

Comentarios

Medwave 2016 Ene;16(1):6367 doi: 10.5867/medwave.2015.01.6367

A propósito de la aplicación del instrumento AGREE en las guías clínicas de fibrilación auricular

With regard to the implementation of the AGREE instrument in Atrial Fibrillation Clinical Guidelines

Autores: Alberto Morales Salinas[1], Sergio Dubner[2,3], Daniel José Piñeiro[4]

Filiación:

[1] Departamento de docencia e investigaciones, Cardiocentro "Ernesto Che Guevara", Villa Clara, Cuba

[2] Arrhythmias and Electrophysiology Service, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires, Argentina

[3] Sanatorio de los Arcos, Buenos Aires, Argentina

[4] Facultad de medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

E-mail: cardioams@yahoo.es

Citación: Morales Salinas A, Dubner S, Piñeiro DJ. With regard to the implementation of the AGREE instrument in Atrial Fibrillation Clinical Guidelines. *Medwave* 2016 Ene;16(1):6367 doi: 10.5867/medwave.2015.01.6367

Fecha de publicación: 14/01/2016

Introducción

Las guías de práctica clínica resumen y evalúan el conocimiento científico sobre un problema de salud determinado, con el propósito de establecer las prioridades en las diferentes estrategias diagnósticas y terapéuticas disponibles.

Para ello las guías de práctica clínica deben analizar crítica y minuciosamente la calidad de las evidencias clínicas y las recomendaciones médicas. Esto se convierte en una labor "cuasi-detectivesca"; pues escondidos en los grandes estudios (ensayos, metaanálisis, registros, y otros) pueden haber sesgos [1],[2], que limitan la extrapolación de sus resultados. Otro aspecto relevante es que nunca habrá suficientes ensayos para representar la mayoría de las situaciones clínicas del "mundo real". Consecuentemente no es una fortaleza práctica que las guías se basen exclusivamente en este tipo de evidencia [3].

Otra característica de las guías de práctica clínica es que también deben considerar el cociente "costo/beneficio" de cada una de las estrategias [4]. En este sentido cabe destacar las sugerencias del *American College of Cardiology Foundation* y la *American Heart Association*, para el uso racional de varias pruebas diagnósticas de acuerdo al riesgo cardiovascular global de los asintomáticos [5].

Esta conducta reduce no solo los gastos económicos, sino también los riesgos de iatrogenia, como el relacionado a la exposición inadecuada a radiaciones ionizantes [6].

La realidad es que hay variabilidad en la calidad de las guías de práctica clínica. Además, frecuentemente las principales guías de práctica clínica sobre una enfermedad, difieren en algunas de sus recomendaciones claves [1].

AGREE

El instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation*) se creó en el 2003 con el objetivo de analizar el rigor metodológico y la "transparencia" de las guías de práctica clínica. Actualmente la herramienta se ha refinado y se dispone de una segunda versión (AGREE II). La utilidad central de AGREE es proporcionar una norma metodológica sistemática para el desarrollo y la evaluación de las guías de práctica clínica [7]. A pesar de que la elaboración y valoración de las guías de práctica clínica es un tema pertinente y de creciente interés, aún la metodología AGREE es subutilizada y/o subvalorada, cuando no desconocida, por la mayor parte de la comunidad médica.

Por estas razones debe celebrarse la aparición de trabajos iniciales en Latinoamérica sobre el tema, como los de Álvarez-Vargas *et al.* [8] y Gálvez-Olortegui *et al.* [9], publicados en Medwave. En este último los autores realizan la evaluación externa de tres influyentes guías de práctica clínica (americana, británica y canadiense) [10],[4],[11], de fibrilación auricular [9].

Los autores subrayan que en general las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación

auricular obtienen el mayor y el menor puntajes en los dominios de Claridad en la Presentación (media 93,5%) y Aplicabilidad (media 36,1%) respectivamente. Mientras que de manera específica la menor puntuación correspondió al dominio Independencia Editorial (4.2%) de la guía canadiense [9]. Finalmente los autores recomiendan el uso de las guías americana y británica, pero no de la canadiense [9]; lo cual es polémico y contrasta con la opinión de algunos expertos en el manejo de pacientes con fibrilación auricular como el Dr. Adrián Baranchuk (Kingston General Hospital, Canadá), quienes consideran que la guía canadiense es una de las mejores.

