



ARTÍCULO ESPECIAL

Calidad de las guías de práctica clínica sobre úlceras venosas de la extremidad inferior



José María Rumbo-Prieto^{a,*}, Luis Arantón-Areosa^b, Federico Palomar-Llatas^c
y Manuel Romero-Martín^d

^a Unidad de Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España

^b Dirección de Procesos de Enfermería, Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, Ferrol, España

^c Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidados de la Piel, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

^d Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, Universidad de A Coruña, Ferrol, España

Recibido el 12 de enero de 2017; aceptado el 2 de octubre de 2017

Disponible en Internet el 20 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Úlcera venosa;
Úlcera de la pierna;
Úlcera de la
extremidad inferior;
Guía de práctica
clínica

Resumen La variabilidad clínica y la incertidumbre profesional en la prevención y tratamiento de las úlceras venosas de la extremidad inferior (UV) traen, como principal consecuencia, el hecho de que los pacientes puedan verse sometidos a pruebas diagnósticas y terapéuticas, a veces de dudosa utilidad, o incluso que estas puedan resultar nocivas para la salud del paciente o que, en otras ocasiones, puedan llegar a omitirse determinados procedimientos o procesos que sí podrían resultar adecuados a la situación y necesidades del paciente.

Es por ello que surgen una serie de documentos específicos denominados guías de práctica clínica para el abordaje de las UV (GPC-UV), con la finalidad de mejorar la efectividad y la calidad de los cuidados, disminuir la variabilidad injustificada y establecer criterios homogéneos para su manejo. Sin embargo, la literatura recoge que no todas las GPC tienen el mismo criterio metodológico y de elaboración de la evidencia, por lo que muchas de ellas son de escasa calidad científica y rigor editorial. Esto implica que las GPC deben ser revisadas y actualizadas periódicamente en función de la evidencia más actual, y su calidad contrastada con instrumentos validados como el AGREE-II.

Tras un análisis de la calidad de 6 GPC-UV disponibles en la actualidad, se ha podido identificar qué guías son recomendables para su implementación en la práctica asistencial y cuáles deberían modificarse para mejorar su aplicabilidad y desarrollo de las evidencias.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmrumbo@gmail.com (J.M. Rumbo-Prieto).

KEYWORDS

Venous ulcer;
 Leg ulcer;
 Lower extremity
 ulcer;
 Clinical practice
 guide

Quality of clinical practice guidelines of lower extremity venous ulcers

Abstract The clinical variability and professional uncertainty in the prevention and treatment of lower extremity venous ulcers (VU) has as a main consequence, the fact that patients can be subjected to diagnostic and therapeutic tests, sometimes of dubious utility, these may even be harmful to the health of the patient and that, at other times, certain procedures or processes that may be appropriate to the patient's situation and needs may be omitted.

It is for this reason that a series of specific documents called clinical practice guidelines for the approach of VU (CPG-VU) have been created, with the aim of improving the effectiveness and quality of care, reducing unjustified variability and establishing homogeneous criteria for its handling. Nevertheless, the literature shows that not all CPGs have the same methodological and evidence-drawing criteria. Many of them are of poor scientific quality and editorial rigor. This implies that CPGs should be periodically reviewed and updated based on the most current evidence and their quality contrasted with validated instruments such as AGREE-II.

After an analysis of the quality of six CPG-VU available today, it has been possible to identify what guidelines are recommended for its implementation in the practice of care, which should be modified to improve their applicability and development of the evidence.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde un enfoque biológico, clínico y evolutivo, el concepto de úlcera venosa de la pierna (UV) hace referencia a «un tipo de úlcera de la extremidad inferior en la que está presente una alteración cutánea inducida o mantenida por la hipertensión venosa ambulatoria en el curso de una insuficiencia venosa crónica en la extremidad inferior»¹.

En la última revisión del grupo de expertos del primer consenso latinoamericano de úlceras venosas², en consonancia con la *American Venous Forum's International ad hoc Committee for revision of the CEAP classification*, quedó definida la UV como: «Una solución de continuidad de la cobertura cutánea con pérdida de sustancia que expone los tejidos subyacentes hasta una profundidad variable relacionada etiológicamente con una patología venosa determinante de hipertensión ambulatoria en los miembros inferiores, con escasa tendencia a la cicatrización espontánea, evolución crónica y alta tendencia a la recidiva. Corresponde a la clase C6 de la clasificación CEAP».

