

INSTRUMENTO



AGREE

MANUAL DE FORMACIÓN

Osteba



Osasun Teknologien Ebaluazioa
Evaluación de Tecnologías Sanitarias

LIBROS
REVISTAS
SERIES
ENCICLOPEDIAS
DICCIONARIOS

**Biblioteca
Josep Laporte**

UAB CASA CONVALESCÈNCIA

The AGREE Collaboration.
Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument
www.agreecollaboration.org

Enero 2003

© IGI

1. INTRODUCCIÓN	1
2. RESUMEN DEL INSTRUMENTO E INSTRUCCIONES GENERALES	3
ALCANCE Y OBJETIVO	6
<i>Criterio 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s)</i>	<i>6</i>
<i>Criterio 2. El(los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s)</i>	<i>8</i>
<i>Criterio 3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos</i>	<i>10</i>
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	14
<i>Criterio 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes ..</i>	<i>14</i>
<i>Criterio 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias</i>	<i>16</i>
<i>Criterio 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos</i>	<i>18</i>
<i>Criterio 7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana</i>	<i>20</i>
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	24
<i>Criterio 8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia</i>	<i>24</i>
<i>Criterio 9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad</i>	<i>26</i>
<i>Criterio 10. Los métodos usados para formular las recomendaciones están claramente descritos</i>	<i>28</i>
<i>Criterio 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos</i>	<i>30</i>
<i>Criterio 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan</i>	<i>32</i>
<i>Criterio 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación</i>	<i>34</i>
<i>Criterio 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía</i>	<i>36</i>
CLARIDAD Y PRESENTACIÓN	40
<i>Criterio 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas</i>	<i>40</i>
<i>Criterio 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente ...</i>	<i>42</i>
<i>Criterio 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables</i>	<i>44</i>
<i>Criterio 18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación</i>	<i>46</i>
APLICABILIDAD	50
<i>Criterio 19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones</i>	<i>50</i>
<i>Criterio 20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones</i>	<i>52</i>
<i>Criterio 21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría</i>	<i>54</i>
INDEPENDENCIA EDITORIAL	58
<i>Criterio 22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora</i>	<i>58</i>
<i>Criterio 23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo</i>	<i>60</i>
4. INSTRUCCIONES PARA UNA VALORACIÓN GLOBAL	63
5. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS	64
REFERENCIAS	67
APÉNDICE 1. MIEMBROS DE AGREE QUE PARTICIPARON EN EL DESARROLLO DEL INSTRUMENTO AGREE	70
APÉNDICE 2. CUESTIONARIO CORTO DE EVALUACIÓN	71

1. Introducción

Antecedentes al Instrumento AGREE

Muchos países han encarado iniciativas comunes para el desarrollo de servicios de salud adecuados a las necesidades de la población, de alta calidad y teniendo en cuenta los recursos disponibles. Las guías de práctica clínica son una opción importante para mantener y promover una práctica clínica correcta, prestar una atención a los pacientes más efectiva y ayudar a conseguir los mejores resultados en salud. En cualquier caso, para asegurar que las guías de práctica clínica mejoren los cuidados a los pacientes, éstas deben cumplir unos mínimos criterios de calidad.

A mediados de los noventa, se hicieron múltiples llamamientos para establecer una metodología internacional que promoviera el desarrollo riguroso de guías de práctica clínica, así como para evaluar su calidad e impacto en la práctica.

En respuesta a ello, un grupo de investigadores de 13 países desarrollaron el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) como parte de un proyecto de investigación financiado por la UE Investigación en Salud y Biomedicina (BIOMED 2) Programa 1994 -1998 (BMH4-98-3669). Los objetivos del proyecto eran generar un marco para la creación de una iniciativa internacional coordinada con el fin de evaluar guías de práctica clínica e identificar áreas potenciales de armonización para la elaboración de guías.

La colaboración AGREE está constituida por un amplio grupo de instituciones académicas y agencias productoras de guías. Los individuos y organizaciones que participaron en el proyecto AGREE aparecen en el APÉNDICE 1.

Desarrollo y validación del instrumento

El objeto del **Instrumento AGREE** es ofrecer un marco sistemático para el análisis de los componentes claves que determinan la calidad de las guías, incluyendo la elaboración y documentación del proceso. El Instrumento no contiene criterios específicos para evaluar la calidad de los contenidos clínicos de la guía ni de la evidencia que la sustenta. Sin embargo, para una evaluación global de la calidad de las guías estos aspectos deben tomarse también en consideración.

Para la elaboración del instrumento se utilizó un abordaje por etapas que incluía la identificación de criterios, la selección y la determinación de la escala de puntuación, un trabajo de campo y una mejora del producto final. Las seis áreas teóricas de calidad fueron: (1) alcance y objetivo, (2) participación de los implicados, (3) rigor en la elaboración, (4) claridad y presentación, (5) aplicabilidad e (6) independencia editorial. Se generó un listado inicial de 82 criterios sobre instrumentos preexistentes, listas de evaluación y bibliografía relevante que correspondían a las áreas. Tras diversas rondas de consulta, se elaboró un borrador que

incluía 24 criterios. Este borrador fue testado por 195 evaluadores en 100 guías de 11 países participantes. Después de las correcciones pertinentes se generó un segundo borrador que fue nuevamente testado utilizando una muestra aleatorizada de 3 guías por país de las 100 originales y reclutando a 70 nuevos evaluadores. La versión final del instrumento contiene 23 criterios agrupados en las seis áreas.

La aceptación del instrumento fue alta: el 95% de los evaluadores dijeron que el documento era fácil de aplicar y pensaban que era útil para la evaluación de la calidad de las guías. La fiabilidad era adecuada para la mayor parte de las áreas: α de Cronbach con un rango de 0.64 a 0.88; la fiabilidad inter evaluador dentro de cada área (coeficiente de correlación intraclases) con un rango de 0.57 a 0.91 para cuatro evaluadores por guía.

Se puede encontrar más información sobre la validación del estudio en *The AGREE Collaboration. Development and validation of an International Appraisal Instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE Project*. Qual Saf Health Care 2003;12:18-23.

Objetivo del manual de formación

El objetivo de este manual es ofrecer asistencia técnica a las personas que quieran evaluar críticamente guías mediante el **Instrumento AGREE**. Es un complemento del instrumento y se debe usar de forma conjunta con él. El manual puede utilizarse dentro de talleres de formación, que pueden tener diferentes grupos diana: proveedores de salud, elaboradores de guías, responsables de políticas sanitarias y directivos.

Cómo usar el manual

Para cada uno de los veintitrés criterios, se ofrece información que ayuda a entender las cuestiones y conceptos especificados. Se presentan, asimismo, sugerencias para la puntuación de los criterios. Seguidamente aparecen extractos seleccionados de guías que ilustran las sugerencias. En la versión castellana se han introducido algunos ejemplos de guías elaboradas en esta lengua. En algunas de ellas parte del texto se resalta para ayudar a identificar las frases cruciales que determinan una puntuación alta. Para el criterio 7 no se han hallado ejemplos de alta puntuación. Nos gustaría contar con la ayuda de los usuarios de este manual para encontrar esos ejemplos.

Finalmente, se presentan instrucciones para completar la evaluación global. En ellas se incluye una consideración sobre la evaluación de los criterios y de la puntuación de las áreas y sobre los aspectos clínicos de las recomendaciones.

En el APÉNDICE 2 aparece un cuestionario corto de evaluación, que puede ser usado con el instrumento completo para la determinación de la puntuación. El cuestionario ofrece una visión de conjunto de la puntuación de los criterios, lo cual puede ayudar cuando se comparan evaluaciones de diferentes evaluadores o al calcular puntuaciones de áreas.

2. Resumen del instrumento e instrucciones generales

El **Instrumento AGREE** contiene 23 Criterios clave categorizados en 6 áreas. Cada área pretende recoger una dimensión diferente de la calidad de las guías.

- **Alcance y Objetivo** (Criterios 1-3) se refiere al objetivo global de la guía, la condición clínica específica y la población diana que quiere cubrir.
- **Participación de los implicados** (Criterios 4-7) se refiere al grado en que la guía representa la visión de sus usuarios potenciales. La elaboración de guías debe implicar a todos los grupos interesados y las actividades de éstos deben de estar cubiertas por la guía propuesta. Esto incluye a grupos de pacientes.
- **Rigor en la elaboración** (Criterios 8-14) se refiere al proceso llevado a cabo de recogida y síntesis de la evidencia, la metodología utilizada para formular las recomendaciones y para actualizar la guía. Este hecho obliga a incluir información sobre búsquedas bibliográficas realizadas, criterios empleados para seleccionar la evidencia y los métodos utilizados en la formulación de las recomendaciones. Las recomendaciones deben estar ligadas explícitamente a la evidencia que las sustenta. Así mismo, una guía debe ser revisada externamente antes de su publicación y debe contener claramente información sobre su proceso de actualización.
- **Claridad y presentación** (Criterios 15-18) se ocupa del lenguaje y formato de la guía. Ya que el objetivo primordial de las guías es ayudar a los clínicos a tomar mejores decisiones con sus pacientes, los clínicos necesitan guías simples, que se ajusten a sus pacientes, fáciles de usar y de entender. Una buena guía contiene información clara sobre las opciones de manejo y las consecuencias que acarrea cada una de ellas.
- **Aplicabilidad** (Criterios 19-21) se refiere a las implicaciones económicas y organizativas de aplicar la guía. Las guías deben ser viables en el contexto de las organizaciones a aplicar y se deben ajustar a la práctica y tener en cuenta las limitaciones de tiempo. Además, los criterios de monitorización deben de derivarse de las recomendaciones clave.
- **Independencia editorial** (Criterios 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y la declaración de posibles conflictos de intereses del grupo de elaboración de la guía. Un número creciente de guías está siendo financiada externamente de forma directa o indirecta. Ya que quienes financian las guías pueden tener intereses creados, debería haber una declaración explícita de que los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en las recomendaciones finales.

Para ayudar a los usuarios a entender los criterios, el instrumento contiene una guía de uso con notas aclaratorias. Cada criterio está clasificado en una escala Likert de 4 puntos. El **Instrumento AGREE** contiene instrucciones para ayudar a calcular la puntuación de cada área. Incluye también una evaluación global sobre si se debe recomendar o no el uso de la guía.

Alcance y Objetivo

Alcance y Objetivo

Criterio 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).

Una de las claves iniciales en el proceso de elaboración de guías es definir el alcance de las guías, ya que eso ayuda al grupo a determinar la estrategia de elaboración más adecuada y clarifica las preguntas a contestar. El(los) objetivo(s) global(es) de las guías deben estar descritos en detalle, incluidos los beneficios de salud esperados tras la aplicación de la guía.

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de Introducción, presentación u Objetivos para encontrar una descripción del alcance y objetivo de la guía. En algunos casos la razón o necesidad de elaboración de la guía aparece en un documento separado de la guía, por ejemplo en la propuesta de guía.