Alertas

Esta polémica y el desconocimiento sobre el instrumento AGREE, nos motivan a realizar las siguientes reflexiones:

1. AGREE no debe verse como un instrumento inamovible, sino en desarrollo y perfectible. El propio Manual AGREE II reconoce que los principales estudios de credibilidad del instrumento se encuentran en desarrollo [7]. La lógica nos hace dudar si los seis dominios de AGREE (1. Alcance y objetivo, 2. Participación de los implicados, 3. Rigor en la elaboración, 4. Claridad de la presentación, 5. Aplicabilidad y 6. Independencia editorial) tienen similar importancia para la evaluación global de las guías de práctica clínica. Quizás el dominio 4, relacionado con las recomendaciones, deba tener mayor peso que otros. Además parece existir cierto grado de superposición en las fronteras de varios dominios.
2. La evaluación de guías de práctica clínica por AGREE cuantifica la opinión subjetiva de los evaluadores. Es decir la puntuación varía de acuerdo a la competencia y el desempeño de los examinadores. La valoración rigurosa de las guías de práctica clínica requiere de especialización y es un proceso tan complejo como la elaboración de las mismas. En este sentido parece oportuno disponer de grupos multidisciplinarios regionales de expertos en metodología AGREE y avezados en el tópico médico abordado, entre otros profesionales.
3. Gálvez-Olortegui, *et al.* señalan que "los cuatro evaluadores realizaron el análisis de cada guía y las discrepancias se resolvieron por consenso" [9]. Lo cual constituye una modificación, pues lo normado en AGREE es que los examinadores den su puntuación de manera independiente [7]. Alertamos que esta modificación no está validada y podría inducir a sesgos, sobre todo cuando predomine en el consenso la opinión de un experto.
4. La valoración de las guías de práctica clínica debe incluir la consulta de sus materiales suplementarios y en el caso que sea la actualización de una guía (como la Guía Canadiense de Fibrilación Auricular) debe consultarse además la guía previa. En estos documentos pueden haber detalles metodológicos esenciales para los evaluadores AGREE. ¿Galvez-Olortegui *et al.* cumplieron esta premisa?

5. Galvez-Olortegui *et al.* asumen erróneamente que las recomendaciones clasificadas como condicionales por la guía canadiense, son equivalentes de las recomendaciones Clase III de la guía americana (ver Tabla 4) [9]. Por ejemplo la recomendación condicional canadiense "sugerimos que la aspirina (81mg/d) sea prescrita a los pacientes de menos de 65 años de edad y CHADS2 negativo pero con antecedente de enfermedad arterial (coronaria, aórtica o periférica)" [11], no es equivalente a una proscripción. Este sensible sesgo pudo inducir a penalizar excesivamente a la guía canadiense.
6. Los autores señalan que "la guía británica no enlazó sus recomendaciones a los niveles de evidencia de los estudios" [4], lo cual consideramos es un "pecado capital" en las guías de práctica clínica. Por lo que parece contradictorio que otorgaran a la británica la mejor calificación en los dominios 3 y 4. Aunque aclaramos que esta guía tiene tablas donde se precisa la calidad de las evidencias según el tema analizado.
7. Llama la atención que la guía canadiense solo recibió una puntuación elevada (y en el decisivo dominio 4). Quizás esta guía fue sancionada excesivamente en el resto de los dominios. El acápite anterior puede sostener indirectamente esta afirmación, así como que en el dominio "Aplicabilidad" la canadiense obtuvo menor puntuación que la americana, a pesar de que esta última no elaboró algoritmos en tópicos vitales como en la decisión del tratamiento antitrombótico [10].
8. Galvez-Olortegui *et al.* obvian en la discusión de su trabajo, el mensaje de qué lo más importante no es qué guía de práctica clínica de fibrilación auricular se utiliza, sino el grado de adherencia a la guía seleccionada que alcanzan los pacientes. Pues no hay grandes diferencias de fondo entre las guías, ni existe una respuesta definitiva a los principales temas en controversia -a) la evaluación del riesgo de accidente cerebrovascular y sangrado a través de los distintos *scores*, b) el uso de la aspirina y c) la inserción de los nuevos anticoagulantes orales (NACO). Por ejemplo en contra de CHADS2 está que es menos preciso para identificar a los sujetos con bajo riesgo de accidente cerebrovascular; mientras a su favor está que la progresión del puntaje CHADS2 se correlaciona mejor con el riesgo de accidente cerebrovascular que el *score* CHA2DS2-VASc [10]. Quizás una buena alternativa práctica sea el algoritmo mixto propuesto por la guía canadiense [11]; el cual parte de la edad (el factor predictivo de mayor "hazard ratio"), luego estratifica según el resto de las variables CHADS2 y por último utiliza la variable de menor "hazard ratio": la historia personal de enfermedad arterial (incluida en CHA2DS2-VASc) [12].