Según la literatura, son pocos los estudios epidemiológicos lo suficientemente fiables y rigurosos para calcular la importancia real de las UV como el gran problema de salud pública que es. El primer estudio nacional de prevalencia realizado en España³ reveló una tasa del 4,6% en hospitales, del 3,5% en centros sociosanitarios, y del 0,15% en atención primaria. En otro estudio nacional, la encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica (IVC) en España (Estudio DETECT-IVC)⁴, se observó una tasa del 71%, lo que suponía un alto riesgo de exposición a desarrollar una UV en el futuro. Según el documento de la CONUEI⁵, se presupone que cerca del 1% de la población adulta española presentará ulceraciones vasculares en las piernas en algún momento de su vida, incrementándose dicha incidencia con la edad, a partir de los 20 años, y multiplicándose la incidencia y prevalencia por dos en la población mayor de 65 años.

La magnitud del problema para el paciente, la sociedad y el sistema sanitario radica en que las UV son lesiones de elevada cronicidad^{6,7}; el 50% de las UV necesitan más de un año para su cicatrización y un 10% llegan hasta los 5 años. Su tasa de recidivas también es muy elevada; hay estudios⁸ que determinan la recurrencia entorno al 28-57% en 2 años, del 21-38% en 3 años y del 48% en 5 años. Lo que supone que las personas que las padecen se vean afectadas en todas sus dimensiones vitales⁹, tanto físicas (dolor, picor, mal olor, falta de movilidad), psicológicas (ansiedad, depresión, frustración), sociales (aislamiento social, soledad, falta de ocio, dependencia), así como por la falta de adherencia al tratamiento (rechazo por larga duración, vendajes compresivos «difíciles» y molestos de llevar).

La variabilidad clínica y la incertidumbre profesional en la prevención y el tratamiento de las UV traen como principal consecuencia el hecho de que los pacientes puedan verse sometidos a pruebas diagnósticas y terapéuticas, a veces de dudosa utilidad, o incluso que estas puedan resultar nocivas para la salud del paciente (efectos secundarios y/o iatrogénicos) o que, en otras ocasiones, puedan llegar a omitirse determinados procedimientos o procesos que sí podrían resultar adecuados a la situación y necesidades del paciente.

En la actualidad, el abordaje holístico e integral de este tipo de lesiones, afortunadamente, ha relegado aquel concepto desolador que consideraba las UV (y otros tipos de úlceras) como algo «incurable», cuyo tratamiento se dispensaba como una práctica paliativa, además de ser considerada una faceta profesional poco agradecida, escasamente reconocida, y con una alta variabilidad de opciones terapéuticas, a veces incompatibles con la evidencia.

Es por ello que se empezaron a desarrollar específicamente guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de las UV (GPC-UV), con la finalidad de mejorar la efectividad y la calidad de los cuidados, disminuir la variabilidad injustificada y establecer criterios homogéneos para su manejo. Las

GPC son definidas como: «Un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes»^{10,11}.

Sin embargo, diferentes estudios¹²⁻¹⁴ observaron que no todas las guías denominadas como GPC para tratar UV tenían el mismo criterio metodológico y de desarrollo de la evidencia; por lo que muchas de ellas tenían escasa calidad científica y rigor editorial. Esto implica que las GPC deben ser revisadas y actualizadas periódicamente (se recomienda cada 3-5 años) en función de la evidencia más actual, y su calidad contrastada con instrumentos validados de última generación como el AGREE-II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*).

El identificar qué GPC-UV no cumplen con el rigor de calidad esperado, y determinar cuáles son las mejores, debiera ser la base principal para luego incorporar y/o implementar las evidencias en la práctica clínica con el fin de prevenir y/o tratar adecuadamente a personas afectadas por UV de la pierna o con riesgo de padecerlas.