Para valorar el criterio 1:

4: Muy de acuerdo	la guía describe tanto sus objetivos como el impacto en la sociedad de forma clara y específica
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía sólo describe sus objetivos en términos generales como: “mejora la calidad de vida” o “reduce costes”
1: Muy en desacuerdo	la guía no describe sus objetivos de ninguna forma

Criterio 1: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo: Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica, 2002 (16)

1.2. LA NECESIDAD DE UNA GUÍA

La elaboración de una GPC se justifica, en primer lugar, por la elevada frecuencia de la rectorragia en la población general, junto con el consumo de recursos que puede suponer su abordaje inicial. Ello hace que el impacto potencial de una GPC en el manejo de la rectorragia sea importante. Por otro lado, un mismo paciente con rectorragia puede ser diagnosticado y tratado de distinta forma (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, criterios de derivación al especialista de digestivo...) dependiendo del centro o del médico al que haya acudido. Todo ello puede producir distintos resultados clínicos, un consumo de recursos desigual y cierto desconcierto en los pacientes que consulten a distintos profesionales para obtener una segunda opinión.

Una GPC para el manejo de la rectorragia basada en la mejor evidencia disponible tiene la ventaja de beneficiar tanto a médicos como a pacientes. A los médicos porque les orienta en el manejo óptimo de esta condición, y también en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles, y a los pacientes, porque se benefician de una atención homogénea y de calidad contrastada.

Las características de este problema de salud conllevan la necesidad de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales, médicos de AP y médicos especialistas del aparato digestivo y cirujanos, dado que según la gravedad de la rectorragia y las enfermedades que la originan, los pacientes pueden ser tratados y seguidos en su evolución por cualquiera de los profesionales antes citados. La guía pretende homogeneizar los criterios de actuación entre los diferentes profesionales y crear un clima fluido de comunicación y de entendimiento entre ellos.

Esta GPC es sobre un signo y no aborda cada una de las posibles enfermedades causantes de la rectorragia ni sus estrategias específicas de manejo. No obstante, sí aborda el tratamiento de las hemorroides y las fisuras anales, que son las causas más frecuentes asociadas a la rectorragia en la consulta de AP.

Una GPC sobre el manejo del paciente con rectorragia también se justifica por la ausencia de guías sobre el abordaje de este signo, existiendo una gran cantidad de publicaciones y materiales de desigual calidad. La elaboración y posterior actualización de esta GPC de rectorragia nos proporciona el marco para presentar una síntesis de la mejor evidencia disponible y unas recomendaciones adaptadas a nuestro propio entorno.

Finalmente, tanto los pacientes con rectorragia, como los profesionales de la salud, los políticos, los gestores sanitarios, los servicios asistenciales y, en definitiva, la sociedad en general, deberían tener acceso a aquellos instrumentos, como quiere ser esta GPC, que permitan contrastar la calidad asistencial y su eficiencia. Por esta razón también pensamos que existe la necesidad de una GPC basada en la evidencia para el manejo de la rectorragia.

1.3. OBJETIVOS

*La finalidad de esta GPC es generar unas recomendaciones acerca del manejo óptimo de la rectorragia en el ámbito de la AP y de la atención especializada (AE) ambulatoria. **Su objetivo principal es el optimizar el proceso diagnóstico de la rectorragia, manteniendo un equilibrio razonable a la hora de realizar pruebas diagnósticas invasivas y/o derivaciones al especialista.** Este objetivo es especialmente importante cuando se ha de descartar o confirmar un cáncer colorrectal.*

Criterio 2. El(los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).

Una vez que el alcance de la guía se ha determinado, es posible distribuir el plan de trabajo en preguntas clínicas estructuradas. Esto ayuda al grupo de elaboración de guías a enfocar la búsqueda de evidencia que sea relevante para los pacientes y clínicos. Ya que son el punto de partida de la revisión sistemática de la literatura, es necesario que sean tan claras y específicas como sea posible, definiendo la población diana, la intervención o exposición, los resultados, y si se compara con otra intervención o exposición (ej. con tratamiento estándar o con nuevas terapias alternativas).

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de Introducción, Justificación u Objetivos para encontrar una descripción del alcance y objetivo de la guía. En algunos casos estas descripciones aparecen en un documento separado de la guía, por ejemplo en las especificaciones de la búsqueda.

Para valorar el criterio 2:

4: Muy de acuerdo	las preguntas que se pretenden cubrir por la guía están descritas específicamente
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	las preguntas están descritas en términos generales
1: Muy en desacuerdo	no hay descripción de las preguntas en la guía o en los documentos relacionados

Criterio 2: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial, 2002 (17)

Introducción

CUESTIONES A RESPONDER

- ¿Es efectivo el cribado de la HTA para disminuir la mortalidad cardiovascular?
- ¿Cuál es la periodicidad óptima de medición de la PA en población sana?
- ¿Cuál es el método más apropiado como instrumento de cribado de HTA?
- ¿Existe un límite de edad para interrumpir el cribado?
- ¿Qué cifras de PA definen a un individuo como hipertenso?
- ¿Cuáles son los valores de PA que definen la HTA según la MAPA?
- ¿Cuáles son los valores de PA que definen la HTA según la AMPA?
- ¿Cuáles son las indicaciones de la AMPA y MAPA en Atención Primaria?
- ¿Es útil la AMPA en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada?
- ¿Cuál es el pronóstico de la hipertensión de bata blanca?
- ¿Deben recibir tratamiento farmacológico los hipertensos de bata blanca?
- ¿Cómo seleccionamos los hipertensos con mayor riesgo cardiovascular?
- ¿Qué debe incluir el estudio inicial del paciente hipertenso?
- ¿Qué intervenciones son eficaces en atención primaria para mejorar el cumplimiento farmacológico en los pacientes hipertensos?
- ¿Cómo debe ser el seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria?
- ¿Son efectivos los cambios en el estilo de vida en el control del paciente hipertenso?
- ¿Cuánto se puede disminuir las cifras de PAS y PAD con las medidas no farmacológicas?
- ¿Cuáles son los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico de la HTA para los distintos grupos de fármacos antihipertensivos?
- ¿Existen diferencias en la eficacia, morbimortalidad y seguridad entre los distintos grupos de antihipertensivos? ¿Cuál o cuáles son los antihipertensivos de elección en hipertensos sin patologías asociadas?
- ¿Cuáles son las cifras de PA objetivo en el tratamiento del paciente hipertenso con nefropatía no diabética?
- ¿Cuál es el tratamiento antihipertensivo de elección en la hipertensión con nefropatía no diabética?
- ¿Cuáles son las cifras de PA objetivo en el tratamiento del paciente diabético hipertenso?
- ¿Cuál es el tratamiento antihipertensivo de elección en los diabéticos?
- ¿Cuál es el tratamiento antihipertensivo de elección en la nefropatía diabética?
- ¿Cuál es el tratamiento antihipertensivo de elección en el hipertenso con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica ventricular izquierda?
- ¿Cuál es el tratamiento de elección en el hipertenso con angina estable?
- ¿Cuál es el tratamiento de elección en el tratamiento del hipertenso que ha sufrido un infarto de miocardio?
- ¿Debe tratarse la hipertensión en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV)?
- ¿Cuál es el tratamiento de elección en el hipertenso que ha sufrido un accidente cerebrovascular?
- ¿Cuál es la pauta de tratamiento antihipertensivo en el paciente con asma o EPOC?
- ¿Cuál es la pauta de tratamiento antihipertensivo en el paciente con claudicación intermitente?

Criterio 3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.

La población diana debe estar específicamente definida. En muchos casos, significa que el estado de la patología que aborda la guía debe estar claramente definido. Deben incluirse criterios como los rangos de edad o la gravedad de la patología. Esto forma parte de la definición sobre cuestiones clave a las que la guía quiere responder (ver criterio 2).

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de Introducción u Objetivos para encontrar una descripción de la población diana de la guía. La exclusión de grupos de pacientes (por ejemplo niños) está cubierta por este criterio.

Para valorar el criterio 3:

4: Muy de acuerdo	la guía ofrece una definición clara de la población diana, por lo que los usuarios potenciales saben exactamente a quién se debe aplicar.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía define la población diana pero de forma ambigua o no claramente
1: Muy en desacuerdo	la guía no contiene una definición de la población diana

Criterio 3: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo: Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica (16)

Esta GPC se centra en los pacientes adultos (mayores de 18 años) con rectorragia no severa (hemodinámicamente estable). Esta GPC no aborda otros posibles signos de sangrado intestinal: la melena, la hematoquecia, la diarrea sanguinolenta, la sangre oculta en heces, ni el estudio de una anemia ferropénica de probable origen gastrointestinal. Esta GPC tampoco aborda las complicaciones asociadas a la rectorragia.

Ejemplo: Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial, 2002 (17)

1.2. Objetivos

La Guía se centra en la atención del hipertenso adulto y no aborda la problemática de la HTA infantil ni la HTA en el embarazo, tampoco se refiere a la HTA secundaria, urgencias o emergencias hipertensivas.

Participación de los Implicados

Participación de los Implicados

Criterio 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes

No hay una predeterminación sobre qué grupos profesionales deben incluirse en la elaboración de una guía ya que se debe tener en cuenta el objetivo a cubrir por la guía y los papeles que va a jugar cada grupo cuyas actividades se incluyen en las recomendaciones. Como mínimo, el grupo elaborador debe tener una representación de todos los grupos profesionales potenciales usuarios de la guía. Se debe incluir información sobre la composición del grupo elaborador de la guía, incluyendo la afiliación y la especialidad de los miembros del grupo, por ej. como un anexo.

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de la sección de agradecimientos o anexos para la composición del grupo de elaboración de la guía.

Para valorar el criterio 4:

4: Muy de acuerdo	el grupo elaborador de la guía incluye todas las disciplinas implicadas
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	el grupo elaborador de la guía no incluye todas las disciplinas implicadas
1: Muy en desacuerdo	la guía no contiene información sobre el grupo de elaboración o sólo incluye nombres de autores sin información sobre sus especialidades o afiliaciones

Criterio 4: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial, 2002 (17)

COORDINADOR DEL PROYECTO:

Rafael Rotaeché del Campo, médico de familia, UAP Alza (Comarca Gipuzkoa Este).

AUTORES:

Rosa Abasolo Galdos, médico de familia, UAP Aranbizkarra (Comarca Araba).

José Ramón Aguirrezabala Jaca, médico de familia, UAP Rekalde (Comarca Bilbao).

María Armendariz Cuñado, farmacéutica (Comarca Gipuzkoa Oeste).

Laura Balagué Gea, enfermera, UAP Iztieta (Comarca Gipuzkoa Este).

Alfonso Casi Casanellas, médico de familia, UAP Lakua-Bizkarra (Comarca Araba).

Arritxu Etxeberria Agirre, farmacéutica (Comarca Gipuzkoa Este).

Ana Gorroñoigoitia Iturbe, médico de familia, UAP Rekalde (Comarca Bilbao).

Ina Idarreta Mendiola, médico de familia, UAP Tolosa (Comarca Gipuzkoa Oeste).