En resumen, la mala evaluación global y la no recomendación de la guía canadiense pudieron estar influidas por varios de los elementos señalados.

Reflexiones finales

Las guías de práctica clínica son documentos de sumo interés no solo para médicos y definidores de políticas de salud, sino también para pacientes, la industria y el seguro de salud entre otros sectores. La tendencia de una mayor participación de los pacientes en las decisiones médicas, "invita" a tener en cuenta (como la británica) a variables tradicionalmente olvidadas como opinión/preferencia de los enfermos en la gradación y selección de las estrategias; lo cual representa un reto adicional para la Medicina Basada en Evidencias.

- El documento británico tiene aproximadamente 400 páginas, demasiado para una guía de práctica clínica! Sin embargo cumplir la metodología AGREE no implica necesariamente que sean extensas; Álvarez-Vargas, *et al.* recientemente demostraron que la sucinta Guía Canadiense de Hipertensión Arterial (20 páginas)[13] satisface adecuadamente los estándares de AGREE [8].

Finalmente precisamos que nuestros comentarios no tienen la intención de disminuir mérito de los aportes de Galvez-Olortegui *et al.* o reivindicar una guía; sino destacar cuan sutil y especializada debe ser tanto la elaboración, como la evaluación de las guías de práctica clínica. Ojala que este grupo de investigadores les sigan regalando luz, a las incipientes y necesarias "alamedas" latinoamericanas de guías de práctica clínica basadas en AGREE.

Notas

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Morales-Salinas A, Wyss F, Coca A, Ramírez AJ, Valdez O, Valerio LF. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37:172-8. | [Link](#) |
2. Morales-Salinas A, Coca A, Wyss FS. Guidelines for managing high blood pressure. *JAMA.* 2014 Jul 16;312(3):293-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014 Feb 5;311(5):507-20. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE). NICE CG(180), atrial fibrillation(Update): the management of atrial fibrillation. 2014. | [Link](#) |
5. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2010 Dec 14;56(25):e50-103. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Morales-Salinas A. Predicción del riesgo cardiovascular: ni blanco, ni negro, pero clave para el manejo racional del asintomático. *Rev Cubana Cardiovasc.* 2013;19:128-32. | [Link](#) |
7. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II. *guiasalud.es* [on line] | [Link](#) |
8. Álvarez-Vargas ML, Galvez-Olortegui JK, Galvez-Olortegui TV, Sosa-Rosado JM, Camacho-Saavedra LA. Clinical practice guidelines in hypertension: a review. *Medwave.* 2015 Oct 23;15(9):e6290. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Galvez-Olortegui JK, Álvarez-Vargas ML, Galvez-Olortegui TV, Godoy-Palomino A, Camacho-Saavedra L. Current clinical practice guidelines in atrial fibrillation: a review. *Medwave* 2016 Ene;16(1):6365. | [CrossRef](#) |
10. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation.* 2014 Dec 2;130(23):2071-104. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Verma A, Cairns JA, Mitchell LB, Macle L, Stiell IG, Gladstone D, et al. 2014 focused update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol.* 2014 Oct;30(10):1114-30. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J.* 2012 Nov;33(21):2719-47. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Daskalopoulou SS, Rabi DM, Zarnke KB, Dasgupta K, Nerenberg K, Cloutier L, et al. The 2015 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol.* 2015 May;31(5):549-68. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:
[1] Colon 473
E/ Estrada Palma y Misionero
Santa Clara
Villa Clara
Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.