Método y procedimiento de selección y evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica sobre úlceras venosas de la extremidad inferior

Para llevar a cabo un estudio de evaluación de la calidad de las GPC se deben identificar correctamente qué documentos son considerados GPC del resto de guías clínicas que no lo son. Es decir, se considerarán GPC aquellos documentos o guías de buena práctica que hayan sido elaboradas de acuerdo con los criterios de la definición internacional de GPC^{10,11} (descrita en el epígrafe anterior), y que básicamente incluyen estar realizada mediante una o varias revisiones sistemáticas sobre el tema de estudio y exponer un conjunto de recomendaciones que tengan en cuenta los riesgos y beneficios de aplicar las medidas terapéuticas. A mayores, las GPC deberían incluir una escala de evidencia, un proceso de implementación, una descripción explícita de posibles conflictos de interés y ser elaboradas de forma multidisciplinar, teniendo en cuenta la opinión y/o preferencia de los pacientes a quienes va dirigida la GPC.

Así mismo, para facilitar la identificación de GPC a los investigadores, existen por todo el mundo diferentes fuentes documentales que son específicas para localizar las GPC, ya sea a través de organismos elaboradores, compiladores y metodológicos, así como mediante bases de datos genéricas que aplican filtros especiales y metabuscadores específicos. Destacan por su rigurosidad y fiabilidad las siguientes¹⁵:

- Metabuscadores de GPC: TripDatabase, eGuidelines, NSH evidence, SUM Search y Google Scholar.
- Organismos compiladores de GPC: CMA Infobase, GuiaSalud, NCG (*National Guideline Clearinghouse*) y NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence*).
- Organismos elaboradores de GPC: AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), ICSI *guidelines (Institute for Clinical Systems Improvement)*, NZGG (*New Zealand Guidelines Group*), SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), GAC (*Guidelines Advisory*

Committee), MoH *guidelines (Singapore Ministry of Health)*, NHMRC *guidelines (Australian National Health and Medical Research Council)*, SAS (Servicio Andaluz de Salud), AVS (Agencia Valenciana de Salud), MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) e IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Así como diversas asociaciones científicas y gerencias hospitalarias, entre otros.

- Centros metodológicos y evaluadores de GPC: AGREE, G-I-N (*Guidelines International Network*), GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), ETESA (Evaluación de Tecnologías de Salud, Chile), CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México), Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (OSTEBA, Avalia-t, AQuAS, IACS, ISCIII, SESCO, UETS y AETSA).
- Gestores de bases de datos de ciencias de la salud (aplican filtros para localizar GPC): Scopus, EmBase, PubMed (MedLine), Cochrane Plus, JBI CONNECT+, y CINAHL.

Para localizar las GPC-UV disponibles actuales, se debe realizar una búsqueda sistemática combinando las distintas fuentes de datos descritas y usar un listado de términos y palabras en lenguaje controlado (tesauro DeCS/MeSH) y texto en formato libre. Los descriptores en español (también se realizó en inglés) más empleados para definir la UV son: «úlceras venosas», «úlceras de la pierna», «úlceras de la extremidad inferior», «úlceras del miembro inferior», «úlceras vasculares», «úlceras posflebíticas», «úlceras por estasis» y «úlceras varicosas».

El método más recomendado para la evaluación de la calidad de las GPC es el instrumento AGREE¹⁶. Se creó en 2001 para examinar el tema de la variabilidad de las GPC. Con este objetivo, el AGREE se considera una herramienta válida para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una GPC. El instrumento AGREE original ha sido actualizado al nuevo AGREE-II en el año 2009, y reevaluado en el 2013^{17,18} (actualmente, ya se está trabajando en la validación de un nuevo formato denominado AGREE-REX)¹⁹.

Los criterios que convierten al instrumento AGREE-II en estándar de calidad de GPC tienen su fundamento en varias razones¹⁷:

- Evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones de evidencia.
- Ha sido elaborado mediante consenso entre expertos de varios países con amplia experiencia y conocimiento sobre GPC (Consorcio AGREE). Por ello, el instrumento AGREE-II se considera reflejo del estado actual del conocimiento en este campo.
- Está diseñado para evaluar las GPC desarrolladas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales, así como por organizaciones gubernamentales. Esto incluye: las nuevas guías, las guías existentes y sus actualizaciones.
- Es un instrumento genérico y puede aplicarse a GPC sobre cualquier aspecto de una patología, incluyendo las que tratan sobre diagnóstico, promoción de la salud, tratamiento o cualquier otro tipo de intervención.

- El instrumento es aplicable tanto a las guías publicadas en formato papel como a aquellas en soporte electrónico.
- Está validado a nivel internacional.

