medido y los resultados a nivel de los pacientes. Si bien los cambios en la conducta profesional son necesarios para mejorar los resultados en los pacientes, no siempre son suficientes. Sin embargo, creemos que la medición a nivel de los profesionales representa un "proxy" apropiado en relación a los resultados en los pacientes, dadas las limitaciones logísticas y metodológicas de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Hemos diseñado una intervención múltiple para la implementación de una GPCCP que pudiera ser efectiva en cambiar las conductas clínicas de las matronas.

La incorporación del lenguaje de la MBE y las GPC ha sido un elemento valorado por los profesionales y la organización, dada su contribución a la mejoría de la calidad de la atención otorgada a los pacientes, no sólo en el ámbito del control prenatal.

Sin embargo, es necesario seguir explorando la efectividad de este tipo de intervenciones a través de diseños epidemiológicamente más robustos —como los mencionados anteriormente— así como a través de metodologías cualitativas que permitan una mejor definición de la intervención y comprensión de las barreras y facilitadores involucrados en este tipo de procesos. Sólo a través de la comprensión de los diferentes factores individuales, organizacionales y de la intervención que influyen en la efectividad de las estrategias de implementación de GPC, el beneficio prometido por

estas estrategias alcanzará a nuestra población en Atención Primaria.

REFERENCIAS

- 1.- SACKETT D L, ROSENBERG W M C. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995;88:620-4.
- 2.- SACKETT D L, STRAUS S E, RICHARDSON W S, ROSENBERG W M C, HAYNES R B. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 3.- GUYATT G H, RENNIE D. Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago: AMA Press, 2002.
- 4.- CONROY M, SHANNON W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 371-5.
- 5.- DAVIS D A. Clinical practice guidelines and the translation of knowledge: the science of continuing medical education (commentary). *CMAJ* 2000;163:1278-9.
- 6.- GROL R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1992; 1: 184-91.
- 7.- HIBBLE A, KANKA D, PENCHEON D, POOLES F. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ* 1998; 317: 862-3.
- 8.- MAYER J, PITERMAN L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Family Practice* 1999; 16: 627-32.
- 9.- New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. 2001. Wellington. Ref Type: Report
- 10.- ECCLES M P, CLAPP Z, GRIMSHAW J M, ADAMS P C, HIGGINS B, PURVES I et al. North of England Evidence Based Guidelines Development Project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-2.
- 11.- GROSS P A, GREENFIELD S, CRETIN S, FERGUSON J, GRIMSHAW J M, GROL R et al. Optimal methods for guideline implementation.

- Conclusions from Leeds Castle meeting. *Medical Care* 2001;39:II85-II92.
- 12.- HAYWARD R S A, GUYATT G H, MOORE K-A, MCKIBBON K A, CARTER A O. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 156: 1715-23.
 - 13.- MASON J. National clinical guidelines and the social valuation of healthcare: a think piece. Presented at ESRC Seminar Group Series: Developing Economic Evaluation Methods. 2002. Christ Church College, Oxford. Ref Type: Report
 - 14.- National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999. Ref Type: Report.
 - 15.- National Institute for Clinical Excellence. Information for National Collaborating Centres and Guideline Development Groups. 2001. London. The Guideline Development Process. Ref Type: Report.
 - 16.- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developers' handbook. 2002. Ref Type: Report.
 - 17.- SHEKELLE P G, WOOLF S H, ECCLES M P, GRIMSHAW J M. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-6.
 - 18.- The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group. Guideline development in Europe. An international comparison. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000; 16: 1039-49.
 - 19.- THORSEN T, MÅKELÄ M. Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
 - 20.- Institute of Medicine (Field MJ & Lohr KN eds). Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992.
 - 21.- Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. Departamento de Calidad de