Iñaki Lekuona Goya, cardiólogo, Hospital Galdakao (Bizkaia).

Isabel Martínez Fernández, nefróloga, Hospital de Galdakao (Bizkaia).

Rafael Rotaeché del Campo, médico de familia, UAP Alza (Comarca Gipuzkoa Este).

Elena Ruiz de Velasco Artaza, farmacéutica (Comarca Bilbao).

Criterio 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.

Ya que el propósito clave de las guías de práctica clínica es mejorar los cuidados a los pacientes, la experiencia y las expectativas de los mismos deben ser tenidas en cuenta en su elaboración. Por ello los pacientes deben estar implicados de alguna manera en la elaboración de las guías.

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de la sección de agradecimientos o los anexos para ver la composición del grupo de elaboración de la guía y examinar los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía.

Para valorar el criterio 5:

4: Muy de acuerdo	el grupo de elaboración de la guía incluye pacientes o representantes de los pacientes, la guía ha sido revisada por representantes de pacientes o se ha seguido una encuesta sobre puntos de vista y preferencias de los pacientes
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	los pacientes han sido mencionados en la guía o en los documentos relacionados pero no hay información sobre si han participado en el proceso de elaboración de la misma (ver criterio 4)
1: Muy en desacuerdo	la guía no contiene ninguna información sobre los puntos de vista de los pacientes o sus expectativas

Criterio 5: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (18)

Las personas que han sido atendidas en un servicio sanitario proveen de un punto de vista integral de los usuarios del servicio al grupo elaborador de guías y a la propia guía. El Grupo Elaborador de la Guía (GEG) incluía a un usuario de los servicios, un cuidador y un antiguo paciente. Ellos contribuyeron como miembros de pleno derecho del GEG en la elaboración de las preguntas clínicas, ayudando a asegurar que la evidencia tenía en cuenta sus puntos de vista y preferencias, remarcando los puntos sensibles y la terminología asociada con la esquizofrenia, y alertando sobre la investigación en pacientes al GEG. Al elaborar el manuscrito, ellos revisaron el primer borrador de la introducción de la guía e identificaron aquellos puntos de buena práctica desde la perspectiva de los usuarios del servicio y de los cuidadores. Sus sugerencias fueron incorporadas antes de la distribución del manuscrito al GEG para su posterior revisión.

Criterio 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Los usuarios diana deben estar claramente definidos en la guía, así se puede determinar si una guía les atañe o no. Por ejemplo, los usuarios diana de una guía sobre dolor de espalda deben ser, al menos, especialistas de atención primaria, enfermería, especialistas en neurología, en cirugía ortopédica, reumatología y fisioterapia.

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos de Introducción y Objetivos para encontrar una descripción de los usuarios diana.

Para valorar el criterio 6:

4: Muy de acuerdo	la guía define claramente los usuarios diana.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía no define claramente los usuarios diana.
1: Muy en desacuerdo	la guía no contiene ninguna información sobre los usuarios diana

Criterio 6: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial, 2002 (17)

1.2. Objetivos

*El objetivo de la Guía es servir de instrumento para mejorar la atención sanitaria al paciente hipertenso en el marco de la Atención Primaria. Los **principales usuarios de esta Guía son los médicos de familia y el personal de enfermería de dicho nivel, sin olvidar a los profesionales del nivel especializado, internistas, cardiólogos y nefrólogos, que atienden a los pacientes hipertensos en el nivel extrahospitalario.***

Criterio 7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.

Como todas las intervenciones, las guías deben ser pretestadas en la práctica para su posterior validación antes de su amplia implementación. Esto permite al grupo elaborador de la guía obtener información sobre la factibilidad de la guía en la práctica y la aceptación de las recomendaciones.

Dónde buscar



Examinar los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía.

Para valorar el criterio 7:

4: Muy de acuerdo	la guía provee información clara sobre la prueba piloto entre usuarios diana en la práctica clínica
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía contiene información sobre la consulta a usuarios diana sobre la factibilidad de la guía en la práctica (por ejemplo, en el proceso de revisión externa), pero sin una prueba piloto en la práctica
1: Muy en desacuerdo	la guía no ha sido probada en la práctica o no se ofrece información sobre dicho proceso

Criterio 7: Ejemplo para una puntuación de 4

No se ha encontrado ejemplo alguno hasta el momento.

Rigor en la elaboración

Rigor en la Elaboración

Criterio 8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

Ya que la bibliografía biomédica es ingente, una sola fuente de información no abarca toda la evidencia requerida. Una estrategia de búsqueda que incorpora un amplio rango de fuentes es más probable que encuentre toda la evidencia relevante. Detalles de la estrategia de búsqueda de evidencia deben aparecer, incluyendo las palabras clave de búsqueda, el periodo y las fuentes consultadas. Las fuentes deberían incluir bases de datos electrónicas (ej. MEDLINE, EMBASE, CINAHL), bases de datos de revisiones sistemáticas (ej. Cochrane Library, DARE). La búsqueda bibliográfica debe responder a cada una de las preguntas clave (ver criterio 2)

Dónde buscar



*Examinar los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía.
En algunos casos las estrategias de búsqueda se describen en documentos separados o en un Anexo a la guía.*

Para valorar el criterio 8:

4: Muy de acuerdo	la guía contiene información clara sobre la búsqueda bibliográfica, incluyendo bases de datos u otras fuentes y los términos de búsqueda empleados. Alternativamente, la guía se basa en una revisión sistemática publicada o en un meta-análisis de buena calidad (ej. Revisiones Cochrane)
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía contiene información de los métodos de búsqueda pero sin incluir los términos de la misma
1: Muy en desacuerdo	la guía no emplea métodos sistemáticos o no ofrece ninguna información sobre como se realizó la búsqueda de evidencia

Criterio 8: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica (16)

Anexo 1

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA REALIZADA PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Para la realización de la guía de rectorragia se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura mediante una estrategia diseñada previamente para este propósito y se contó con una documentalista de apoyo independiente. En una primera etapa las búsquedas fueron restringidas a revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos con rectorragia y los términos de búsqueda correspondientes a: 'rectal bleeding', 'hemorrhoids' y 'fissure in ano'. Las búsquedas se llevaron a cabo en Medline y EMBASE desde 1990 a enero del 2002.

Se aplicaron los filtros de búsqueda de GPC del Centre for Health Evidence de Canadá y el de revisiones sistemáticas del NHS Centre for Reviews and Dissemination del Reino Unido. Se rastrearon las direcciones de GPC en internet (Anexo 8) y se realizaron búsquedas en publicaciones secundarias (Bandolier, ACP Journal Club, Clinical Evidence...), y en TRIP database y en SumSearch. La selección de artículos y materiales a incluir fue realizada por dos personas de manera independiente y se estudiaron y valoraron las referencias relevantes de los diferentes documentos que aportaron los miembros del grupo revisor (artículos, comunicaciones, informes de congresos, etc.) En una segunda etapa se procedió a recuperar los estudios referentes a los diferentes apartados de la guía: rectorragia en general, estudios de descripción de la frecuencia de la rectorragia, estudios sobre valor diagnóstico, etiología, pruebas diagnósticas, tratamiento por causas concretas de rectorragia y tratamiento. Para cada uno de los apartados se diseñaron aquellas estrategias de búsqueda que permitieran localizar los estudios más convenientes, teniendo en cuenta para las intervenciones ligadas a la prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico y pronóstico, los estudios observacionales. Las búsquedas se llevaron a cabo en MEDLINE, Embase y Cochrane Library desde 1990 hasta enero del 2002. A continuación se describen las estrategias de búsqueda para cada condición.

Condición: rectorragia

Medline (OVID)

1. Gastrointestinal Hemorrhage/
2. Rectum/
3. Rectal diseases/
4. 2 or 3
5. 1 and 4
6. ((rect\$ or anus or anal) adj3 blood).tw.
7. ((rect\$ or anus or anal) adj3 bleeding).tw.
8. ((rect\$ or anus or anal) adj3 hemorrhag\$).tw.
9. Rectorrhag\$.tw.
10. 5 or 6 or 7 or 8 or 9

EMBASE (SilverPlatter)

- #1 "rectum-hemorrhage"/ all subheadings
- #2 ((rectum or rectal or anus or ano or anal) near hemorrhag*) in ti,ab
- #3 ((rectum or rectal or anus or ano or anal) near bleeding)in ti,ab
- #4 ((rectum or rectal or anus or ano or anal) near blood)in ti,ab
- #5 rectorrhag*
- #6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5

Criterio 9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

La búsqueda bibliográfica debe combinar la especificidad (la capacidad de identificar artículos que se ajustan a la pregunta de búsqueda) con sensibilidad (la capacidad de encontrar artículos de posible relevancia). La búsqueda inicial puede contener muchos artículos que no contestan directamente la pregunta clave. Los elaboradores de la guía pueden excluir los artículos sin relevancia mediante criterios de inclusión y exclusión explícitos que definan, por ejemplo, el tipo de estudio o tamaño, la localización geográfica o criterios clínicos específicos. Todo ello debe estar explícitamente descrito y las razones para excluir evidencia claramente definidas.

Dónde buscar



Examinar los párrafos que describen el proceso de elaboración de la guía. En algunos casos los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la evidencia están descritos en documentos separados o en un Anexo a la guía.

Para valorar el criterio 9:

4: Muy de acuerdo	la guía describe claramente los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la evidencia
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía solo proporciona información general sobre la selección de la evidencia
1: Muy en desacuerdo	la guía no describe los criterios de selección de evidencia

Criterio 9: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Guideline First-line Chemotherapy for Postoperative Patients with Stage II, III or IV Epithelial Ovarian Cancer, Fallopian Tube Cancer, or Primary Peritoneal Cancer, 2002. (20)

Criterios de inclusión

Para la realización de esta guía de práctica clínica se incluyeron los artículos que cumplían los siguientes criterios:

1. Eran artículos de ensayos controlados y aleatorizados (ECAs) o meta-análisis de quimioterapia como primera opción en cáncer de ovario, de la trompa de Falopio o cáncer primario peritoneal. Se consideraron de interés los que comparaban paclitaxel y quimioterapia basada en platino con quimioterapia basada en platino sin paclitaxel, o comparaban paclitaxel más carboplatino con paclitaxel más cisplatino como tratamiento de primera elección;
2. Los ensayos incluían pacientes con cáncer de ovario epitelial, cáncer de trompa de Falopio o cancer primario peritoneal en estadios II, III o IV. (por favor ver Apéndice 2 para obtener información sobre el estadiaje del cáncer de ovario);
3. El artículo incluía datos de supervivencia de cada grupo de intervención.

Se eligieron los resultados tanto de los ensayos clínicos publicados en forma de artículo como en forma abstract. Así mismo se incluyeron los datos aportados por otras guías de práctica clínica de otros grupos de elaboración de guías.

Criterios de exclusión

1. Estudios que evaluaban el uso de quimioterapia con el transplante de células madre o de médula ósea.
2. Dado que los recursos para traducción eran limitados no se incluyeron artículos en lengua extranjera.