El AGREE-II se estructura en 23 ítems clave, organizados en 6 dominios o dimensiones, y 2 ítems independientes para la puntuación global de la GPC. Cada uno de los ítems está graduado mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 «muy en desacuerdo» hasta el 7 «muy de acuerdo»). Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la GPC:

- Dominio 1. Alcance y objetivo: alude al propósito general de la GPC, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).
- Dominio 2. Participación de los implicados: se refiere al grado en el que la GPC ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).
- Dominio 3. Rigor en la elaboración: hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para utilizarlas (ítems 7-14).
- Dominio 4. Claridad de la presentación: tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la GPC (ítems 15-17).
- Dominio 5. Aplicabilidad: hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la GPC en los recursos (ítems 18-21).
- Dominio 6. Independencia editorial: tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).

La evaluación global de la GPC incluye 2 ítems especiales, para que los revisores puntúen subjetivamente la calidad general de la GPC (teniendo en cuenta el % de los dominios) y, además, opinen si debe ser «recomendada», «recomendada con modificaciones» o «no recomendada», para su utilización por los profesionales sanitarios en la práctica asistencial.

Se recomienda que cada GPC sea evaluada por un mínimo de 2 revisores (preferentemente 4 o más), y existe la opción de que las evaluaciones sean registradas y compartidas con otros investigadores a través de la plataforma online del AGREE-II denominada «My AGREE Plus»²⁰.

El procedimiento de evaluación se realiza de forma protocolizada según lo descrito en el manual del AGREE-II; comenzando por una lectura completa y puntuación de cada ítem hasta completar los 6 dominios. Las puntuaciones de los dominios se calculan sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje de cumplimiento (%) sobre la máxima puntuación posible para ese dominio (según la fórmula incluida en el manual del AGREE-II). Se considera que los valores por encima del 60% en cada dominio es lo bueno y deseable para ser una buena GPC, aunque en la literatura podemos encontrar que opcionalmente, con el valor resultante, se pueden formar 4 niveles o cuartiles de cumplimiento según el porcentaje obtenido: >75% (buen cumplimiento); 50-75% (suficiente cumplimiento); 25-50% (bajo cumplimiento); <25% (insuficiente cumplimiento). Referente a los 2 ítems

especiales (evaluación global), cada revisor puntúa la calidad de la guía con un valor entre 1 y 7, y otorga uno de los 3 niveles de recomendación descritos.

Aunque no está descrito en el manual de AGREE-II, para evitar un sesgo de selección y variabilidad entre la puntuación de los evaluadores, a parte de un análisis estadístico de medidas de tendencia central y de dispersión expresado en porcentajes, medias y desviación estándar (DE), también se deberá hallar la concordancia intraobservadores a través del coeficiente de correlación de Pearson (r) o el de kappa (k) y su intervalo de confianza al 95% ($p < 0,05$).

Clasificación de las guías de práctica clínica sobre úlceras venosas de la extremidad inferior por su nivel de «recomendación»

Tras una revisión bibliográfica realizada en diciembre de 2016 sobre las GPC-UV disponibles (periodo de publicación entre los años 2010-2015), fueron localizadas 11 GPC; de ellas, solo 6 se consideraron documentos GPC (tabla 1).

Por otro lado, se observó que el 67% ($n = 4$) de las GPC-UV fueron auspiciadas por asociaciones científicas, como la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas (AEEVH), la *Society for Vascular Surgery & American Venous Forum* (SVSAVF), la *Tissue Viability Service* inglesa (TVS) y la *Australian Wound Management Association* (AWMA) and *New Zealand Wound Care Society* (NZWCS). En el 33% restante, los promotores fueron: una institución regional de salud canadiense (*Winnipeg Regional Health Authority* [WRHA]) y un centro escocés de evaluación metodológica y elaborador de GPC (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [SIGN]).

Según el formato de publicación, 5 GPC (84%) fueron editadas en formato monográfico (guía electrónica) y una fue publicada en formato artículo científico en el *Journal of Vascular Surgery*.

Referente al año de publicación, una de las GPC era la segunda generación (actualización o *update*), la guía española publicada por la AEEVH (UV-1)²¹, y otra era la tercera versión de la guía escocesa del grupo SIGN (UV-6)²²; el resto de las GPC eran de nueva generación (primera versión), con la particularidad de que la GPC australiano-neozelandesa de la AWMA-NZWCS (UV-3)²³, la canadiense de la WRHA (UV-4)²⁴, la inglesa TVS (UV-5)²⁵ y la escocesa (SING) quedaron obsoletas a finales de 2017 y deberán ser actualizadas. No es el caso de la GPC norteamericana de la SVSAVF (UV-2)²⁶, ni de la española de la AEEVH, que se mantendrán vigentes hasta el año 2019.

