

Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas

Assessment of evidence and quality of clinical practice guidelines on deterioration of skin integrity: ulcers and chronic wounds

J.M. Rumbo-Prieto¹, M. Romero-Martín², D. Bellido-Guerrero¹, L. Arantón-Areosa¹, C.D. Raña-Lama³, F. Palomar-Llatas⁴

RESUMEN

Fundamento. La situación epidemiológica, sociosanitaria y económica que rodea al deterioro de la integridad cutánea supone un gran problema para el sistema sanitario. Su prevención y tratamiento crea incertidumbre y variabilidad profesional siendo prioritario contar con buenas Guías de Práctica Clínica (GPC). El objetivo fue conocer la calidad de las GPC sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP), úlceras venosas de la pierna (UVP) y úlceras de pie diabético (UPD).

Metodología. Revisión sistemática de la calidad de GPC españolas e internacionales sobre UPP, UVP y UPD. Búsqueda bibliográfica en fuentes especializadas. Selección de GPC con antigüedad no superior a 5 años (2010-2015). Uso del Instrumento AGREE II y revisión por 4 expertos. Estadística descriptiva.

Resultados. Veintitrés GPC (10 UPP, 6 UVP y 7 UPD); de ellas, 4 eran españolas y 19 internacionales. Fueron consideradas "muy recomendables" 8 GPC sobre UPP, 3 de UVP y 5 de UPD. El Dominio nº 2 (participación) y el Dominio nº 5 (aplicabilidad) fueron los peor valorados. La calidad de la evidencia fue "muy buena" en 19 GPC. La mejor GPC fue la inglesa de la NICE (UPP), la australiana de la AWMA (UVP) y la canadiense de la RNAO (UPD).

Conclusiones. Se observa una buena calidad metodológica en las GPC sobre UPP y UPD, pero habría que mejorar en las UVP. En general, habría que aumentar la participación de los usuarios, y describir las posibles barreras para la implementación de las GPC en la práctica clínica.

Palabras clave. Guía de Práctica Clínica. Úlcera por presión. Úlcera venosa. Pie diabético. Cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

Background. The epidemiological, social, and economic situation that surrounds the deterioration of skin integrity is a big problem for the health system. Its prevention and treatment create uncertainty and professional variability and it remains a priority to have good clinical practice guidelines (CPG). The objective was to determine the quality of the CPG on prevention and treatment of pressure ulcers (PU), venous ulcers of the leg (VUL) and diabetic foot ulcers (DFU).

Methodology. Systematic review of the quality of Spanish and international CPG on PU, VUL and DFU. Bibliographic search in specialized sources. Selection of CPG, not older than 5 years (2010-2015). Use of the AGREE Instrument II and revision by 4 experts. Descriptive statistics.

Results. Twenty-three CPG (10 PU, 6 VUL and 7 DFU), of which 4 were Spanish and 19 international. Eight CPG on PU, 3 VUL and 5 DFU were considered "Highly Recommended". Domain nº 2 (participation) and Domain nº 5 (applicability) were the worst valued. The quality of the evidence was "very good" in 19 GPC. The best CPG were the British NICE (PU), the Australian AWMA (VUL) and the Canadian RNAO (DFU).

Conclusions. We observed a good methodological quality in the CPG on PU and DFU, but there needs to be improvement in the VUL. In general, it would be necessary to increase the participation of users, and describe possible barriers for the implementation of the CPG in clinical practice.

Keywords. Clinical practice guide. Pressure ulcer. Diabetic foot. Venous ulcer. Nursing care.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (3): 405-415

1. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Ferrol.
2. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.
3. Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña.
4. Área clínica de la Piel del Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Recepción: 11-04-2016

Aceptación provisional: 08-06-2016

Aceptación definitiva: 28-06-2016

Correspondencia:

J.M. Rumbo Prieto
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol
Unidad de Calidad
Avda. Residencia, s/n
15405 Ferrol (A Coruña)

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener ninguno.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud, a menudo, nos encontramos ante situaciones en las que hay que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Muchos de estas decisiones se toman desde la propia experiencia y juicio personal, lo que crea una variabilidad de opciones, a veces incompatibles con la evidencia actual, por lo que ante situaciones similares a menudo se actúa de forma diferente; es por ello, que ante pacientes con idénticas condiciones clínicas, éstos no son tratados ni cuidados de la misma manera y, en cambio, es frecuente que se realicen cuidados basados en la rutina, dejándose llevar por la “rutinización” de la práctica¹.

Sin embargo, en los últimos años, la heterogeneidad de comportamientos y decisiones clínicas, afianzadas en paradigmas personales, la mayoría de las veces indefendibles, han dado paso a la era de las evidencias empíricas, como baluarte para la toma de decisiones². El nuevo paradigma que hoy llamamos Práctica Basada en la Evidencia (PBE), está fundamentado en tomar las decisiones clínicas basándose en la recomendación que nos dan cuatro elementos: 1) la experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna); 2) las expectativas (demandas), preferencias y los valores de los usuarios; 3) los resultados de la investigación clínica (evidencia externa); y 4) los recursos sanitarios y humanos disponibles. Esas recomendaciones serán a su vez recogidas en unos documentos especiales denominados Guías de Práctica Clínica (GPC) cuyo objetivo es mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuentes^{3,4}.

