

1era REUNIÓN NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

PLAN NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN



- Tema prioritario
- 148 GPC
- Participación de las Instituciones (SEMAR, DIF, PEMEX, IMSS, ISSSTE) excepto SEDENA.
- Convocatoria Nacional
- Participación del personal de la SIDSS sede Acapulco

Temas a desarrollar



- Evolución y perspectiva de las GPC en el Sistema Nacional de Salud
- Conflicto de Interés
- ¿Qué es Medicina Basada en evidencias?
- ¿Qué es una Guía de práctica clínica?
- Pregunta PICO
- Búsqueda sistemática de la información científica
- Documentos que se utilizan en la elaboración de las GPC Herramientas metodológicas para lectura crítica de los documentos e Instrumento AGREE II
- ADAPTE-GRADE

PRINCIPALES FUNCIONES COORDINADORES

- Capacitación sobre los tópicos esenciales para la realización de la actualización.
- Solicitud de entregables de acuerdo a tiempos asignados por los coordinadores.
- Supervisión y verificación de entregables sobre las actualizaciones con cada uno de los enlaces de las GPC asignadas.



EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE LAS GPC EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DR. ARTURO RAMÍREZ RIVERA
COORDINADOR SEDE CD MX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

ANTECEDENTES

- En México, se han publicado GPC por diferentes sociedades médicas e instituciones de salud
- 2006, no se contaba con modelo estandarizado para el desarrollo e implementación de GPC
- GPC de calidad heterogénea, basadas más en consenso de expertos que en evidencia científica
- 2007, surge el Programa Nacional de GPC
- El CENETEC coordina la integración sectorial de GPC

ANTECEDENTES

- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**
 - Artículo 41
 - Fracciones II, III y XI
- **Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica**
 - D.O.F. 13 junio 2008
- **Reglamento Interno del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica**
 - 21 integrantes Titulares
 - 5 Asesores Permanentes

Fuente: archivos CENETEC

ANTECEDENTES

- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**

- Artículo 41: Corresponde al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud:
- Fracciones
- **II** Establecer convenios y coordinar actividades con centros colaboradores de tecnologías para la salud donde participen instituciones del sector salud de la comunidad científica, académica y empresarial que tengan por objeto impulsar la modernización, innovación, excelencia y desarrollo de tecnologías para la salud apropiadas a las necesidades del país;
- **III** Establecer coordinación permanente con los organismos nacionales e internacionales dedicados a los dispositivos médicos, guías de práctica clínica, telesalud y evaluación de tecnologías en salud para el intercambio de información y participación continua;

ANTECEDENTES

- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**

- Artículo 41

- Fracciones

- **XI** Establecer en consenso con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la metodología para elaborar las guías de práctica clínica, promover y coordinar su integración, recopilarlas y difundirlas con el objeto de orientar la toma de decisiones de los prestadores y usuarios de servicios de salud;

ANTECEDENTES

- **Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica**
 - D.O.F. 13 junio 2008
- **Reglamento Interno del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica**
 - 21 integrantes Titulares
 - 5 Asesores Permanentes
- **Programa Sectorial de Salud 2020-2024**
 - **Acción puntual 2.3.5** Desarrollar y fortalecer manuales, protocolos, guías y prácticas para la atención integral, basadas en evidencia científica, para garantizar la calidad de los diferentes niveles de atención.

ANTECEDENTES



Fuente: archivos CENETEC



METODOLOGÍA

NUEVA CREACIÓN



Preparación

- Priorización
- Grupos de desarrollo

Desarrollo

- Adopción
- "De novo"

Publicación

- CMGPC

ACTUALIZACIÓN



MONITOREO



Criterios

- Evidencia científica
- Tiempo: 3 a 5 años

Tipos

- Total
- Parcial
- Sin cambios
- Retirada



REDES DE COLABORACIÓN

- **Nacional:**
 - Colegio de Medicina Interna de México A.C.
 - Academia Mexicana de Pediatría A.C. (AMP)
- **Internacional**
 - Centro Colaborador OPS/OMS