A nivel general, la calidad media de todas las GPC-UV alcanzó un porcentaje del 66% (suficiente cumplimiento). Por dominios del AGREE-II (tabla 2), se observó que ninguno de forma global superó el 75% (buen cumplimiento), pero todos se mantuvieron por encima del rango del 50% (suficiente cumplimiento), siendo el dominio mejor valorado el n.º 4 «Claridad de presentación», con una tasa media del 73% (14,75 DE), y el n.º 2 «Participación de los implicados», con un 71% (12,55 DE). Los dominios considerados «peores» fueron: el n.º 6 «Independencia editorial» con valores del 55% (32,41 DE), el n.º 5 «Aplicabilidad» y el n.º 3 «Rigor en la elaboración», con un 61% (31,01 DE).

Tabla 1 Listado de GPC-UV seleccionadas

Código	Nombre de la GPC-UV e institución editora	Año	País	Escala de Evidencia
UV-1	Guía de práctica clínica: consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH)	2014	España	No consta
UV-2	<i>Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum</i> Society for Vascular Surgery & American Venous Forum (SVSAVF)	2014	Estados Unidos (EE. UU.)	GRADE system
UV-3	<i>Clinical practice guideline for prevention and management of venous leg ulcers</i> Australian Wound Management Association (AWMA) and New Zealand Wound Care Society (NZWCS)	2011	Australia-Nueva Zelanda	NHMRC grading system
UV-4	<i>Regional wound care clinical practice guidelines: Venous, arterial, and mixed lower leg ulcers</i> Winnipeg Regional Health Authority (WRHA)	2011	Canadá	RNAO grading system
UV-5	<i>Tissue viability service clinical practice guideline: Leg ulcer prevention & management</i> Tissue Viability Service (TVS)	2011	Reino Unido	No consta
UV-6	Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	2010	Escocia	SIGN grading system

GPC: guía de práctica clínica; GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*; NHMRC: *National Health and Medical Research Council*; RNAO: *Registered Nurses Association Of Ontario*; SIGN: *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*; UV: úlcera venosa de la pierna.

Tabla 2 Porcentaje de cumplimiento de la GPC-UV

Dominios AGREE-II	UV-1	UV-2	UV-3	UV-4	UV-5	UV-6	Media
Dominio 1: Alcance y objetivo	67%	48%	100%	52%	67%	76%	68%
Dominio 2: Participación de los implicados	48%	86%	90%	48%	71%	81%	71%
Dominio 3: Rigor en la elaboración	32%	79%	98%	61%	32%	82%	64%
Dominio 4: Claridad de presentación	43%	95%	90%	67%	57%	90%	74%
Dominio 5: Aplicabilidad	64%	94%	82%	39%	32%	64%	63%
Dominio 6: Independencia editorial	36%	57%	100%	29%	14%	93%	55%
Media total	48%	77%	93%	49%	45%	81%	66%
Evaluación global	4	6	7	4	2	7	5

AGREE: *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*; GPC: guía de práctica clínica; UV: úlcera venosa de la pierna.

Nivel de cumplimiento: > 75% (buen cumplimiento); 50-75% (suficiente cumplimiento); 25-50% (bajo cumplimiento); < 25% (insuficiente cumplimiento).

Evaluación global: «muy recomendada» (6-7 puntos); «recomendada con condiciones» (4-5 puntos); «no recomendada» (1-3 puntos).