Desde esta perspectiva, el tomar las mejores decisiones avaladas por recomendaciones de evidencia, surge a nivel general un gran interés clínico por desarrollar GPC para el manejo, prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea (GPC-DIC) en relación a las heridas crónicas y, en particular, para el abordaje de las úlceras por presión (UPP), las úlceras venosas (UV) y el pie diabético (PD)^{1,5,6}.

Ello es debido a que este tipo de lesiones son consideradas un problema sanitario de gran magnitud, por el sobrecoste económico que supone para los sistemas de salud, por la pérdida de calidad de vida en los pacientes (discapacidad, dependencia, dolor...), por la repercusión que tiene en sus familias y cuidadores (que en muchos casos llevan el peso de la prevención y la tarea de cuidados domiciliarios), y también por la carga de trabajo que suponen sus cuidados (terapias y curas de larga duración) a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería.

Pero se da el caso de que contamos con la existencia de una nutrida proliferación de GPC-DIC, tanto nacionales como internacionales, en las que se abordan distintas tipologías de lesiones crónicas (UPP, UV, PD, úlceras arteriales, úlceras isquémicas, úlceras neoplásicas...). Entonces ¿Cuál es el problema?, el problema es observar que no todas las GPC-DIC cumplen por igual el rigor metodológico y de elaboración; ya que ciertos estudios han identificado carencias tras una evaluación de su calidad⁷⁻⁹. Ante estos hechos, el profesional se siente desconcertado por no saber qué GPC-DIC es la adecuada para tomar decisiones y que recomendaciones se consideran fiables para su práctica diaria. Esto implica que las GPC-DIC (al igual que otras GPC) deben ser revisadas y actualizadas periódicamente y su calidad contrastada con instrumentos válidos y fiables.

Además, las revisiones de calidad de GPC que aporta la literatura nacional e internacional, sobre este tipo de lesiones crónicas, ya han sido realizadas hace algunos años y, en su gran mayoría esas GPC han quedado “obsoletas” en cuanto a su vigencia; por lo que surge la necesidad de conocer el estado actual de las nuevas GPC (las actuales), relacionadas con la prevención y tratamiento de las úlceras más importantes (UPP, UV y PD), utilizando para ello instrumentos validados y fiables (AGREE-II), y realizando estudios rigurosos (revisión sistemática) de evaluación de la calidad de las GPC relacionadas con este tipo de lesiones.

Así mismo, en consonancia con lo que propone el vigente Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud¹⁰; documento que incluye como Estrategia nº 10 (Mejorar la práctica clínica); y dentro de ésta, surge

como uno de los objetivos prioritarios, el objetivo 10.1: Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica. Proponiendo como una de las líneas de trabajo para su desarrollo, el estudiar y documentar la existencia de variabilidad.

Por tanto, con el fin de determinar cuáles son las GPC más recomendables y adecuadas para mejorar la práctica clínica y la seguridad del paciente que sufre, o está en riesgo de padecer, este tipo de lesiones nos propusimos como objetivo de investigación, conocer la calidad metodológica y evidencias de las Guías de Práctica Clínica que existen actualmente en el ámbito nacional e internacional, sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión, úlceras venosas de la pierna y úlceras neuropáticas o de pie diabético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de revisión sistemática de guías de práctica clínica y de sus evidencias. La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, en colaboración con la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol y el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, y el Área Clínica de la Piel del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. El periodo de estudio (trabajo de campo) abarcó desde enero de 2014 hasta enero de 2015.

Fueron seleccionadas todas las GPC en vigencia, tanto a nivel nacional como internacional, relacionadas con la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión (UPP), úlceras venosas de la pierna y/o miembro inferior (UVP) y úlceras de pie diabético o neuropáticas (UPD). Los criterios de inclusión fueron:

- Cualquier documento identificado como GPC (o similar denominación) relacionado con el tema de estudio (UPP, UVP y UPD), independientemente de su idioma, el organismo que lo editó, o el formato de publicación.
- Todas aquellas GPC publicadas en los últimos 5 años, desde enero del año 2010 hasta enero del año 2015.

Los criterios de exclusión fueron “no cumplir” alguno de los criterios de inclusión descritos anteriormente.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de fuentes secundarias de búsqueda de GPC: Metabuscadores (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y organismos compiladores (CMA infobase, GuiaSalud, National Guideline Clearinghouse, GNEAUPP). La búsqueda fue abierta, no estableciendo límites de periodo temporal (revisión bibliográfica realizada en 2014) y aceptando documentos en otros idiomas distintos del español y del inglés.