Ejemplo . Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding, 1998 (22)

2.2 Análisis

Hay una serie de cuestiones que necesitan ser respondidas cuando se analiza el manejo de las mujeres con sangrado menstrual abundante (menorragia)

- ¿Cómo se debe analizar el grado de menorragia?
- ¿Qué mujeres requieren una exploración endometrial para excluir hiperplasia (células anormales que tienen capacidad potencial de generar un cáncer de útero)?
- ¿Cuál es el mayor método de exploración endometrial – ultrasonidos tranvaginales o biopsia endometrial o histeroscopia?
- ¿Cuál es el mejor método de biopsia de endometrio?

Esta sección de diagnóstico pretende responder estas cuestiones empleando la evidencia disponible. Se identificaron estudios transversales y ECAs de diferentes métodos diagnósticos. Si la sensibilidad y especificidad de los tests diagnósticos no fueron incluidas o no se incluyó un test gold estándar de comparación los artículos fueron excluidos (ver tablas de evidencia sección 3.1). Se recuperaron mediante búsqueda electrónica 16 estudios diagnósticos y por búsqueda en sus referencias. Ocho comparaban los ultrasonidos transvaginales con la biopsia, 5 comparaban dilatación y el curettage (D & C) con la biopsia, y 2 comparaban las medidas objetivas de pérdida de sangre menstrual con una tabla de análisis gráfico de sangre.

Criterio 10. Los métodos usados para formular las recomendaciones están claramente descritos

Una etapa clave en la elaboración de una guía es el método por el cual se formulan las recomendaciones. Ya que la evidencia raramente se puede traducir directamente en recomendaciones es probable que la mayoría de guías utilicen algún tipo de extrapolación. Esta parte del proceso requiere que el grupo llegue a un acuerdo por lo que el proceso se realiza normalmente por consenso. Los métodos que se utilizan para llegar a la decisión final y las áreas de desacuerdo deben ser registradas para asegurar que la base de las recomendaciones del grupo elaborador de la guía es transparente.

Dónde buscar



Examinar los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía. En algunos casos los métodos empleados para formular las recomendaciones aparecen en documentos separados o en un Anexo a la guía.

Para valorar el criterio 10:

4: Muy de acuerdo

la guía contiene una descripción clara de los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Si se utilizaron métodos de consenso informal, la guía debe describir como se resolvieron las áreas de desacuerdo

2-3: De acuerdo/en desacuerdo

la guía contiene una descripción clara de los métodos utilizados para formular las recomendaciones, pero no queda claro como se llegó a la decisión final

1: Muy en desacuerdo

la guía no contiene una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones

Criterio 10: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo de método de consenso utilizado en el National Collaborating Centre for Chronic Diseases (NCC-CC) (21)

1. Obtaining a formal consensus

Most guidelines groups consider the assembled evidence and produced recommendations at a series of meetings – there is a risk that matters considered piecemeal in separate meetings may not produce a coherent whole. The NCC-CC thus assembles a larger (and thus more representative group) for a one day meeting to reconsider the draft guideline document and in particular to address areas where there is limited evidence by formal consensus

2. Agreeing the recommendations

The one-day meeting considered the draft guideline using a modified Rand nominal group technique:

Are the evidence based statements acceptable and is the evidence cited sufficient to justify the grading attached?

Are the recommendations derived from the evidence justified and are they sufficiently practical that they can be implemented prospectively by those at the clinical front line?

There were three types of recommendation to be considered.

- (a) A recommendation based on strong evidence - usually non-controversial unless there was important evidence that had been missed or misinterpreted*
- (b) A recommendation that was based on good evidence but where it was necessary to extrapolate the findings to make it useful in clinical practice - the extrapolation approved by consensus*
- (c) Recommendations for which no evidence exists but which address important aspects of care or management - and for which a consensus on best practice could be reached.*

The one-day meeting considered the draft guideline using a modified Rand nominal group technique:

Are the evidence based statements acceptable and is the evidence cited sufficient to justify the grading attached?

Are the recommendations derived from the evidence justified and are they sufficiently practical that they can be implemented prospectively by those at the clinical front line?

There were three types of recommendation to be considered.

- (a) A recommendation based on strong evidence - usually non controversial unless there was important evidence that had been missed or misinterpreted*
- (b) A recommendation that was based on good evidence but where it was necessary to extrapolate the findings to make it useful in clinical practice - the extrapolation approved by consensus*

Recommendations for which no evidence exists but which address important aspects of care or management - and for which a consensus on best practice could be reached.

Criterio 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

Los beneficios en salud a conseguir a partir de las recomendaciones deben ser comparados con los beneficios de los tratamientos alternativos posibles. La guía debería contener una discusión sobre el efecto global del tratamiento propuesto en los resultados finales, tales como la calidad/esperanza de vida en relación con los tratamientos alternativos, así como los riesgos y los efectos secundarios. Algunas guías pueden contener una hoja de balance en la que se formulen formalmente los beneficios en salud, los efectos secundarios y los costes principales de la aplicación de las intervenciones consideradas en la guía.

Dónde buscar



Examinar las recomendaciones y la nota o texto que las acompaña.

Para valorar el criterio 11:

4: Muy de acuerdo	los beneficios y efectos secundarios de aplicar la mayor parte de las recomendaciones es discutida en la guía.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	los beneficios y efectos secundarios de aplicar algunas de las recomendaciones son discutidos.
1: Muy en desacuerdo	no son discutidos los beneficios y efectos secundarios de aplicar ninguna de las recomendaciones.

Criterio 11. Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding, 1998. www.nzgg.org.nz (22)

note 5

COMPARATIVE TABLE OF MEDICAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF HEAVY MENSTRUAL BLEEDING		
Drug	Specific benefits	Adverse benefits
Levonorgestrel IUS	contraception no requirement to take tablets	menstrual cramps expulsion of system (5%) intermenstrual bleeding (27%)
Oral progesterone (days 5-25)*	cycle regularity	bloating, mood swings, PMS nausea
Tranexamic acid	none	diarrhoea
NSAIDs	relief of dysmenorrhoea and headaches	nausea diarrhoea headache
OC pill	contraception relief of dysmenorrhoea and PMS	nausea, breast tenderness headache
Danazol	none	weight gain, acne
Oral progesterone (luteal phase)	cycle regularity	hot flushes, bloating, mood swings, PMS

[Levels of Evidence **synopsis**]

Ejemplo. Manejo de la Otitis media aguda en la infancia. (23)

TRATAMIENTO

- En caso de utilización de antibióticos, se deberá sopesar individualmente el beneficio relativamente pequeño que ofrecen en la mejora de los síntomas de OMA a corto plazo en relación con sus posibles efectos adversos (A).
- Los antibióticos ofrecen un modesto beneficio en la resolución de los síntomas de OMA y no mejoran de manera significativa los resultados a largo plazo [Ia].
- Los efectos adversos del antibiótico (la amoxicilina, cuyos efectos adversos más frecuente son la diarrea y rash) deben ser considerados con su indicación para la mejoría de los síntomas [Ia].
- En niños mayores de 6 semanas y menores de 2 años o con patología subyacente diagnosticados de OMA, los antibióticos constituyen la mejor elección de tratamiento (A).
- En niños mayores de 6 semanas y menores de 2 años o niños con patología subyacente, los antibióticos ofrecen un modesto beneficio pero constituyen la mejor elección ante un niño con otitis media aguda [Ib].

criterio 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

Es importante unir las recomendaciones a la evidencia que las sustenta. Cada recomendación debe contener un listado de referencias sobre el que se base y en el caso de ausencia de evidencia, se debería establecer claramente.

Dónde buscar



Examinar las recomendaciones específicas de la guía y la nota o texto que las sustenta.

Para valorar el criterio 12:

4: Muy de acuerdo	las recomendaciones clave (o la mayor parte de las recomendaciones) están explícitamente ligadas a la evidencia que las sustenta*.
2-3: De acuerdo/En desacuerdo	algunas recomendaciones están específicamente unidas a la evidencia que las sustenta o la unión entre las recomendaciones específicas y la evidencia que se discute es incierta.
1: Muy en desacuerdo	La guía sólo ofrece una lista de referencias al final del documento o no discute la evidencia

*** Por favor, date cuenta que el uso de niveles de calidad de la evidencia o grado de las recomendaciones no implica directamente una puntuación de 4.**

Criterio 12. Ejemplos para una puntuación de 4.

Ejemplo. Guía de práctica Clínica del Asma (24)

3.- Corticoides inhalados

Evidencias:

- ❖ *En los pacientes que requieren un uso frecuente de beta-adrenérgicos de acción corta (más de 2-3 veces al día), el uso de corticoides inhalados mejora el pico de flujo y los síntomas y reduce el uso de beta-adrenérgicos de acción corta (1). Ia.*
- ❖ *Los corticoides inhalados son efectivos, tanto en adultos (1) como en niños. Ia.*
- ❖ *Existen evidencias preliminares de que los corticoides inhalados son eficaces administrados en una única toma por la mañana o por la noche al doble de la dosis. Ia.*
- ❖ *No se han encontrado evidencias directas de cuándo disminuir la dosis de corticoides inhalados (1)*

Calpin y cols (1997) realizaron una revisión sistemática sobre la efectividad de los corticoides inhalados en niños con asma frente a placebo. Concluyeron que son eficaces en el control de síntomas y en la mejora de la función pulmonar, en reducir el uso de beta-adrenérgicos de rescate y de corticoides orales.

Munch y cols (1985) estudiaron 23 pacientes con asma estable en un ensayo simple ciego cruzado, a los que administraron Beclometasona 200 µg dos veces al día seguido de Beclometasona 400 µg una vez al día durante 4 semanas. Durante el tratamiento con dosis única la función pulmonar empeoró y los síntomas aumentaron.

Gagnon y cols (1994) estudiaron 42 pacientes con asma estable leve o moderada en un ensayo doble ciego cruzado de 2 meses de duración con 500µg x2 de Beclometasona versus 1.000µg en dosis única antes de acostarse, versus 1.000µg en dosis única por la tarde. Entre los 37 pacientes que completaron el estudio, no se observaron diferencias en la función pulmonar, síntomas, ni en el test de metacolina.

..... Recomendaciones:

- *Los pacientes que requieren beta-adrenérgicos de acción corta más de 3 veces por semana deben ser tratados con corticoides inhalados. Recomendación D.*
- *En pacientes con asma no controlados adecuadamente con corticoides inhalados se recomienda la adición de beta-adrenérgicos de acción larga o aumentar las dosis de corticoide inhalado. Recomendación A.*

Áreas de investigación:

Aunque el uso de corticoides en dosis única diaria parece prometedor, se requieren más estudios antes de generalizar esta recomendación. El estudio más consistente es el realizado por ZuWallack y cols.