En la [tabla 3](#) se recoge cuál ha sido la clasificación de la calidad de las GPC-UV según el AGREE-II, destacando que 3 GPC (UV-2, UV-3, UV-6) han obtenido la clasificación de

«recomendable», por encima de todas las demás, según el porcentaje estadístico obtenido para cada dominio individual ([tabla 2](#)), así como la puntuación otorgada del análisis

Tabla 3 Clasificación de las GPC-UV según el AGREE-II

Código	Nombre de la GPC-UV	Nivel de cumplimiento	Nivel de recomendación
UV-1	Guía de práctica clínica: consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético	Bajo cumplimiento (48%)	Recomendada con condiciones
UV-2	<i>Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum</i>	Buen cumplimiento (77%)	Recomendada
UV-3	<i>Clinical practice guideline for prevention and management of venous leg ulcers</i>	Buen cumplimiento (93%)	Recomendada
UV-4	<i>Regional wound care clinical practice guidelines: Venous, arterial, and mixed lower leg ulcers</i>	Bajo cumplimiento (49%)	Recomendada con condiciones
UV-5	<i>Tissue viability service clinical practice guideline: Leg ulcer prevention & management</i>	Bajo cumplimiento (45%)	No recomendada
UV-6	<i>Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline</i>	Buen cumplimiento (81%)	Recomendada

AGREE: *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*; GPC: guía de práctica clínica; UV: úlcera venosa de la pierna.

Nivel de cumplimiento: > 75% (buen cumplimiento); 50-75% (suficiente cumplimiento); 25-50% (bajo cumplimiento); < 25% (insuficiente cumplimiento). Evaluación global: «muy recomendada» (6-7 puntos); «recomendada con condiciones» (4-5 puntos); «no recomendada» (1-3 puntos).

de los 2 ítems especiales para cada GPC. Ambos resultados (cumplimiento de los dominios y evaluación global de los revisores) fueron coherentes y correlativos para determinar la calidad metodológica de las GPC-UV.

En relación con la concordancia entre revisores, el coeficiente de Pearson fue $r = 0,87$ [0,74-0,82] IC (95%). El índice (r) alcanzado muestra que el grado de acuerdo fue «bueno».

Análisis y discusión de la calidad de las guías de práctica clínica sobre úlceras venosas de la extremidad inferior

La calidad AGREE-II obtenida para las GPC-UV permite determinar la falta de resultados significativos en relación con el tipo de organismo, país que elabora la guía o por el año de publicación; pero sí quedó evidencia de cierta variabilidad para el cumplimiento del dominio n.º 3 («Rigor en la elaboración»). Es decir, no hubo uniformidad entre las GPC en referencia a los ítems relacionados con la elaboración y formulación de las evidencias y recomendaciones, ya que cada GPC-UV evaluada utilizó un sistema diferente de gradación de las evidencias, no teniendo todas las escalas la misma validez y fiabilidad; incluso hubo 2 guías que no incorporaban ningún sistema de evidencia.

Teniendo en cuenta la importancia de contar con un buen proceso de búsqueda y formulación de las evidencias clínicas y las recomendaciones, no es de extrañar que la GPC española de la AEEVH²¹, que —como ocurrió en su primera versión— no cumple todos los estándares de cómo debe ser elaborada una GPC, el AGREE-II la clasifica como una GPC «recomendada con modificaciones», al no incluir ninguna escala de evidencia y grados de recomendación, entre otros criterios; lo mismo le ocurrió a la GPC inglesa de la TVS, aunque esta última se clasifica como «no recomendada».

Para comparar cómo ha sido la evolución de la calidad de las GPC-UV, en la literatura se identifican solo los

estudios realizados por los autores de este artículo^{27,28}, en los que se evaluaron hasta 10 GPC-UV (3 españolas y 7 de otros países) anteriores al año 2010, tomando como método la primera versión del AGREE. A través de esta nueva evaluación se ha podido comparar la segunda versión de la guía de la AEEVH (actualmente acaba de publicarse la tercera versión en 2017; pero que no difiere de los datos aportados en este artículo), que no consiguió con ninguna de las 2 versiones la calificación de «recomendada». En cambio, la evolución de la guía del grupo SIGN ha mejorado la calidad con la versión actualizada en más de un 50% con respecto a los valores obtenidos anteriormente, y únicamente debería ampliar el nivel de cumplimiento del dominio n.º 5 («Aplicabilidad»), ya que obtuvo un 64% y precisaría sobrepasar el 75% para alcanzar el nivel de «buen cumplimiento», y así equipararse al porcentaje conseguido en el resto de los demás dominios AGREE-II.