Para localizar las GPC específicas del tema de estudio se usaron términos y descriptores DeCS, MeSH y texto libre:

- Para GPC: “guía de práctica clínica”, “guía basada en la evidencia”, “GPC”, “practice guidelines”, “clinical guidelines”, “evidence guideline”, “evidence-based guideline”, “national evidence-based guideline”, “best practice guideline”, “CPG”.
- Para UPP: “úlceras por presión”, “UPP/uppp”, “úlceras por decúbito”, “lesión/herida por presión”, “úlceras cutáneas por presión”, “escara”, “pressure ulcer”, “bed sore”, “decubitus”, “chronic wound”, “skin ulcer”, “cutaneous pressure”.
- Para UVP: “úlceras venosas”, “úlceras de la pierna”, “úlceras de la extremidad inferior”, “úlceras del miembro inferior”, “úlceras vasculares”, “úlceras postflebiticas”, “úlceras por estasis”, “úlceras varicosas”, “leg ulcer”, “venous leg ulcer”, “ulcus cruris”, “varicose ulcer”, “stasis ulcer”, “venous ulcer”.
- Para UPD: “pie diabético”, “úlceras neuropáticas”, “úlceras de pie diabético”, “úlceras del pie”, “úlceras plantar”, “diabetic foot”, “diabetic feet”, “foot ulcer”, “plantar ulcer”, “neuropathic ulcer”, “foot care”.

Tras la localización, identificación y selección de las GPC que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a la evaluación individual de cada una de ellas, en base a su calidad metodológica (estructura y desarrollo) y rigor en la elaboración de las evidencias y claridad de presentación de las recomendaciones.

Se utilizó el Instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*); que está validado a nivel internacional

para evaluar todo tipo de GPC, independientemente de su formato e idioma. El Instrumento AGREE original¹¹ fue mejorado y actualizado al AGREE II¹² (año 2009 y 2013), y traducido al español por GuiaSalud. Se estructura en 23 ítems clave, graduados mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 “*Muy en desacuerdo*”, hasta el 7 “*Muy de acuerdo*”), organizados en seis dominios o áreas independientes entre sí, y cuenta con 2 ítems especiales para que los revisores de forma personal opinen si debe ser “recomendada o no” la GPC evaluada.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación de calidad de las GPC, se contó con un grupo externo de 12 revisores, todos ellos expertos referentes y formadores en úlceras y heridas, adscritos al Programa “Úlceras Fóra” del Servicio de Integración Asistencial del Servicio Gallego de Salud (SERGAS); además, de contar con experiencia acreditada en la valoración de la calidad de GPC con el Instrumento AGREE II.

El procedimiento de evaluación de la calidad metodológica consistió en seguir las normas de utilización del manual del AGREE II, comenzando por una lectura completa de cada GPC y posteriormente, puntuar cada uno de los 23 ítem (entre 1 y 7) hasta completar los 6 Dominios. El valor global obtenido (porcentaje) fue el resultante de aplicar la fórmula estandarizada del AGREE II, estableciéndose 4 categorías o cuartiles para su categorización: >75% (muy buen cumplimiento), entre 75-50% (buen cumplimiento), entre 50-25% (bajo cumplimiento) y <25% (mal cumplimiento). Posteriormente, se estableció un ranking de las 3 primeras GPC, teniendo en cuenta el porcentaje global obtenido sobre la máxima puntuación posible de cada una de los 6 Dominios del instrumento AGREE, valorando:

- Que la guía tuviera un mínimo de tres dominios con una puntuación >75%.
- Que ninguna de los dominios tuviera una puntuación <25%.
- Que el Dominio 1 (alcance y objetivo) y Dominio 3 (rigor en la elaboración) se encontrara por encima del 75%.

Igualmente, para establecer la calidad global de cada GPC, los revisores puntuaron numéricamente (entre 1 y 7) los dos ítems especiales de recomendación, realizándose posteriormente la media pondera-

da entre todos los resultados, clasificando como “recomendada” cuando la media estaba entre 7-6, “recomendada con condiciones” con valores entre 6-4, y “no recomendada” si el valor era de 1-3.

Para llevar a cabo la evaluación de la calidad de las evidencias, en cuanto a su “rigor en la elaboración y la claridad de presentación de las recomendaciones”, nos planteamos la siguiente pregunta: “¿Cómo fueron elaboradas y descritas las evidencias y las recomendaciones de la GPC?”; para darle respuesta, se optó, a partir de los resultados generales del Dominio 3 y 4 del AGREE II, analizar de forma particular y agrupada los 8 ítems que hacían referencia a las evidencias y recomendaciones (ítems nº: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 y 17). El valor obtenido (en %) se agrupó también en categorías o cuartiles: >75% (muy buena calidad), entre 75-50% (buena calidad), entre 50-25% (baja calidad) y <25% (mala calidad).

Cada una de las GPC fue evaluada por un mínimo de 4 revisores y los resultados de las evaluaciones fueron registrados electrónicamente e incorporados a la plataforma virtual del Instrumento AGREE II (disponible en la página web del Consorcio AGREE).

La representación gráfica de los datos tabulados consistió en un análisis estadístico de medidas de tendencia central y de dispersión expresado en porcentajes. Los programas informáticos utilizados fueron Microsoft Word y Excel 2016.

RESULTADOS

Las GPC que cumplieron con los criterios de inclusión y que resultaron seleccionadas fueron 23. De ellas, 4 eran de ámbito nacional y 19 de procedencia internacional. Según el tipo de úlcera crónica, 10 GPC eran sobre UPP¹³⁻²² (Tabla 1), 6 GPC sobre UPV²³⁻²⁸ (Tabla 2) y, 7 GPC relacionadas con UPD^{23,29-34} (Tabla 3).