Bibliografía

- *North of England Asthma Guideline Development Group. North of England evidence based guidelines development project: The primary care management of asthma in adults. Newcastle, 1996. Report N° 75. Centre for Health Services Research.*
- *Calpin C, Macarthur C, Stephens D, Feldman W, Parkin PC. Effectiveness of prophylactic inhaled steroids in childhood asthma: a systematic review of the literature. J Allergy Clin Immunol 1997;100(4): 452-7.*
- *Munch EP, Laursene LC, Dirksen A, Weeke ER Dose frequency in the treatment of asthmatics with inhaled topical steroids. Comparison between a twice daily and a once daily dosing regimen. Eur J Respir Dis 1985;67(4):254-60.*

Criterio 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

Las guías deberían estar sujetas a un juicio externo antes de ser publicadas y ser de dominio público. Este proceso debería llevarse a cabo por revisores expertos e independientes del proceso de elaboración de la guía. Debería aparecer un listado de los revisores y su afiliación y la metodología empleada en la revisión debería ser descrita. Así mismo, se debería incluir el proceso utilizado para asumir los comentarios.

Dónde buscar



Examinar los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía y la sección de Agradecimientos.

Para valorar el criterio 13:

4: Muy de acuerdo	la guía ofrece información clara sobre el proceso de revisión externa, incluida la lista de revisores y su afiliación.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	La guía menciona que ha sido revisada externamente pero no contiene información sobre la metodología empleada.
1: Muy en desacuerdo	La guía no ha sido revisada externamente o no contiene información sobre la metodología empleada.

Criterio 13. Ejemplo para una puntuación de 4

**Ejemplo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Management of Stable Angina. SIGN Publication 51, 2001. www.sign.ac.uk. (25)**

8.4 Consulta y revisores externos

En la elaboración de las guías SIGN se realiza una reunión nacional como parte más importante del proceso de revisión. Esta tiene lugar mientras la guía está en fase de elaboración y permite al grupo elaborador presentar las conclusiones preliminares y las recomendaciones a una amplia audiencia. El manuscrito se encuentra disponible en la página web del SIGN durante un periodo determinado para permitir a aquellos que no pudieron asistir a la reunión nacional contribuir con sus comentarios al desarrollo de la guía.

Revisores especialistas

El manuscrito de la guía fue también revisado por los siguientes revisores externos independientes, a los que se pidió que añadieran comentarios sobre la comprensión y la exactitud en la interpretación de la evidencia de soporte a las recomendaciones de la guía:

*Dr Phil Adams - Consultant Cardiologist, Royal Victoria Infirmary, Newcastle
Dr Miles Fisher - Consultant Physician, Royal Alexandra Hospital, Paisley
Professor Charles Forbes - Consultant Physician, Ninewells Hospital, Dundee
Dr John Forfar - Consultant Cardiologist, John Radcliffe Hospital, Oxford
Dr Callum Fraser - Clinical Leader, Biomedical Medicine, Ninewells Hospital, Dundee
Dr John Gillies - GP Guidelines Advisor, Borders Health Board
Professor John Hampton - Professor of Cardiology, Queens Medical Centre, Nottingham
Dr Graham Jackson - Consultant Cardiologist, Guy's and St Thomas's Hospital, London
Dr Grace Lindsay - Lecturer in Nursing and Midwifery Studies, University of Glasgow
Dr Gregory Lip - Consultant Cardiologist, City Hospital, Birmingham
Dr Mandy MacIver - General Practitioner, Inverness
Ms Mel Miller - Secretary, CHD Task Force, Scottish Executive Health Department
Ms Fiona Reid - Clinical Pharmacist, Royal Infirmary of Edinburgh
Professor Lewis Ritchie - Professor of General Practice, Foresterhill Health Centre, University of Aberdeen
Dr Alex Watson - General Practitioner, Westgate Health Centre, Dundee*

Criterio 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Ya que las guías de práctica clínica deben reflejar la última evidencia, deben ser actualizadas y mantenidas regularmente. Debería aparecer una descripción sobre el proceso de actualización de la guía. Esto debe incluir, escala de tiempo, responsabilidades y métodos empleados.

Dónde buscar



Examinar los párrafos de Introducción, los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía y los párrafos finales.

Para valorar el criterio 14:

4: Muy de acuerdo	la guía incluye información clara sobre el proceso de actualización y hay una escala de tiempos.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía incluye información sobre el proceso de actualización pero no hay una escala de tiempos o el procedimiento es incierto (o viceversa).
1: Muy en desacuerdo	la guía no incluye información sobre el proceso de actualización

Criterio 14. Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. (16)

1.5. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Esta GPC de Rectorragia publicada en abril del 2002 será revisada en el año 2004 o con anterioridad, si existiera nueva evidencia científica disponible. Cualquier modificación durante este período de tiempo quedará reflejada en el formato electrónico consultable en las respectivas páginas web.

Ejemplo. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología. (19)

Esta GPC de ERGE publicada en octubre del 2001 será revisada en el año 2003 o con anterioridad, si existiera nueva evidencia científica disponible. Cualquier modificación durante este período de tiempo quedará reflejada en el formato electrónico consultable en las respectivas páginas web.

Barcelona, octubre del 2001

Claridad y Presentación

Claridad y Presentación

Criterio 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

Además del proceso científico utilizado en la formulación de las recomendaciones, el lenguaje empleado en las recomendaciones tiene un impacto alto sobre su aceptación y aplicación. Las recomendaciones y las opciones de manejo deberían ser fácilmente comprensibles, específicas y claramente presentadas. Cada recomendación debería contener una descripción concreta y precisa de que manejo es apropiado, en qué situación y en qué grupo de pacientes. Si hay incertidumbre sobre el mejor manejo, debería estar claramente descrito.

Dónde buscar



Examinar las recomendaciones de la guía.

Para valorar el criterio 15:

4: Muy de acuerdo	la mayor parte de las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	sólo algunas de las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
1: Muy en desacuerdo	la mayor parte de las recomendaciones son no específicas o son ambiguas.

Criterio 15. Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de práctica clínica del asma. Comarca Gipuzkoa Este. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. (25)

Guía de práctica clínica del Asma, 1999

Recomendaciones:

- ☞ Se recomienda utilizar la dosis mínima efectiva de mantenimiento necesaria para un control óptimo del asma. Recomendación A.
- ☞ En pacientes que utilicen a largo plazo dosis altas de corticoides inhalados (>1,5mg/día o > 0,75mg/día de fluticasona), se recomienda realizar una vigilancia de los posibles efectos sistémicos. Recomendación A.
- ☞ En pacientes que utilicen a largo plazo dosis altas de corticoides inhalados (>1,5mg/día o > 0,75mg/día de fluticasona), se recomienda realizar una revisión oftálmica anual o bianual para vigilar los efectos oculares (cataratas subcapsulares e hipertensión ocular). Recomendación D.
- ☞ En niños es necesario ajustar la dosis diaria de corticoide buscando la dosis mínima eficaz, tratando de minimizar efectos sistémicos sobre el crecimiento, con un dispositivo de inhalación adecuado, manteniendo si es posible dosis por debajo de 400µg/día (o equivalente). Recomendación A.

Ejemplo 2. **Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. Guideline Management of Ductal Carcinoma In Situ of the Breast. Practice Guideline (26)**

Recomendaciones

- *Women with ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast who are candidates for breast conserving surgery should be offered the choice of lumpectomy or total mastectomy.*
- *Mastectomy with the option for reconstruction remains an acceptable choice for women preferring to maximise local control.*
- *When lumpectomy is performed, all evidence of disease should be resected.*
- *Standard reporting of pathologic features, including assessment of tumour size, margin status, nuclear grade and the presence/absence of comedo necrosis, is recommended.*
- *Women who have undergone breast conserving surgery should be offered postoperative breast irradiation. Women with small (less than 2.5 cm) well-differentiated tumours that are fully resected with clear margins (greater than 10mm) should consider participating in clinical trials exploring radiation versus wide excision alone.*

Criterio 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.

Para algunas recomendaciones hay opciones diferentes de manejo para la condición a considerar. Esas posibles opciones deben estar claramente presentadas en la guía.

Dónde buscar



Examinar las recomendaciones y la evidencia que las sustenta.

Para valorar el criterio 16:

4: Muy de acuerdo	al contestar las preguntas cubiertas por la guía, se discuten diferentes opciones posibles. Si esas opciones pudieran ser recomendadas para el manejo de una condición, deberían figurar claramente expresadas en la guía.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	para alguna de las cuestiones se mencionan varias opciones pero no están descritas claramente.
1: Muy en desacuerdo	la guía no presenta distintas opciones.

Criterio 16: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. (16)

- La anuscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En condiciones adecuadas se podría realizar en las consultas de AP.
- A En el diagnóstico de las afecciones del colon sigmoide, la sigmoidoscopia flexible tiene un mayor rendimiento diagnóstico que la sigmoidoscopia rígida.
- A La sigmoidoscopia flexible, al no poder explorar completamente el colon, deja de diagnosticar un porcentaje importante de lesiones graves.
- B La colonoscopia se considera de elección en el diagnóstico del paciente con rectorragia para descartar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal.
- Una colonoscopia se considera completa cuando llega al ciego y visualiza la válvula ileocecal.
- A La colonoscopia y la sigmoidoscopia presentan un mayor rendimiento diagnóstico que el enema opaco.
- El enema opaco no se considera un método diagnóstico de elección para las afecciones colorrectales en caso de rectorragia.
- La radiografía de abdomen no está indicada en el estudio del paciente con rectorragia. Sí que nos puede dar información en caso de obstrucción y/o isquemia intestinal.

Criterio 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Los usuarios deben ser capaces de encontrar fácilmente las recomendaciones que corresponden a las cuestiones clave. La guía debería estar estructurada lógicamente con encabezados claros e índices. Algunas recomendaciones pueden contener un árbol de decisiones complejo con un rango de estrategias posibles. Esas estrategias deben presentarse claramente, por ejemplo en forma de diagramas de flujo, los cuales pudieran estar en formato electrónico.

Dónde buscar



Examinar los párrafos/capítulos en los que se presentan las recomendaciones.

Para valorar el criterio 17:

4: Muy de acuerdo	todas las recomendaciones clave son claramente identificables.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	las recomendaciones claves se pueden encontrar pero no son fáciles de identificar.
1: Muy en desacuerdo	no hay recomendaciones clave.

Criterio 17: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo: Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. (16)

Resumen de las recomendaciones

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE RECTORRAGIA

EPIDEMIOLOGÍA

Valores predictivos positivos (VPP)

- B El VPP de la rectorragia para el cáncer colorrectal en AP se estima entre el 5-15% y en las consultas de AE hasta de un 40%.
- B El VPP de la rectorragia para cáncer colorrectal aumenta con la edad, con el cambio del ritmo de las deposiciones y con la presencia de sangre mezclada con las heces.

Causas

- Las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta de AP son las hemorroides y la fisura anal.
- Entre las personas mayores de 40 años aumentan los pólipos, los divertículos y el cáncer colorrectal, pero las causas más frecuentes de rectorragia continúan siendo las hemorroides y la fisura anal.

