

Comentarios

Medwave 2014;14(2):e5901 doi: 10.5867/medwave.2014.02.5901

Qué son las directrices SQUIRE y cómo pueden ayudar a mejorar la comunicación de la investigación en calidad

The SQUIRE guidelines and how can they help you report on quality in health

Autor: Frank Davidoff MD, MCAP⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Institute for Healthcare Improvement, United States

E-mail: fdavidoff@cox.net

Citación: Davidoff F. The SQUIRE guidelines and how can they help you report on quality in health. *Medwave* 2014;14(2):e5901 doi: 10.5867/medwave.2014.02.5901

Fecha de envío: 3/2/2014

Fecha de aceptación: 28/2/2014

Fecha de publicación: 7/3/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Resumen

Las directrices SQUIRE, publicadas en 2008, son un conjunto de 19 unidades descriptivas que definen la información necesaria para implementar e investigar mejoras en la calidad de la atención de salud. Las directrices fueron desarrolladas durante varios años, principalmente en respuesta a la escasa disponibilidad e insuficiente calidad de los estudios publicados en esta nueva disciplina. Éstas han resultado ser útiles, tanto para redactar comunicaciones acerca de intervenciones de mejora como también para su diseño e implementación. A medida que el concepto de mejora en calidad y las metodologías para su aplicación se van desarrollando, las directrices SQUIRE también evolucionan con el objetivo de contribuir al avance de esta "ciencia de la mejora en calidad".

Abstract

Published in 2008, the SQUIRE guidelines are a set of 19 descriptive items that identify the information readers want and need to know about making and studying improvements in healthcare delivery. They were created over a period of several years, largely in response to earlier concerns about the limited quantity and inadequate quality of published reports of work in this new discipline. They have proven useful in writing about improvement interventions, as well as in designing and implementing them. As improvement concepts and methods continue to develop, SQUIRE is also evolving as part of its continuing effort to contribute to the advancement of the "science of improvement."

Antecedentes

Desde que el método científico fue incorporado al ejercicio de la profesión hace ya cerca de 200 años, la ciencia médica ha trabajado intensamente a lo largo del tiempo para perfeccionar el nivel de salud que entrega a los pacientes. Estos avances en el conocimiento y en técnicas—por ejemplo drogas más eficaces, menos tóxicas y mejores procedimientos quirúrgicos—, pueden mejorar dramáticamente la evolución clínica de los pacientes. Sin embargo, a medida que la atención de salud se ha ido complejizando, se ha hecho evidente que la atención otorgada no siempre es la mejor o la más segura para el paciente.

En respuesta a esta situación, hace cerca de 20 años, un grupo de profesionales de la salud comenzó a buscar las razones por las que la atención de salud, entregada con frecuencia, no alcanza los estándares máximos. Incluso en ocasiones es hasta insegura¹.

Estos pioneros pronto se dieron cuenta de que industrias como la automotriz y del aluminio habían progresado significativamente en la mejoría de la calidad de sus productos y servicios, al mismo tiempo que lograban una producción más segura y eficiente usando la "ciencia de la mejora en calidad"². Rápidamente comenzaron a aplicar

los postulados de esta nueva ciencia a la atención de salud. Uno de los más significativos fue la comprensión de que el origen de la atención subóptima e insegura era la mala organización de sistemas de salud como hospitales, consultorios y redes de salud más que errores aislados de los prestadores de salud. En efecto, la mala atención en salud resulta ser más un problema social y organizacional que un problema estrictamente personal, biológico o clínico. También se ha hecho evidente que los sistemas de salud, como todos los sistemas sociales, son extremadamente resistentes al cambio y que puede ser muy difícil investigar las intervenciones necesarias para llevarlas al cambio.

En vista de todos estos desafíos, no sorprende la relativa ausencia de publicaciones relacionadas con la mejora de calidad y seguridad en sistemas de salud antes de esta última década. Tampoco que los artículos relacionados con el tema frecuentemente fueran incompletos, mal organizados y carentes de solidez. También existían otros factores que incidieron en el lento e inadecuado desarrollo de la literatura en esta área. En primer término, las intervenciones para lograr cambios en el desempeño de grupos de prestadores son considerablemente más complejas que solicitar exámenes de laboratorio o prescribir medicamentos. Además, muchos de quienes trabajan en mejorar la calidad de la salud son profesionales clínicos, cuyo principal interés es mejorar la atención de sus propios pacientes a nivel local, más que comunicar su trabajo al resto del mundo. Asimismo, la redacción de dichos estudios es dificultosa.

Desafortunadamente, el no publicar los trabajos orientados a mejoras en salud ha tenido consecuencias lamentables tales como retraso en el desarrollo de este campo como ciencia, limitaciones de su credibilidad y responsabilidad, y enlentecimiento en la diseminación y adopción de prácticas e intervenciones de efectividad comprobada. También se ha perpetuado el uso de intervenciones inefectivas, limitado el aprendizaje basado en los errores y se ha disminuido el estímulo a generar nuevas ideas e innovaciones en este campo.

Un pequeño grupo de profesionales interesados en el tema, redactó en 2005 un conjunto inicial de pautas para la publicación de trabajos de mejora en calidad de atención en salud. Su objetivo fue impulsar la publicación de trabajos en el tema y lograr que dicha literatura fuera completa, precisa y coherente³. Este borrador inicial se basó principalmente en las directrices *Consolidated Standards of Reporting Trials*, CONSORT. Éstas entregan una lista de elementos claves que deben formar parte de los estudios clínicos aleatorizados a ser publicados⁴.