En la tabla 1 se describe la calidad global de cada GPC y la calidad de las evidencias así como una observación sobre qué Dominios e ítems de evidencia del AGREE II se debían mejorar en cada una de las GPC, de forma individualizada. En el figura 1 se presenta una comparativa de todos los resultados obtenidos tras la evaluación AGREE II para cada una de las GPC-UPP.

Tabla 1. Nivel de calidad de las GPC sobre UPP medido por el AGREE II.

Código	GPC sobre Úlceras por presión (GPC-UPP)	País	Año	Evaluación AGREE II	Calidad evidencias	Bajo cumplimiento (<50%)
UPP-1	Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas. Servicio Valenciano de Salud ¹³	España	2012	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-2	Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de las Lesiones Por Presión. Hospital Clínico Universitario Lozano-Blesa, Zaragoza ¹⁴	España	2013	Recomendada con condiciones	Buena	Ítems: 7, 8 y 10
UPP-3	Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. Ontario Neurotrauma Foundation ¹⁵	Canadá	2013	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-4	Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Nursing Best Practice Guideline. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) ¹⁶	Canadá	2011	Muy recomendada	Muy buena	Ítem: 8
UPP-5	Pressure Ulcer Prevention. The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ¹⁷	Reino Unido	2014	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-6	Pressure Ulcer Management. The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ¹⁸	Reino Unido	2014	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-7	WOCN Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society ¹⁹	Estados Unidos (US)	2010	Recomendada con condiciones	Muy buena	Dominios: 2 y 5 Ítem: 8
UPP-8	Pan Pacific Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Australian Wound Management Association (AWMA) ²⁰	Australia	2012	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-9	Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. EPUAP, NPUAP & PPPIA ²¹	US, Europa Asia-Pacífico Australia	2014	Muy recomendada	Muy buena	—
UPP-10	A National Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ²²	Bélgica	2013	Muy recomendada	Muy buena	—

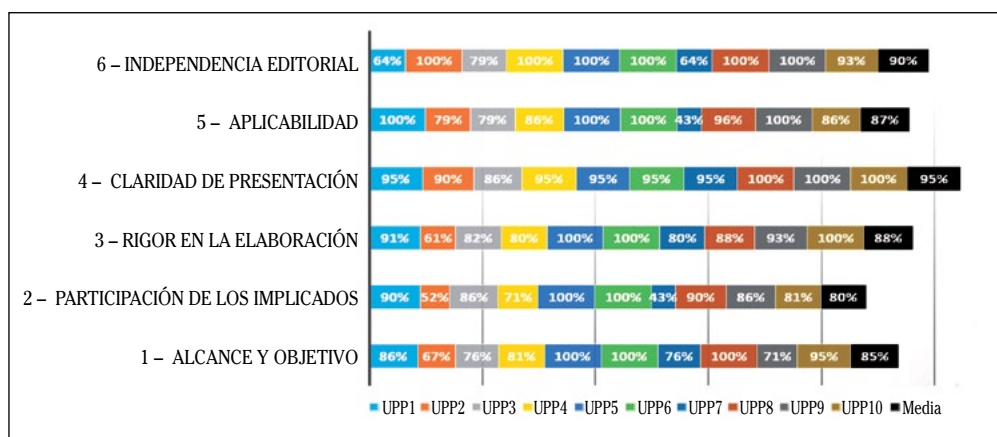


Figura 1. Valores obtenidos por las GPC-UPP para cada uno de los Dominios AGREE II

De la misma forma que la descrita anteriormente, se representaron los resultados correspondientes a las GPC-UVP en la

Tabla 2 y la Fig. 2, y los relacionados con las GPC-UPD en la Tabla 3 y la Fig. 3 de la página siguiente.

Tabla 2. Nivel de calidad de las GPC sobre UVP medido por el AGREE II

Código	GPC sobre úlceras venosas de la pierna (GPC-UVP)	País	Año	Evaluación AGREE II	Calidad evidencias	Bajo cumplimiento (<50%)
UVP-1	Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. (AEEVH) ²³	España	2014	No recomendada	Baja	Dominios: 2, 3, 4 y 6 Ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 y 17
UVP-2	Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Society for Vascular Surgery & American Venous Forum (SVSAVF) ²⁴	Estados Unidos	2014	Muy recomendada	Muy buena	Dominio: 1
UVP-3	Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. Australian Wound Management Association (AWMA) ²⁵	Australia	2011	Muy recomendada	Muy buena	—
UVP-4	Regional Wound Care Clinical Practice Guidelines: Venous, Arterial, and Mixed Lower Leg Ulcers. Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) ²⁶	Canadá	2011	Recomendada con condiciones	Muy buena	Dominios: 2, 5 y 6 Ítem: 11
UVP-5	Tissue Viability Service Clinical Practice Guideline: Leg Ulcer Prevention & Management. Tissue Viability Service (TVS) ²⁷	Reino Unido	2011	No recomendada	Baja	Dominios: 3, 5 y 6 Ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 15
UVP-6	Management of Chronic Venous Leg Ulcers. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ²⁸	Reino Unido	2010	Muy recomendada	Muy buena	—