PROCESO DIAGNÓSTICO

Edad

- La edad de 50 años, a partir de la cual el valor diagnóstico de la rectorragia para el cáncer colorrectal aumenta, es un buen punto de corte para el proceso de toma de decisiones diagnósticas.

Historia personal y familiar

- A En pacientes de cualquier edad, la historia personal o familiar de pólipos y enfermedades relacionadas son un factor de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal.

Características de la rectorragia

- La presencia de sangre roja oscura o sangre mezclada con las heces, particularmente si se acompaña de un cambio del ritmo de las deposiciones y ausencia de quemazón, picor y/o dolor anal, nos ha de hacer sospechar un cáncer colorrectal.

Exploración física

- Es conveniente, aprovechando que el paciente está en la camilla, y previamente a la exploración anorrectal, valorar la posible existencia de palidez cutáneo-mucosa y explorar el abdomen.

Exploración anorrectal

- Una vez descartada la gravedad de la rectorragia y la sospecha de una enfermedad grave, a todo paciente con rectorragia, con independencia de la edad, se le debe realizar una exploración anal y un tacto rectal.
- En la inspección anal se ha de valorar la existencia de lesiones perianales, fistulas, fisuras, abscesos, hemorroides externas y/o procesos prolapsantes a través del canal anal. En el tacto rectal se ha de valorar la presencia de masas.

TÉCNICAS Y/O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En condiciones adecuadas se podría realizar en las consultas de AP.
- B La colonoscopia se considera una prueba de elección en el diagnóstico del paciente con rectorragia para descartar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal.
- Una colonoscopia se considera completa cuando llega al ciego y visualiza la válvula ileocecal.
- El enema opaco no se considera un método diagnóstico de elección para las afecciones colorrectales en caso de rectorragia.
- La radiografía de abdomen no está indicada en el estudio del paciente con rectorragia. Si que nos puede dar información en caso de obstrucción y/o isquemia intestinal.

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

A B C D

grado de recomendación



Recomendación por consenso del grupo de trabajo

Criterio 18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.

Hay diferentes formas de presentar una guía. Una guía completa es improbable que se use en la práctica porque es muy voluminosa. Por ello, se resumirá en un formato más digerible para los usuarios. Esto puede incluir, por ejemplo, un documento resumen, herramientas de formación, folletos para pacientes, soporte informático u otro tipo de ayudas.

Dónde buscar



Examinar el párrafo de diseminación/implementación de la guía y, si está disponible, los materiales de acompañamiento específicos que han sido elaborados para sustentar la diseminación e implementación de la guía.

Para valorar el criterio 18:

4: Muy de acuerdo	la guía se sustenta en diferentes herramientas para su aplicación, por ejemplo un documento resumen, folletos para pacientes y ayuda informática.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía sólo se apoya en un documento resumen. La utilidad del formato del resumen determina la puntuación de 3 o 2.
1: Muy en desacuerdo	la guía no se apoya en ninguna herramienta de aplicación.

Ejemplo. Guía de hipertensión arterial. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. 2002 (17)

1.4. Utilización de la Guía

La Guía está estructurada para responder a las preguntas anteriormente formuladas. También se pueden consultar los formatos resumidos ("Guía Rápida" y "Resumen de recomendaciones"), que contienen las recomendaciones y algoritmos que permiten hallar una respuesta rápida a las cuestiones planteadas.

Criterio 18: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de hipertensión arterial. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. 2002 (17)

GUÍA RÁPIDA DE HIPERTENSIÓN (HTA*)

Cribado de la HTA

B Se recomienda el cribado de la HTA a través de la toma periódica de la presión arterial (PA) mediante la estrategia oportunista en consulta.

D Se recomienda tomar la PA al menos una vez antes de los 14 años; cada 4 ó 5 años entre 14 y 40 años de edad, y cada 2 años a partir de los 40, aprovechando las visitas ocasionales.

Clasificación de la HTA

CATEGORÍA	PAS (mmHG)	Y/O PAD (mmHG)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-elevada	130 a 139	85 a 89
Hipertensión		
Estadio 1 ó grado 1	140 a 159	90 a 99
Estadio 2 ó grado 2	160 a 179	100 a 109
Estadio 3 ó grado 3	≥ 180	≥ 110

Seguimiento del paciente hipertenso

D El estudio inicial propuesto del paciente hipertenso consta de exploración física cardiovascular, analítica (hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, colesterol, TGC, HDL, LDL, y sedimento urinario), FO y ECG.

Estadio 1
PAS 140 a 159 mmHg
PAD 90 a 99 mmHg

Estadio 2
PAS 160 a 179 mmHg
PAD 100 a 109 mmHg

Estadio 3
PAS ≥ 180 mmHg
PAD ≥ 110 mmHg

Modificaciones estilo de vida 3-6 meses

Modificaciones estilo de vida simultáneas al tratamiento farmacológico

¿Presencia de diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular (CV)?

Sí → **Inicio de tratamiento farmacológico**
Objetivo PAS < 140 PAD < 90
Diabetes PAS < 130 PAD < 80

No → **Cálculo del riesgo CV**

≥ 20% a 10 años

< 20% a 10 años

Seguimiento y evaluación al año

A, B, C, D: Niveles de recomendación.
✓: Consenso

* El diseño de este documento está basado en el documento SIGN (Hypertension in Older People. A National Clinical Guideline. [SIGN Publication nº 49]. 2001).

Aplicabilidad

Aplicabilidad

criterio 19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones

Aplicar las recomendaciones puede requerir cambios en la organización de los cuidados dentro de un servicio o un hospital – por ejemplo, el establecimiento de unidades multidisciplinarias, o la disposición de los cuidados compartidos para el manejo de los pacientes con asma o diabetes. Estos cambios pueden ser una barrera para el seguimiento de las recomendaciones en la práctica diaria y deberían ser discutidos en la guía.

Dónde buscar



Examinar el/los párrafo/s de diseminación/implementación de la guía o, si está disponible, documentos adicionales con planes o estrategias específicas para la implementación de la guía.

Para valorar el criterio 19:

4: Muy de acuerdo	la guía discute las barreras organizativas potenciales en detalle y ofrece sugerencias concretas sobre cómo manejarlas.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía menciona las barreras organizativas potenciales sólo en términos generales.
1: Muy en desacuerdo	la guía no menciona las barreras organizativas potenciales

Criterio 19: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo: New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding, 1998. www.nzgg.org.nz (22)

Chapter 4. Implementation

4.1 Driving forces. *There are a number of driving forces that will assist the implementation of this Guideline. These will include the following; patient and practitioner demand for effective treatments, avoidance of ineffective treatments, accreditation requirements, requirements for cost effective and inexpensive treatments and assessment of quality of service audits.*

4.2 Restraining forces *that will hinder the implementation of this Guideline. These include the following; reduced access of patients to diagnostic tests and specialist services, perception by patients that medical treatments are ineffective, reluctance of practitioners to change current practice, cost of retraining of GPs in diagnostic tests and specialists in newer surgical techniques (endometrial ablation), fee for service structure for primary care, and private specialist services, decreased access to certain treatments including tranexamic acid, levonorgestrel intrauterine system, transvaginal ultrasound and endometrial ablation techniques.*

4.3 Suggested implementation strategies

4.3.1 Provide increased government funding for the following

4.3.1.1 Tranexamic acid is currently only available under specialist only prescribing provisions of Pharmac. Although this was reviewed in 1997 it was declined by Pharmac. The cost of the medication has come down in recent years and as it is more effective than other preparations such as low dose norethisterone, it would seem mandatory for this to be released from specialist only prescribing restrictions. It is also only available from hospital pharmacies and this also means that the patient is inconvenienced.

4.3.1.2 Levonorgestrel intrauterine system. This system has recently been licensed in New Zealand but is not currently publicly funded for patients. The cost of \$285 includes GST but as it lasts for 5 years it is equivalent to \$5 per month.

4.3.1.3 Increased provision of ultrasound services to GPs and increased provision of training in transvaginal ultrasound will be necessary in order to have wider access to publicly funded ultrasound services for primary healthcare provided. This will involve the establishment of more ultrasound units with transvaginal facilities in rural districts.

4.3.2 Ensure funding for training

4.3.2.1 Very few GPs currently do endometrial sampling in New Zealand. If GPs are able to do endometrial sampling it will reduce the need for specialist referral. It is possible to train GPs in this during their Diploma in O & G training as it is very similar to inserting an intrauterine device.

4.3.2.2 Increased training of specialists in hysteroscopic surgery. Currently very few specialists across the country are doing hysteroscopic surgery. Of 140 specialists it is estimated that only 15 are doing hysteroscopic surgery. In the United Kingdom over 60% of units are providing a service for hysteroscopic surgery which includes endometrial ablation and resection of submucous fibroids. In New Zealand increased training needs to be provided for specialists to upskill in this area as well as greater access to other hysteroscopic techniques such as balloon ablation.

Criterio 20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.

Pueden existir circunstancias especiales donde las recomendaciones requieren recursos especiales antes de su aplicación. Ya que los recursos sanitarios son limitados y los costes de los cuidados están siempre aumentando, las implicaciones probables en los costes de la aplicación de las recomendaciones deberían ser discutidas.

Dónde buscar



Examinar el/los párrafo/s de diseminación/implementación de la guía o, si están disponibles, documentos adicionales con planes o estrategias específicas para la implementación de la guía. Algunas guías refieren la implicación actual en los costes en los párrafos en los que se discute la evidencia o las decisiones sobre las recomendaciones.

Guía para valorar de criterio 20:

4: Muy de acuerdo	la guía discute las implicaciones potenciales en los costes en detalle.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía considera las implicaciones potenciales en los costos en general.
1: Muy en desacuerdo	la guía no menciona las implicaciones potenciales en los costos.

Criterio 20: Ejemplo para una puntuación de 4

Ejemplo. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding, 1998 (22)

Since resources are limited, the additional benefits of each new treatment should be set against their costs. Some major trials for some drugs report reductions in hospitalisations during the trial follow-up period: subsequent economic analyses offset the costs of the drugs with savings due to reductions in admissions. Unfortunately these savings are not reported consistently for different drugs. One approach might be to offset drug cost only where trial data is available to demonstrate this. However, savings achieved are affected by the underlying risk of patients enrolled in a trial in the same manner as mortality data are. The various drugs are predicted to achieve similar relative reductions in mortality and morbidity and it is plausible that reductions in hospitalisations will be similar for all of the drugs for new patients being treated. A potential criticism of analysing reductions in hospitalisations measured in trials is that morbidity may have been delayed during the trial period but that patients still have a chronic disease that will progress in time. Additionally, although a drug may achieve additional survival, health care costs tend to increase with age. Consequently it is uncertain whether resource savings achieved in trials of cardiovascular disease are permanent or only temporary. Analysis restricted to using comparable data for all treatments means using just the acquisition costs of the drugs. It is recognised that the net cost of treatments may be overestimated by leaving out reductions in hospitalisation, but that this is likely to be a consistent bias that will not alter their relative costs.