También, los resultados expuestos sobre las GPC-UV vigentes coinciden bastante con los reportados por la bibliografía revisada, pero, a pesar de que los niveles de cumplimiento han aumentado un 15%, convendría mejorar un poco más su descripción y características metodológicas en las futuras actualizaciones y/o en el desarrollo de las nuevas GPC-UV. Es decir, las líneas de trabajo se deben centrar en implementar, al desarrollo de la GPC, un sistema de gradación de las evidencias más fiable y depurado (por ejemplo, el sistema GRADE²⁹); pero además, incorporar qué procesos y estrategias se llevarán a cabo para reducir/eliminar las barreras que impidan la traslación de las evidencias en la práctica clínica diaria de forma natural y eficiente, y sistematizar la obligación de que tanto los autores, revisores, colaboradores y la propia editorial describan explícitamente si han influido de modo alguno (conflicto de interés/independencia editorial) en las evidencias y recomendaciones que la GPC difunde.

Por todo ello, se considera que la GPC-UV australiana de las asociaciones AWMA-NZWCS cumple con «sobresaliente»

los estándares de calidad más exigentes del AGREE-II, los únicos validados a nivel internacional para GPC; por lo que la recomendamos como la primera GPC-UV para ser implementada en la práctica clínica de aquellas instituciones y/o profesionales que atienden a pacientes con problemas, o en riesgo, de padecer UV de la pierna. Pero sin olvidar que también hay otras GPC, igualmente «muy» recomendadas, como la GPC escocesa del grupo metodológico SIGN y la GPC norteamericana del grupo de consenso SVSAVF.

Conclusiones

Como profesionales de la salud, es necesario cuestionar lo que estamos haciendo, si las prácticas cotidianas son o no mejorables y buscar evidencias que guíen hacia una buena praxis. A lo largo de este artículo se ha puesto de manifiesto que las UV son lesiones de elevada cronicidad, lo que supone un gran problema para el paciente, la sociedad y el sistema sanitario.

El abordaje holístico e integral de este tipo de lesiones debe ser coherente y responsable con la finalidad de mejorar la efectividad y la calidad de los cuidados, disminuir la variabilidad injustificada y establecer criterios homogéneos para su manejo. Es decir, necesitamos hacer uso de las GPC e implementar sus recomendaciones de buenas prácticas, con el fin de adquirir habilidades y conocimientos suficientes para prevenir y/o tratar adecuadamente las UV para reducir su prevalencia.

Mediante la evaluación de la calidad de las GPC-UV se logró describir el estado actual del catálogo de GPC-UV vigentes y disponibles para los profesionales, los pacientes y los familiares o allegados.

A través del instrumento AGREE-II se ha podido determinar qué GPC son más recomendables y adecuadas para incorporar y/o implementar a la práctica clínica, con el fin de prevenir y/o tratar adecuadamente a las personas afectadas por UV o riesgo de padecerlas.

Los resultados obtenidos ponen énfasis en la recomendación de mejorar los criterios metodológicos de las GPC-UV actuales, ya que la mitad de las GPC revisadas obtuvieron un bajo cumplimiento con un estándar de calidad más bajo de lo estimado. Es por ello que deben mejorar la formulación de evidencias y recomendaciones, incorporar los procesos y estrategias que se llevarán a cabo para reducir/eliminar las barreras que impidan la traslación de las evidencias en la práctica clínica diaria de forma natural y eficiente, y sistematizar la obligación de que tanto los autores, revisores, colaboradores y la propia editorial describan explícitamente si han influido de modo alguno (conflicto de interés/independencia editorial) en las evidencias y recomendaciones que la GPC difunde.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Úlcera de etiología venosa. Marinell-lo-Roura J, editor. *Úlceras de la extremidad inferior*. 2.ª ed. Barcelona: Glosa SL; 2011. p. 111.
2. Nettel F, Rodríguez N, Nigro J, González M, Conde A, Muñoa A, et al. Primer Consenso Latinoamericano de Úlceras Venosas. Resumen. *Flebol Linfol* [Online]. 2013;8:1284–315 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sflb.com.ar/revista/2013-08-21-02.pdf>
3. Rueda J, Torra i Bou JE, Martínez F, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Roche E. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España Estudio GNEAUPP-UICF-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético*. Gerokomos [Online]. 2004;15:230–47 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-229-helcos.pdf>
4. Álvarez-Fernández LJ, Lozano F, Marinell lo-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60:27–36. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3170\(08\)01003-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3170(08)01003-1).
5. Verdú-Soriano J, Marinell lo J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla-Agreda JJ. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de Consenso C.O.N.U.E.I. [Online]. Barcelona: EdikaMed; 2009 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf>
6. Blanco Blanco J, Ballesté Torralba J, Berenguer Pérez M. *Úlceras venosas*. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou JE, editors. *Atención integral de las heridas crónicas*. Vol. 2. 2.ª ed. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016.
7. Raña Lama CD, Bouza-Prego MA, Saleta-Canosa JL, Rumboprieto JM, Arantón Areosa L. Obstáculos y apoyos percibidos en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna. *ENE* [Online]. 2016;10 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/618/compression>
8. Prevención de recurrencia de las úlceras. Miguel-Abbad C, Rial-Horcajo R, Ballesteros-Ortega MD, García-Madrid C, editores. *Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica* [Online]. Madrid: IDmedica; 2015 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://www.capitulodeflebiologia.org/media/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf
9. González-Consuegra RV. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa: adaptación transcultural y validación del «Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ)» y del «Pressure Ulcer Scale For Healing (PUSH)» [Tesis Doctoral] [Online]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19469#vpreview>
10. Grupo de Trabajo sobre GPC. *Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del manual metodológico* [Online]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf
11. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. En: Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editores. *Clinical Practice Guidelines We can trust* [Online]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/>
12. Bonfill X, Marzo M. *Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario*. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:496–7.
13. Navarro Yepes J, Rubio Martínez PL. *Guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea. ¿Dicen todas lo mismo?* *Gerokomos*. 2012;23:132–6.