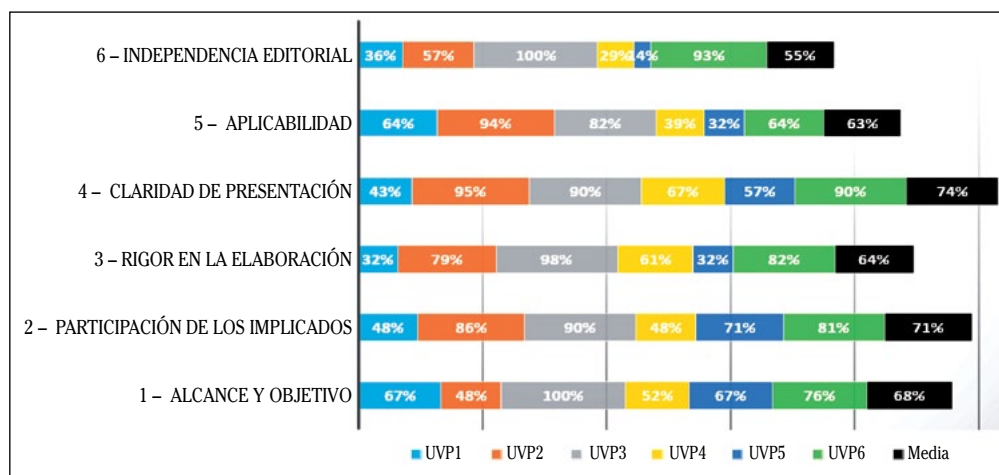
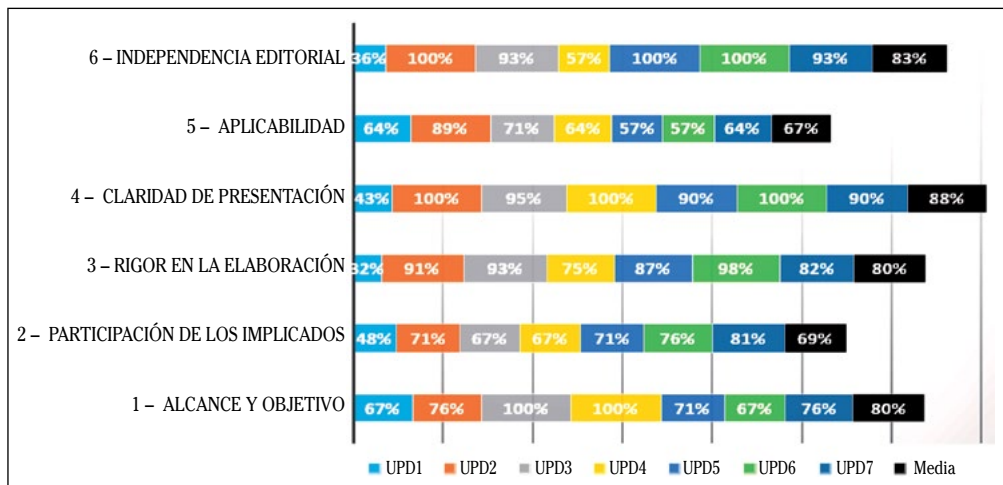


Figura 2. Valores obtenidos por las GPC-UVP para cada uno de los Dominios AGREE II.

Tabla 3. Nivel de calidad de las GPC sobre UPD medido por el AGREE II.

Código	GPC sobre úlceras venosas de pie diabético (GPC-UVP)	País	Año	Evaluación AGREE II	Calidad evidencias	Bajo cumplimiento (<50%)
UPD-1	Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. (AEEVH) ²³	España	2014	No recomendada	Baja	Dominios: 2, 3, 4 y 6 Ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 y 17
UPD-2	Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) ²⁹	Canadá	2013	Muy recomendada	Muy buena	—
UPD-3	Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del Pie Diabético en el primer nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) ³⁰	México	2012	Muy recomendada	Muy buena	—
UPD-4	Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ³¹	México	2012	Muy recomendada	Muy buena	—
UPD-5	Prevention, Identification and Management of Foot Complications in Diabetes. Australian Wound Management Association (AWMA) ³²	Australia	2011	Muy recomendada	Muy buena	—
UPD-6	Diabetic foot problems. Inpatient management of diabetic foot problems. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ³³	Reino Unido	2011	Muy recomendada	Muy buena	—
UPD-7	Management of diabetes. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ³⁴	Reino Unido	2010	Muy recomendada	Muy buena	—

**Figura 3.** Valores obtenidos por las GPC-UPD para cada uno de los Dominios AGREE II.

El orden de las 3 mejores GPC, según tipo de úlcera fue:

- GPC-UPP: 1) GPC inglesa de la NICE^{17,18} (UPP-5, UPP-6); 2) GPC australiana de la AWMA²⁰ (UPP-8); 3) GPC belga de la KCE²² (UPP-10).
- GPC-UPV: 1) GPC australiana de la AWMA²⁵ (UPV-3); 2) GPC escocesa de la SIGN²⁸ (UPV-6); 3) GPC americana de la SVS-AVF²⁴ (UPV-2).
- GPC-UPD: 1) GPC canadiense de la RNAO²⁹ (UPD-2); 2) GPC inglesa de la NICE³³ (UPD-6); 3) GPC escocesa de la SIGN³⁴ (UPD-7).