All drugs included in major trials have been costed. Drug treatments for patients with previous myocardial infarction (Appendix 15) and previous myocardial infarction with heart failure (Appendix 16) were costed using the dosing schedules found in the trials. Assuming a common class effect for the effectiveness and tolerability of drugs, the cheapest (based on comparative costs as of November 1999) are shown in Table 3. It is recognised that there is a potential impact on compliance when trading-off cost and frequency of dosing; this is reflected by showing the cheapest once or twice daily dose where this is more expensive than a cheaper but more frequent dose requirement. Subcutaneous insulin infusion, as a prophylactic treatment for patients with diabetes and prior myocardial infarction, is not a licensed indication in England. Mediterranean diet-type interventions are problematic since patients may bear considerable costs in dietary modification and the trial interventions involved considerable investment by the trialists for which the required resources are unclear. Both of these interventions have been left uncoded although both interventions appear effective. National published data provide a cost for (non-elective) cardiac rehabilitation of £3,035 per person (IQR: £1,705 to £3,503; HRG Code S23, 1998 data).

Considering the acquisition costs of drugs for patients with previous myocardial infarction it is clear that beta-blockers and aspirin are not only effective first line treatment but also very good value for money. Similarly all treatments with patients additionally with heart failure appear good value. In the light of the apparent survival gains, none of the available treatments shown present an unacceptable cost.

In summary GPs and patients are presented with an array of effective drugs for patients post myocardial infarction, with or without complicating heart failure. The value of these should be discussed with patients, and if appropriate, initiated and continued if tolerated.

Criterio 21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría.

Medir la adhesión a la guía puede mejorar su uso. Esto requiere definir claramente los criterios a tener en cuenta que se derivan de las recomendaciones principales de la guía. La guía debería ofrecer un listado de criterios sobre los que la implementación de las recomendaciones pueda ser auditada y monitorizada. Si fuera posible, estos criterios deberían estar unidos a una recogida rutinaria mínima de datos en hospitales o en asistencia primaria.

Valorar el criterio



Examinar el/los párrafo/s de auditoría o monitorización del empleo de la guía, o, si están disponibles, documentos adicionales con planes específicos o estrategias de evaluación de la guía.

Para valorar el criterio 21:

4: Muy de acuerdo	la guía presenta criterios clave de monitorización extraídos de las recomendaciones principales.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía menciona la evaluación de la guía en la práctica, pero no presenta criterios de monitorización clave.
1: Muy en desacuerdo	la guía no presenta criterios de monitorización o menciona la evaluación de la guía en la práctica.

Criterio 21: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. Guía de Hipertensión arterial. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. 2002. (17)

Anexo 13

PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO

Los autores de esta GPC han diseñado unos indicadores con la finalidad de evaluar tanto la atención sanitaria al paciente hipertenso como el posible impacto de la implementación de la GPC.

No ha sido el propósito de los autores el diseñar una evaluación exhaustiva y detallada que implique la utilización de todos los indicadores propuestos. Se pretende proporcionar una herramienta a los clínicos y gestores interesados, que pueda ser útil en el diseño específico de la evaluación de la atención al paciente hipertenso.

Los indicadores hacen referencia a las diversas cuestiones tratadas en la Guía y se calculan como el porcentaje de pacientes que cumplen los diferentes criterios.

El denominador lo componen los pacientes con historia abierta en el centro de salud en el caso del cribado y los pacientes con diagnóstico registrado de hipertensión en el resto de los casos. Obviamente los indicadores se refieren a un período de tiempo concreto que el evaluador deberá elegir en función de sus objetivos.

Cribado

- Proporción de pacientes de 14 y 40 años con determinación de cifras de PA cada 5 años.
- Proporción de pacientes de más de 40 años con determinación de cifras de PA cada 2 años.

Diagnóstico del paciente HTA

- Proporción de pacientes con nuevo diagnóstico de HTA que tienen realizado el estudio básico.
- Proporción de hipertensos con evaluación del riesgo cardiovascular según el método propuesto.
- Existencia en el centro de unas normas de calidad en los sistemas de medida de la PA que incluya el uso de esfigmomanómetros calibrados sujetos a revisiones periódicas anuales y la utilización de aparatos para AMPA y MAPA validados por la BHS o la AAMI.

Tratamiento

- Proporción de pacientes hipertensos a los que se les han indicado las modificaciones de estilo de vida recomendadas en la presente Guía: cambios en la dieta incluido el bajo consumo de sodio, disminución de consumo de alcohol, abandono del tabaco, práctica de ejercicio físico, y pérdida de peso si procede.
- Proporción de hipertensos sin complicaciones asociadas en tratamiento farmacológico que recibe diuréticos y/o betabloqueantes.

Independencia Editorial

Independencia Editorial

Criterio 22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Algunas guías se elaboran con fondos externos (ej. fondos gubernamentales, organizaciones sin ánimo de lucro, compañías farmacéuticas). El respaldo puede ser en forma de contribución económica para la completa elaboración, o para partes de ella, ej. impresión de las guías. Debería haber una declaración explícita de que los puntos de vista e intereses de los financiadores no han influido en la elaboración final de las recomendaciones.

Dónde buscar



Examinar el/los párrafo/s en el/los que se describe el proceso de elaboración de la guía o la sección de agradecimientos.

Para valorar el criterio 22:

4: Muy de acuerdo	en la guía se establece explícitamente que no se ha visto influida por los puntos de vista o intereses de las entidades financiadoras o que ha sido desarrollada sin financiación externa.
2-3: De acuerdo/en desacuerdo	la guía menciona las entidades financiadoras pero no queda claro cual es la influencia en la formulación de las recomendaciones finales.
1: Muy en desacuerdo	la guía no contiene ninguna información sobre las entidades financiadoras o la organización responsable de la guía para la evaluación de la guía en la práctica.

Criterio 22: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo: Guía de Hipertensión arterial. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.(17)

- **Financiación:** esta Guía de Práctica Clínica ha sido financiada exclusivamente por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- **Sociedades colaboradoras:** esta Guía cuenta con el respaldo de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen) y de la Sociedad de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular del País Vasco (Eusten). Miembros de ambas sociedades han colaborado en su autoría y revisión.
- **Conflictos de Interés:** todos los autores de la Guía han declarado la ausencia de conflictos de intereses.

6 Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial

Criterio 23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.

Hay circunstancias en las que algunos miembros del grupo elaborador ocupan una posición que choca con el desarrollo de su tarea en el grupo elaborador de la guía. Todos los miembros del grupo elaborador de la guía deben rellenar una declaración de intereses y los miembros potenciales con intereses personales significativos (ej. grandes accionistas de una compañía farmacéutica que produce un medicamento relacionado con el tema de la guía, o que trabaja como consultor de dicha compañía) no serían elegibles para tomar parte en la elaboración de la guía.

Dónde buscar



Examinar el/los párrafo/s de grupo de elaboración de la guía o la sección de agradecimientos.

Para valorar el criterio 23:

4: Muy de acuerdo

la guía menciona los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador o incluye una declaración de que éstos han sido recogidos empleando formularios estándar.

2-3: De acuerdo/en desacuerdo

la guía describe que los miembros del grupo no tienen conflictos de intereses, pero no da ninguna información de cómo se ha registrado.

1: Muy en desacuerdo

la guía no incluye declaración alguna sobre si los miembros del grupo tienen conflictos de intereses

Criterio 23: Ejemplos para una puntuación de 4

Ejemplo. **Guía de práctica clínica basada en la evidencia para manejo de la angina inestable. Sevilla: 1998. (27)**

Agradecimiento.

Nuestro agradecimiento a la Sociedad Andaluza de Cardiología por la ayuda y apoyo prestado en el desarrollo de los paneles. Así como a la Unidad de Investigación en Servicios de Salud (Instituto de Salud Carlos III) por su apoyo metodológico y en el desarrollo de los paneles. A la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y a las Comisiones de Investigación de los hospitales universitarios de Sevilla por su inestimable colaboración. Ha contado con el patrocinio de MSD SA en la organización del primer panel y ASTRA SA en la edición y distribución.

Declaramos que no ha existido conflicto de intereses en la elaboración de las recomendaciones.

4. Instrucciones para una valoración global

El **Instrumento AGREE** ofrece criterios para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica. Estos criterios se refieren fundamentalmente a los métodos empleados en la elaboración de la guía y a la calidad de la información facilitada. Sin embargo, el contenido clínico de las recomendaciones aplicadas en un contexto local, y su impacto en los resultados de los pacientes deberían ser igualmente tomados en consideración para realizar un juicio global sobre la utilidad de la guía. Esto puede ser interpretado como un juicio de peso sobre el rigor científico del proceso de elaboración de una guía al igual que las consideraciones prácticas de aplicarla.

Puntuación de la valoración global

El evaluador debería realizar un juicio basado en la guía como conjunto a la vez que valora cada criterio individualmente. No es probable que una guía puntúe alto en todos los criterios y áreas. El número de criterios altamente valorados y el balance entre áreas debería ayudar a determinar la valoración global de las guías.

Guía para la puntuación de la valoración global:

Muy recomendada	La guía puntúa alto (3 ó 4) en la mayoría de los criterios y la puntuación de la mayor parte de los criterios está por encima del 60%. Esto indica que la guía tiene una alta calidad global, y que se podría considerar su uso en la práctica sin condiciones o modificaciones
Recomendada (con condiciones o modificaciones)	La guía puntúa alto (3 ó 4) o bajo (1 ó 2) en un número similar de criterios y puntuación de la mayor parte de las áreas está entre 30 y 60%. Esto indica que tiene una moderada calidad global. Esto puede ser debido también a una insuficiente o falta de información en la guía para algunos criterios. Si se realizan modificaciones o se toman en cuenta condiciones – y se ofrece suficiente información sobre el proceso de elaboración de la guía – la guía pudiera todavía ser considerada para su utilización en la práctica. , en particular cuando no hay otras guías disponibles sobre la misma condición.
No recomendada	La guía puntúa bajo (1 ó 2) en la mayoría de los criterios y la puntuación de la mayor parte de las áreas es menor que 30%. Esto indica que la guía tiene una calidad global baja y serias deficiencias. Por ello no debería ser recomendada en la práctica.

5. Glosario de términos y conceptos

Aplicabilidad es la capacidad de una guía para ser utilizada por los usuarios diana. Esto puede estar influido por factores tales como a) la complejidad de la guía, b) la necesidad de nuevos conocimientos o habilidades, c) la necesidad de cambios organizativos o recursos adicionales, d) la compatibilidad con normas existentes y valores en práctica y e) la aceptabilidad de la guía por los pacientes.

Aplicación es el uso de las guías en la práctica clínica. Para ser efectiva, la aplicación depende de las estrategias de diseminación e implementación. **Herramientas para la aplicación** son ayudas para mejorar la efectividad de la aplicación, tales como guías referenciales rápidas, software de ordenador y folletos para los pacientes.