14. Grupo de trabajo sobre Implementación de GPC. Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico [Online]. Madrid: Ministerio de Ciencia e innovación, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf
15. González-Gutián C, Sobrido-Prieto C. Bases de datos de guías de práctica clínica. *El Prof Inf.* 2006;15:297–302.
16. The AGREE Collaboration. Instrumento AGREE. Manual de formación. Vitoria (Álava): Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco; 2003.
17. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Canada: AGREE Trust; 2009.
18. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument [Update] [Online]. Canada: The AGREE Research Trust; 2013 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
19. Brouwers MC, Makarski J, Kastner M, Hayden L, Bhattacharyya O, GUIDE-M Research Team. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): A mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. *Implement Sci.* 2015;10:1–11, <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0225-1>.
20. My AGREE PLUS platform [Internet]. Canada: Canadian Institutes of Health Research; 2010-2014 [consultado 27 Feb 2017]. AGREE Enterprise website: Agree II. Disponible en: <http://www.agreetrust.org/login/>
21. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH). Guía de práctica clínica: consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético [Online]. Sevilla: AEEVH; 2014 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.aeev.net/pdf/AEEV%2035%20.pdf>
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers: A national clinical guideline [Online]. Edinburgh: SIGN; 2010 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/storage/59/43850332/1488283865/EHTWgSlqEQKLog20Tbgbmw/43850332.pdf>
23. 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 [Online]. Australia: Cambridge Publishing; 2011 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://www.woundsaustralia.com.au/publications/2011_awma_vlug.pdf
24. O'Rourke D, Todoruk Orchard M, editores. Regional wound care clinical practice guidelines: Venous, arterial, and mixed lower leg ulcers [Online]. Winnipeg, Canada: Winnipeg Regional Health Authority; 2011 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-013-005.pdf>
25. Tissue Viability Service. Leg ulcer prevention and management. Clinical practice guideline [Online]. London, UK: NHS Foundation Trust; 2011 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://spotidoc.com/doc/145348/leg-ulcer-prevention-and-management-guidelines>
26. 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 [Online]*. 2014;60 2 Suppl.:3S–59S [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/pdf](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(14)00851-9/pdf)
27. Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Tizón-Bouza E. Calidad de las guías de práctica clínica sobre úlceras vasculares en extremidades inferiores. En: Libro de resúmenes de comunicaciones presentadas en el 27^º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y 14^º Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA) [online]. Sevilla: SECA; 2009. p. 624 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/2009_27_Congreso_SECA_Sevilla.pdf
28. Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Raña-Lama CD, Tizón-Bouza E. Valoración ética de las guías de práctica clínica sobre úlceras vasculares y úlceras por presión. *Ética Cuid [Online]*. 2009;2 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n4/et7252r.php>
29. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Updated October 2013. [Online]. Toronto: McMaster University; 2013 [consultado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>