A nivel general, las GPC-UPP obtuvieron una calidad media del 87,5% (muy buen cumplimiento); las GPC-UPV del 65,83% (buen cumplimiento), y las GPC-UPD del 77,83% (muy buen cumplimiento). Referente a los dominios AGREE, en el conjunto de todas las GPC, el Dominio mejor valorado fue el nº 4 (claridad de presentación) con un 85,67% de cumplimiento; siendo el peor valorado el Dominio nº 5 (aplicabilidad) con un 72,3%.

Referente al análisis global de la calidad de las evidencias, en la Fig. 4 se describen todos los resultados obtenidos para cada tipo de GPC. Se observó que el ítem nº 8

relacionado con “la descripción de los criterios de selección de la evidencia” fue el más débil a la hora de cumplimentar (<75%), en comparación con el resto de ítems.

En las GPC-UPP, la evaluación de las evidencias obtuvo una buena media con el 90,5%; para las GPC-UPV la media fue de 67,6%, mientras que para las GPC-UPD el valor medio se situó en el 81,9%.

DISCUSIÓN

En este estudio, la evaluación de las evidencias y calidad analizada se corresponde con GPC publicadas y/o actualizadas como de 2ª generación (vigencia hasta 2015) y 3ª generación (vigencia entre 2016 y más años), siendo todas ellas, evaluadas íntegramente con la versión AGREE II, que resultó ser mucho más estricta y exigente en la valoración de criterios de calidad, en comparación con su versión anterior (AGREE).

En relación con la calidad, en el caso de las GPC-UPP españolas, observamos que actualmente sólo disponemos de 2 GPC de 3ª generación, atrás quedan las 10 GPC de hace apenas 3-5 años (1 y 2ª generación). Sin embargo, la calidad se ha mejorado ya que, la puntuación obtenida por la nueva

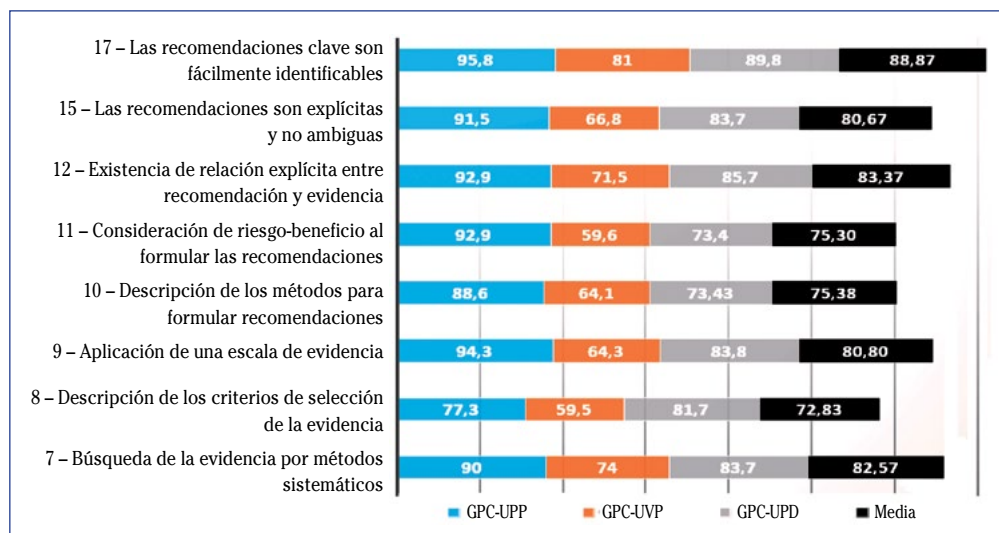


Figura 4. Calidad de las evidencias de las GPC en cuanto a los ítems sobre rigor y claridad de exposición.

edición de la GPC del Servicio Valenciano de Salud (SVS)¹³, la sitúa por encima de otras GPC internacionales de gran prestigio (canadienses y australianas), siendo la primera GPC española de su categoría, en conseguir un estándar tan elevado. No ocurre lo mismo con la otra GPC española¹⁴ que, aunque ha mejorado la calificación AGREE de la su primera edición, aún debe mejorar ciertos ítems condicionantes (sobre todo los Dominios 2 y 3) para ser considerada como una GPC “muy recomendada”.