Auditoría es el análisis crítico y sistemático de la calidad de los cuidados en salud, incluyendo los procedimientos empleados para diagnóstico y tratamiento, el empleo de recursos, y el consiguiente resultado y calidad de vida para el paciente.¹³

Calidad de las guías de práctica clínica es la confianza en que los posibles sesgos en la elaboración de la guía han sido controlados de forma adecuada y que las recomendaciones son válidas interna y externamente y son factibles en la práctica.²

Consenso es un proceso que sintetiza el conocimiento colectivo y la información para establecer una recomendación cuando existe un grado de incertidumbre. En el contexto de la elaboración de una guía el consenso puede ser obtenido por diversos métodos.⁶

Criterios de monitorización son enunciados elaborados sistemáticamente que se pueden usar para analizar o evaluar la idoneidad de las decisiones concretas sobre tratamiento, servicios o resultados.¹

Diseminación es la comunicación de las guías a los usuarios diana de cara a mejorar su conocimiento y habilidades.¹⁰ Se pueden emplear diferentes medios tales como: revistas profesionales, medios de comunicación, conferencias, cursos de formación u opiniones de líderes locales.

Documentación es toda la información de fondo sobre el proceso de elaboración de la guía y los planes para implementar y evaluar la misma. Estos deben estar documentados en la propia guía o si no en los materiales de apoyo o en los documentos técnicos o políticos.

Evaluación puede ser definida como una estimación del valor o la equivalencia de algo juzgado sobre criterios apropiados definidos y justificados, para realizar decisiones informadas.^{14,15}

Evidencia es la colección de observaciones empíricas sobre la relación aparente entre los hechos.³ Las fuentes de evidencia son: 1.- los hallazgos y resultados de las investigaciones clínicas – en pacientes- y experimentos fisiológicos y 2.- las observaciones no sistemáticas de los proveedores de sanidad individualmente. Las **guías basadas en la evidencia** se desarrollan utilizando criterios explícitos y métodos sistemáticos para revisar la evidencia sobre efectividad clínica y por la correlación de las recomendaciones con la calidad de la evidencia utilizada.⁴ La **calidad de la evidencia** se relaciona con el grado en el que todos los aspectos del diseño y el desarrollo del estudio pueden mostrar que están libres de sesgos sistemáticos, no sistemáticos y errores inferenciales.⁵

Guía de práctica clínica – es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre cual es la asistencia más apropiada en las circunstancias clínicas específicas (adaptado de IOM, 1992).¹ Los términos ‘guías de práctica clínica’ y ‘guía clínica’ son considerados sinónimos.

Implementación es la introducción estructurada y esquemática de las guías con el objetivo de lograr una utilización efectiva y sostenida de las guías en la práctica clínica.¹¹ Se combinan frecuentemente una serie de estrategias con un programa funcional, el cual debe contener intervenciones dirigidas a los profesionales (ej., visitas programadas, auditorías y comentarios, recordatorios), e intervenciones organizativas y económicas.¹²

Implicados sirve para definir a los individuos o grupos de individuos que tienen un interés directo en las guías de práctica clínica y que están implicados de alguna forma en el proceso de elaboración de la guía (adaptado de NICE, 2001).⁸

Población diana es el grupo de pacientes al que se intentan aplicar las recomendaciones de la guía.⁷

Recomendaciones clave son las recomendaciones que responden a las principales preguntas clínicas que pretende cubrir la guía.

Revisión externa es el proceso en el que el borrador de la guía es analizado por expertos independientes antes de su publicación. Los comentarios recibidos de los revisores son discutidos por el grupo elaborador y como resultado se pueden hacer correcciones a la guía. Este proceso asegura la validez de la guía y aumenta la probabilidad de que los pacientes se beneficien de la misma.^{7, 8}

Test piloto es el proceso de pretest del borrador de la guía y la aplicación de sus recomendaciones en la práctica local antes de su publicación. Los problemas al utilizar la guía (ej. complejidad, falta de capacidades, barreras organizativas, reacciones negativas de los pacientes) se reflejan y discuten por el grupo elaborador lo cual conduce a modificaciones de la guía. Este proceso valora la validez y factibilidad de la guía final y aumenta la probabilidad de que la guía sea implementada con éxito en la práctica para el beneficio de los pacientes.^{7, 8}

Referencias

1. Field MJ and Lohr KN (eds). *Guidelines for clinical practice*. From Development to Use. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992.
2. The AGREE Collaboration. *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. www.agreecollaboration.org.
3. Users' Guides to the Medical Literature: *A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, edited by Gordon Guyatt, MD and Drummond Rennie, MD for the Evidence-Based Medicine Working Group. American Medical Association Press, 2001.
4. Woolf SH. *Practice guidelines: a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines*. Arch Intern Med 1992; 152: 946-952.
5. Lohr KN, Carey TS. *Assessing 'best evidence': issues in grading the quality of studies for systematic reviews*. Joint Comm J Qual Improvement 1999; 25: 470-479.
6. Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. *Consensus development methods, and their use in clinical guideline development*. Health Technology Assessment 1998; 2: Nº.3.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *SIGN 50: A guideline developers' handbook*. SIGN publication Nº. 50, 2001.
8. National Institute for Clinical Excellence. *Information for Stakeholders*. The Guideline Developmental Process Series Nº. 2. December 2001.
9. Grol R, Dalhuijzen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. *Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study*. BMJ, 1998. 317, 858-861.
10. Davis DA, Taylor-Vaisey A. *Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts*. CMAJ 1997; 157: 408-16.
11. Grol R, Wensing M, eds. *Implementatie: Effectieve Verandering in de Patiëntenzorg (Implementation: Effective Change in Patient Care)*. Maarssen: Elsevier, 2001.
12. Mäkelä M, Thorsen T, eds. *Changing Professional Practice: Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services, 1999.
13. Department of Health. *Working for patients*. London: HMSO, 1989.
14. Clarke, A & Dawson, D. *Evaluation Research*. London: Sage Publications Ltd; 1999.
15. Øvereit, J. *Evaluating Health Interventions*. Buckingham: Open University Press. 1998.

Bibliografía de las guías utilizadas para los ejemplos	Criterios
(16) Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. <i>Manejo del paciente con rectorragia</i> . Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano 2002. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 2	Criterio 1 Criterio 3 Criterio 8 Criterio 14 Criterio 16 Criterio 17
(17) <i>Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial</i> . Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2002	Criterio 2 Criterio 3 Criterio 4 Criterio 6 Criterio 18 Criterio 21 Criterio 22
(18) <i>Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care</i> , National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Section 3.2.3 Service users and carers, page 46. December 2002. Available at: www.nice.org.uk/pdf/CG1.fullguideline.pdf	Criterio 5
(19) Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2001. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 1	Criterio 14
(20) Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. <i>Guideline First-line Chemotherapy for Postoperative Patients with Stage II, III or IV Epithelial Ovarian Cancer, Fallopian Tube Cancer, or Primary Peritoneal Cancer</i> , 2002. www.ccopecbc.ca	Criterio 9
(21) Ejemplo de método de consenso utilizado en el National Collaborating Centre for Chronic Diseases (NCC-CC)	Criterio 10
(22) New Zealand Guidelines Group. <i>Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding</i> , 1998. www.nzgg.org.nz	Criterio 9 Criterio 11 Criterio 19 Criterio 20
(23) <i>Manejo de la Otitis media aguda en la infancia</i> . Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia/ Martín P y Ruiz-Canela J. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla, 2001	Criterio 11
(24) <i>Guía Práctica Clínica del Asma</i> . Documento Resumen. Comarca Gipuzkoa Este. 1999	Criterio 12 Criterio 15
(25) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) <i>Management of Stable Angina</i> . SIGN Publication 51, 2001. www.sign.ac.uk	Criterio 13
(26) Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. <i>Guideline Management of Ductal Carcinoma In Situ of the Breast</i> . Practice Guideline Report No. 1-10, 2002. www.ccopecbc.ca	Criterio 15
(27) Marín León I; Grilo Reina A; Calderón Sandubete E, en nombre del estudio CAMBIE. <i>Guía de práctica clínica basada en la evidencia para manejo de la angina inestable</i> . Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA); 1998	Criterio 23

Anexos

Apéndice 1. Miembros de AGREE que participaron en el desarrollo del Instrumento AGREE

Países	Personas	Organizaciones
<i>Países europeos</i>		
Dinamarca	Finn Kristensen, MD, PhD Pia Bruun Madsen Camilla Palmhøj-Nielsen	Danish Institute for Health Technology Assessment, Copenhagen
Inglaterra	Françoise Cluzeau, PhD Gene Feder, MD, FRCGP Claire Hunt, MSc Peter Littlejohns, MBBS, MD	St George's Hospital Medical School, London Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, University of London Institute of Psychiatry, London National Institute for Clinical Excellence (NICE), London
Finlandia	Marjukka Mäkelä, MD, PhD, MSc	Finnish Office for Health Care Technology Assessment, Helsinki
Francia	Anne Bataillard, MD Béatrice Fervers, MD Isabelle Durand-Zaleski, PhD Pierre Durieux, MD	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer Hôpital Henri Mondor, Cedez Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
Alemania	Günter Ollenschläger, MD, PhD	Agency for Quality in Medicine, Cologne
Italia	Roberto Grilli, MD	Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna
Holanda	Jako Burgers, MD, PhD Richard Grol, PhD Joost Zaat, MD, PhD Pieter ten Have, MD Kitty Rosenbrand, MD Niek Klazinga, MD, PhD	Centre for Quality of Care Research (WOK), University Medical Centre Nijmegen Dutch Institute for Healthcare Improvement CBO, Utrecht Academic Medical Centre, University of Amsterdam
España	José Asua, MD, PhD Rosa Rico-Iturriz, MD, MSc Albert Jovell, MD, PhD	Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Fundacio Biblioteca Josep Laporte, Barcelona
Escocia	Juliet Miller, MA, MBA Safia Qureshi, PhD	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Edinburgh
Suiza	Bernard Burnand, MD, MPH John-Paul Vader, MD, MPH	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne
<i>Otros países</i>		
Canada	Melissa Brouwers, PhD Steven Hanna, PhD George Browman, MD Jeremy Grimshaw, MB, PhD	McMaster University and Cancer Care Ontario, Hamilton Hamilton Regional Cancer Centre Ottawa Health Services Research Institute
Nueva Zelanda	Cindy Farquhar, MD, PhD Rod Jackson, PhD	New Zealand Guidelines Group, Auckland Effective Practice Institute, University of Auckland
Estados Unidos	Jean Slutsky	Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville

Apéndice 2. Cuestionario corto de evaluación

ALCANCE Y OBJETIVO

- | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 2. El(los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

- | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

- | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | Muy de acuerdo | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

APLICABILIDAD

19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

EVALUACIÓN GLOBAL

¿Recomendaría esta Guía para su uso en la práctica?

Muy recomendada	<input type="checkbox"/>
Recomendada (con condiciones o modificaciones)	<input type="checkbox"/>
No recomendada	<input type="checkbox"/>
No se sabe	<input type="checkbox"/>



AGREE

The AGREE Collaboration.
Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument
www.agreecollaboration.org
Enero 2003