Luego de detalladas revisiones clínicas, se publicó en 2008 una versión revisada de las directrices para publicaciones en el ámbito de las mejoras en calidad de atención en salud titulada *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*, SQUIRE (estándares para la excelencia en las publicaciones sobre mejora de la calidad)⁵. La población objetivo de SQUIRE eran autores que comunicaban sus proyectos de mejora finalizados.

Pero los creadores de SQUIRE también esperaban que los clínicos y los investigadores las utilizaran en el diseño y estudio de intervenciones en mejora de calidad, al mismo tiempo que apuntaban al trabajo de editores, pares revisores y financistas.

¿Qué es SQUIRE?

En su formato actual, SQUIRE es una lista de 19 elementos que describen brevemente lo que los lectores buscan y deben saber. En primer lugar sobre los cambios realizados para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y en segundo lugar, respecto de los estudios dirigidos a cómo lograr dichos cambios. Estos 19 elementos entregan una estructura o lista de chequeo que les recuerda a los autores qué información deben incluir en sus publicaciones de mejora en calidad y cómo organizar dicha información. La lista de chequeo está disponible en el sitio web de SQUIRE (<http://squire-statement.org>), junto con un documento más extenso y elaborado que entrega más detalle de cada uno de los elementos de SQUIRE e información relevante adicional.

¿Cuáles son las características particulares del trabajo de mejora en salud que busca reflejar SQUIRE?

Al igual que todos los programas de cambios sociales, y al contrario de las intervenciones clínicas (como exámenes diagnósticos, terapias farmacológicas y procedimientos), las intervenciones en mejora de calidad con frecuencia consideran múltiples elementos o componentes. Pueden incluir, entre otras cosas, acciones y procedimientos como educación, auditorías y pautas de retroalimentación, todas ellas diseñadas con el objetivo de cambiar actitudes o incentivarlas, cambiar la cultura organizacional y/o entregar a los prestadores de salud nuevas habilidades, mejorar la comunicación y rediseñar los procesos de atención de salud. Estas intervenciones no sólo son difíciles de estandarizar, sino que su efectividad depende enteramente del contexto local en que son aplicadas. Más aun, su efecto es muchas veces inestable, cambiante en el tiempo y dependiente de la retroalimentación de sus resultados. Las directrices SQUIRE se esfuerzan en recoger todas estas características únicas del trabajo de mejora de calidad en salud.

SQUIRE

También distingue cuidadosamente entre la reflexión realizada, sumada a las acciones emprendidas para cambiar el desempeño de los sistemas de salud, y los estudios de ese proceso generador del cambio. Por ejemplo, el elemento N° 5 "mejora deseada" tiene que ver con el objetivo de la intervención de mejora que se está describiendo (como la disminución del tiempo de espera de pacientes, aumento sostenido en el lavado de manos), y los eventos y la reflexión que gatilló la decisión de efectuar el cambio. Por el contrario, el elemento N°6 "interrogante del estudio" tiene que ver con qué era lo que deseaba conocer el estudio de mejora (por ejemplo, si la intervención tuvo o no resultado y factores contextuales que pudieron facilitar o resistir el cambio).

¿Cómo se está usando SQUIRE?

Varias publicaciones han adoptado oficialmente a SQUIRE como parte de sus procesos editoriales. Estas revistas se encuentran en el sitio web de SQUIRE: <http://squire-statement.org/resources/journals>. Las directrices también son usadas por varios financistas para evaluar el potencial de las propuestas de programas de mejoras. También se han usado para docencia en estudios superiores, talleres nacionales y otros programas. La organización internacional *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*, EQUATOR, que respalda el uso de directrices en publicaciones biomédicas, tiene un enlace de acceso a SQUIRE en su sitio web (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/squire/>).

¿Cuáles son los planes a futuro de SQUIRE?

En los pocos años desde que las directrices SQUIRE fueron publicadas, se han desarrollado rápidamente los conceptos y metodología de la ciencia de la mejora de calidad en salud. Es más, actualmente los autores, editores, pares revisores y los investigadores tienen bastante experiencia en el uso de SQUIRE a medida que realizan y estudian las mejoras de la atención de salud.

Usando esta experiencia, las directrices SQUIRE están en revisión con el objetivo de lanzar la siguiente versión, SQUIRE 2.0, en uno o dos años más. Los cambios que probablemente se incluirán en la nueva versión incluyen más énfasis en el marco teórico al planear y ejecutar proyectos de mejora en calidad; dar más importancia y claridad a la situación contextual; descripciones más detalladas, útiles y precisas de las intervenciones de mejora; y por último, uso más amplio y adecuado de métodos de análisis que permitan evaluar la dependencia temporal de las intervenciones en mejora de calidad, incluyendo controles estadísticos y técnicas similares de análisis de series cronológicas⁶.

[Acceda aquí a la versión en español de las directrices SQUIRE](#)

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El Dr. Davidoff declara que ha recibido honorarios que fueron parte una donación que financia la revisión de las directrices SQUIRE. La recepción de estos honorarios no está relacionada de ninguna manera con el uso ulterior de estas directrices por autores, editores o cualquier otra persona.

Referencias

1. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care. Hoboken, NJ: Wiley & Sons, 2013.
2. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1966.
3. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement. Draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Qual Saf Health Care*. 2005 Oct;14(5):319-25. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
4. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA*. 1996 Aug 28;276(8):637-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Davidoff F1, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S; SQUIRE Development Group. Publication guidelines for quality improvement in health care: evolution of the SQUIRE project. *Qual Saf Health Care*. 2008 Oct;17 Suppl 1:i3-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
6. Provost LP. Analytical studies: a framework for quality improvement design and analysis. *BMJ Qual Saf*. 2011 Apr;20 Suppl 1:i92-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |

Correspondencia a:

143 Garden Street
Wethersfield, CT 06109
USA



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.