Por otro lado, entre las GPC-UPP internacionales, encontramos 6 GPC de 3ª Generación y 2 de 2ª generación; de las cuales, la GPC de la WOCN¹⁹ (*Wound Ostomy and Continence Nurses Society*) es la que se consideró “recomendable con condiciones” debiendo mejorar la participación de los usuarios (Dominio 2) y explicitar mejor su implementación (Dominio 5), entre otros. El resto de GPC cumplieron muy satisfactoriamente los criterios de calidad en todos los Dominios (>85% de cumplimiento) con respecto a evaluaciones anteriores, lo que era de suponer porque muchas de ellas han sido elaboradas a través de colaboraciones multinacionales, utilizando los más altos estándares de evaluación y formulación de las recomendaciones de evidencia, como es el uso del sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

A nivel general, todas las GPC-UPP deberían mejorar “bastante” el Dominio 2 (participación de los implicados) y, referente a la calidad de las evidencias, el nivel medio alcanzado fue “bueno” (90,5%) pero, habría que ser más precisos en la descripción de los criterios de selección de la evidencia (ítem nº 8) y un poco más explícitos con las recomendaciones (ítem nº 15). Según nuestra evaluación, las mejores GPC son las del *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE)^{17,18} que coincide con otros estudios similares^{8,9,35}.

Referente a las UPV, contamos con la versión actualizada de la GPC-UPV de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH)²³, de 3ª generación, que, como ocurrió en su primera versión, no cumple con los estándares de elaboración y

metodología de cómo debe ser una GPC^{36,37}; es por ello, que la evaluación de calidad la clasifica como “no recomendada” al no puntuar en muchos de los Dominios del AGREE II (no incluye niveles de evidencia y grados de recomendación, entre otros).

En la evaluación de las GPC-UPV internacionales, solo encontramos una GPC de 3ª generación²⁴; lo que supone que el resto de GPC²⁵⁻²⁸, de 2ª generación, en 2015 quedarían “caducadas”. Esta “antigüedad” repercutió en la evaluación global de su calidad, precisamente en el Dominio 3 (Rigor de la elaboración) y Dominio 6 (Independencia editorial) y, también en la calidad de las evidencias y recomendaciones, ya que la media obtenida fue un modesto 67,6%. Esto quiere decir que, las GPC deberían mejorar los métodos y uso de escalas (ítems nº 8, 9 y 10), y formulación de evidencias (nº 11 y 15). Estos resultados han sido similares a otros estudios aparecidos en la literatura^{8,9,20}. En nuestro estudio, la mejor GPC-UPV fue la australiana de la AWMA (*Australian Wound Management Association*)²⁵, que coincide con los estudios mencionados.

Igualmente las UPV, a nivel nacional contamos con la GPC-UPD de la AEEVH²³, la cual, como ocurrió con la GPC-UPV publicada por ellos, ha sido considerada “no recomendable” por nuestra valoración AGREE II, al tratarse de una GPC de consenso, sin metodología, ni evaluación de evidencias, ni descripción de grados de recomendaciones.

En el caso de las GPC-PD internacionales, hemos podido evaluar 3 GPC de 3ª generación²⁹⁻³¹ y otras 3 GPC de 2ª generación³²⁻³⁴; pero, a pesar de la variabilidad en la fecha de publicación, todas ellas han conseguido el máximo reconocimiento de calidad en su elaboración obteniendo una calificación AGREE II de “muy recomendada”. Así mismo, el rigor de sus evidencias y claridad de sus recomendaciones ha sido de 81,9% (calidad “buena”), pero aconsejamos que revisen los ítems nº 10 y 11 (describir el método de formulación de recomendaciones y consideración de los riesgos-beneficios) para obtener mejores resultados.

Al no haber estudios similares en la literatura, no pudimos realizar una comparativa de cómo ha sido la tendencia de la calidad

de las GPC-UDP; aun así, en un reciente trabajo por nosotros presentado al Congreso Europeo de la EWMA³⁸, donde analizábamos la calidad de las GPC y de las guías clínicas basadas en la evidencia (GBE), observamos que hay una buena base metodológica y de evidencias, por lo que confiamos que las nuevas actualizaciones de las GPC-UDP que vayan surgiendo serán todavía mejores. En nuestro estudio la mejor GPC-UPD de todas, fue la canadiense de la RNAO (*Registered Nurses Association of Ontario*)²⁹.