- Prestadores. División de Planificación y Presupuesto. Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud. 2002. Ref Type: Report.
- 22.- ALVARADO D, WULF A, SOLÍS X, PANTOJA T, PUSCHEL K, VILLARROEL L et al. Evaluación de la calidad de la atención médica en el Centro de Salud Familiar El Roble. La Pintana, Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile. *Revista Chilena Medicina Familiar* 2000; 1: 38-42.
- 23.- CABANA MD, RAND C S, POWE N R, WU A W, WILSON M H, ABBOUD P-AC et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
- 24.- CRANNEY M, WARREN E, BARTON S, GARDNER K, WALLEY T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Family Practice* 2001; 18: 359-63.
- 25.- GRAHAM R P, JAMES P A, COWAN T M. Are clinical practice guidelines valid for primary care? *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 949-54.
- 26.- GRIMSHAW J M, SHIRAN L, THOMAS R, MOWATT G, FRASER C, BERO L et al. Changing provider behavior. An Overview of Systematic Reviews of Interventions. *Medical Care* 2001; 39: II2-II45.
- 27.- MAJUMDAR S R, SOUMERAI S B. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work (commentary). *CMAJ* 2003; 169: 30-1.
- 28.- OXMAN A D, THOMSON O'BRIEN M A, DAVIS D A, HAYNES R B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153: 1423-31.
- 29.- GROU R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315: 418-21.
- 30.- GROU R, DLAHUIJSEN J, THOMAS S, VELD C I, RUTTEN G, MOK-KINK H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.
- 31.- WORRALL G, CHAULK P, FREAKER D. The effects of clinical practice guidelines on patients outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ* 1997; 156: 1705-12.
- 32.- MCCOLL A, SMITH H, WHITE P, FIELD J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 361-5.
- 33.- YOUNG J M, WARD J E. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2001; 7: 201-10.
- 34.- MURPHY M K, BLACK N A, LAMPING D L, MCKEE C M, SANDERSON C F B, ASKHAM J et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; 2.
- 35.- BAKER R, FRASER R C. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. *BMJ* 1995; 311: 370-3.
- 36.- CAMPBELL S M, HANN M, HACKER J, DURIE A, THAPAR A, ROLAND M O. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 125-30.
- 37.- FRASER R C, KHUNTI K, BAKER R, LAKHANI M. Effective audit in general practice: a method for systematically developing audit protocols containing evidence-based review criteria. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 743-6.
- 38.- HEARNSHAW H, HARKER R, CHEATER F, BAKER R, GRIMSHAW G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002; 6.
- 39.- HEARNSHAW H M, HARKER R M, CHEATER F M, BAKER R H, GRIMSHAW G M. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Quality in Health Care* 2001; 10: 173-8.
- 40.- LAKHANI M, BAKER R, FRASER R C. Systematic methods must be used to develop review criteria (letter). *BMJ* 1996; 312: 185.
- 41.- MARSHALL M N, ROLAND M O, CAMPBELL S M, KIRK S, REEVES D, BROOK R H, MCGLYNN E A, SHEKELLE P G. Measuring general practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. 2003. London, The Nuffield Trust. Ref Type: Report.
- 42.- GRIMSHAW J M, MC AULEY L M, BERO L, GRILLI R, OXMAN A D, RAMSAY C et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 298-303.
- 43.- GRIMSHAW J M, THOMAS R, MACLENNAN G, FRASER C, RAMSAY C, VALE L, ECCLES M P, SHIRAN L, MATOWE L, WENSING M. Systematic review of guideline dissemination and implementation strategies (Presented at the XI Cochrane Colloquium, October 26 - 31. Barcelona, Spain). 2003. Ref Type: Conference Proceeding.
- 44.- GRIMSHAW J M, CAMPBELL M, ECCLES M P, STEEN N. Experimental and quasi-experimental designs for evaluating guideline implementation strategies. *Family Practice* 2000; 17 (Suppl 1): S11-8.
- 45.- GRIMSHAW J M, WILSON B, CAMPBELL M, ECCLES M P, RAMSAY C. Epidemiological methods. In Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N, eds. Studying the organisation and delivery of health services. Research methods, London: Routledge, 2001.