En conclusión, sería recomendable mejorar la calidad de las GPC relacionadas con las UVP. También, a nivel general, en todas las GPC habría que mejorar la participación explícita de representantes y/o instituciones de pacientes en la elaboración y/o revisión de la GPC (o incluir más estudios que recojan de alguna forma su opinión); describir las posibles barreras para la implementación de las GPC en la práctica clínica habitual, para que todos los profesionales y usuarios puedan beneficiarse de las recomendaciones; así como planificar y gestionar estrategias y procedimientos que puedan impulsar el uso de las buenas prácticas recomendadas por las GPC.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRANADOS-MATUTE AE, CEJUDO-LÓPEZ A, VEGA-FERNÁNDEZ VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia. Revista digital* 2014; 11 (45).
2. SOLDEVILLA-AGREDA JJ, GARCÍA-FERNÁNDEZ FP, PANCORBO-HIDALGO PL. Atención de las úlceras por presión en España. De la invisibilidad a la evidencia. *Rev Chil Heridas Ostomías* 2011; 2: 331-338.
3. GRAHAM R, MANCHER M, MILLER WOLMAN D, GREENFIELD S, STEINBERG E, ed. *Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We can trust.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
4. Grupo de Trabajo sobre GPC. *Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico.* Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2007.
5. ESPERÓN GÜMIL JA, LOUREIRO RODRÍGUEZ MT, ANTON FUENTES VM, ROSENDO FERNÁNDEZ JM, PÉREZ GARCÍA JM, SOLDEVILLA AGREDA JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿Qué opinan las enfermeras? *Gerokomos* 2014; 25:171-177.
6. BEASKOETXEA GÓMEZ P, BERMEJO MARTÍNEZ M, CAPPILLAS PÉREZ R, CERAME PÉREZ S, GARCÍA COLLADO F, GÓMEZ COIDURAS JM et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos* 2013; 24: 27-31.
7. HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-ESPARZA E. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.
8. ARANTÓN AREOSA L, RAÑA-LAMA C, RUMBO PRIETO JM, TIZÓN BOUZA E. Calidad de las guías de práctica clínica de enfermería sobre prevención y manejo de las úlceras por presión. *Rev Enfermeir@s del COE de Lugo* 2009; 14: 60-69.
9. RUMBO-PRIETO JM, ARANTÓN-AREOSA L, RAÑA-LAMA C, TIZÓN-BOUZA E. Valoración ética de las guías de práctica clínica sobre úlceras vasculares y úlceras por presión. *Ética de los Cuidados [revista online]* 2009; 2.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
11. Consorcio AGREE. *Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica.* Canadá: AGREE Trust; 2009.
12. The AGREE Next steps consortium. *Appraisal of guidelines for research&evaluation II. AGREE II Instrument. [Update].* Canada: The AGREE Research Trust; 2013.
13. AVILÉS-MARTÍNEZ MJ, SÁNCHEZ-LORENTE MM. *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas.* Valencia: Generalitat Valenciana; 2012.
14. Subcomisión de lesiones por presión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. *Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión.* Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013.
15. HOUGHTON PE, CAMPBELL KE, CPG Panel. *Canadian best practice guidelines for the prevention and management of pressure ulcers in people with spinal cord injury. A resource handbook for clinicians.* Ontario (Canada): Ontario Neurotrauma Foundation; 2013.
16. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Risk Assessment & Prevention of pressure ulcers. Nursing best practice guideline. 3a Ed.* Ontario (Canada): RNAO; 2011.

17. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer management. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
19. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). WOCN Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN clinical practice guideline; no. 2. Mount Laurel (NJ): WOCN; 2010.
20. Australian wound Management Association, New Zealand wound Care Society, Hong Kong Enterostomal Therapists Association, Wound Healing Society Singapore. Pan Pacific guideline for the prevention and management of pressure injury. Australia: Cambridge Media; 2012.
21. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pressure Injury Alliance (PAN PACIFIC). Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. 2ª Ed. Perth (Australia): Cambridge Media; 2014.
22. BEECKMAN D, MATHEÏ C, VAN LANCKER A, VAN HOUDT S, VANWALLEGHEM G, GRYSON L et al. A National guideline for the prevention of pressure ulcers. Brussels (Belgium): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013.
23. Asociación Española de enfermería vascular y heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Sevilla: AEEVH; 2014.
24. O'DONNELL TF, PASSMAN MA, MARSTON WA, ENNIS WJ, DALSING M, KISTNER RL et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2014; 2: 3S-59S.
25. Australian Wound Management Association (AWMA), New Zealand Wound Care Society (NZWCS). Australian and New Zealand clinical practice guideline for prevention and management of venous leg ulcers. Australia: Cambridge Publishing; 2011.
26. O'ROURKE D, TODORUK ORCHARD M, ed. Regional wound care clinical practice guidelines: Venous, arterial, and mixed lower leg ulcers. Winnipeg (Canada): Winnipeg Regional Health Authority; 2011.
27. Tissue Viability Service Clinical Practice guideline: Leg ulcer prevention&management. London (UK): NHS Foundation Trust; 2011.
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers. A National clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
29. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes. Clinical Best Practice Guidelines. Ontario (Canada): RNAO; 2013.
30. SALOMÓN-VELÁZQUEZ M, ed. Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. 2a Ed. México: CENETEC. Secretaría de Salud; 2012.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica GPC: diagnóstico y tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2. 2a Ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2012.
32. National evidence-based guideline. Prevention, identification and management of foot complications in diabetes. Melbourne (Australia): Commonwealth of Australia; 2011.
33. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diabetic foot problems. Inpatient management of diabetic foot problems. London: NICE; 2011.
34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes. A National clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010.
35. RUMBO PRIETO JM. Estudio comparativo de guías de práctica clínica internacionales en deterioro de la integridad cutánea (úlceras por presión). [Tesis Máster]. Valencia: Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"; 2008. DOI: 10.13140/RG.2.1.3209.6403
36. Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. Actualización 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. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
37. ALONSO P, ROTAECHE R, ETXEBERRIA A. Formulación de recomendaciones. En: 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.
38. RUMBO-PRIETO JM, ARANTÓN-AREOSA L, ROMERO-MARTÍN M, RAÑA-LAMA C, TIZÓN-BOUZA E. Quality of clinical practice guides and evidence guides on diabetic foot. [Oral Presentation]. In: 24th Conference of the European Wound Management Association (EWMA), X Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas de GNEAUPP. Madrid, 14-16, Mayo 2014. DOI: 10.13140/RG.2.1.4147.8481