DIFUSIÓN

- Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC)



CMGPC

https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223

VISITAS
2023

3 554 894



DIFUSIÓN

- Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC)



CMGPC

https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223

VISITAS 2024

736 379



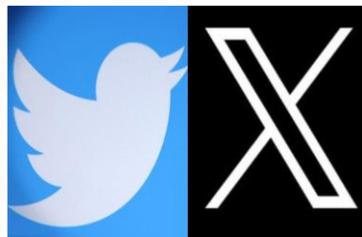
DIFUSIÓN Y DESIMINACIÓN

Diseminación:

- Redes sociales



Facebook



Twitter (X)



Foros en salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

RESULTADOS



CATÁLOGO MAESTRO

- ❖ Integrado por 810 GPC (61 vigentes)
- ❖ 90% refiere conocer las GPC
- ❖ *Percepción:*
 - ✓ mejoran la calidad de atención,
 - ✓ apoyan la toma de decisiones,
 - ✓ homologar la atención en salud, etc.
- ❖ 2012, apego <50%; 2014, apego 50% - 75%
- ❖ *Barreras:* Inercia de práctica previa, exceso trabajo, falta de tiempo, entre otros

CATÁLOGO MAESTRO

Categorías

Médica: 719

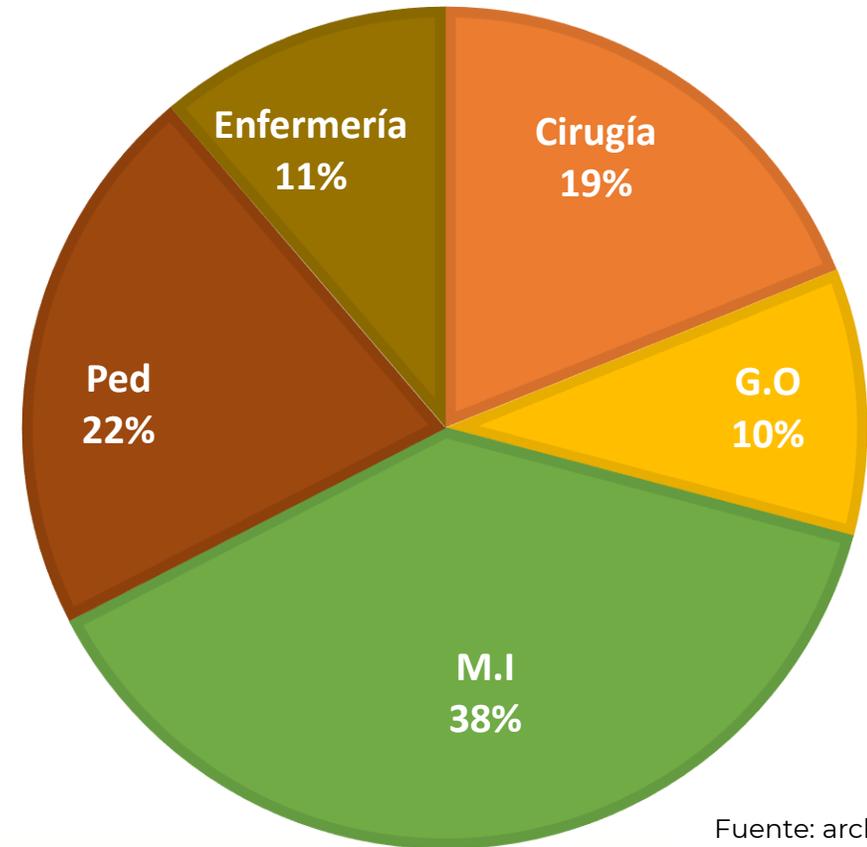
- Cirugía: 153
- Gineco-Obs: 83
- Med. Int.: 310
- Pediatría: 173

CMGPC
810

Enfermería: 91

CMGPC 810

■ Cirugía ■ G.O ■ M.I ■ Ped ■ Enfermería



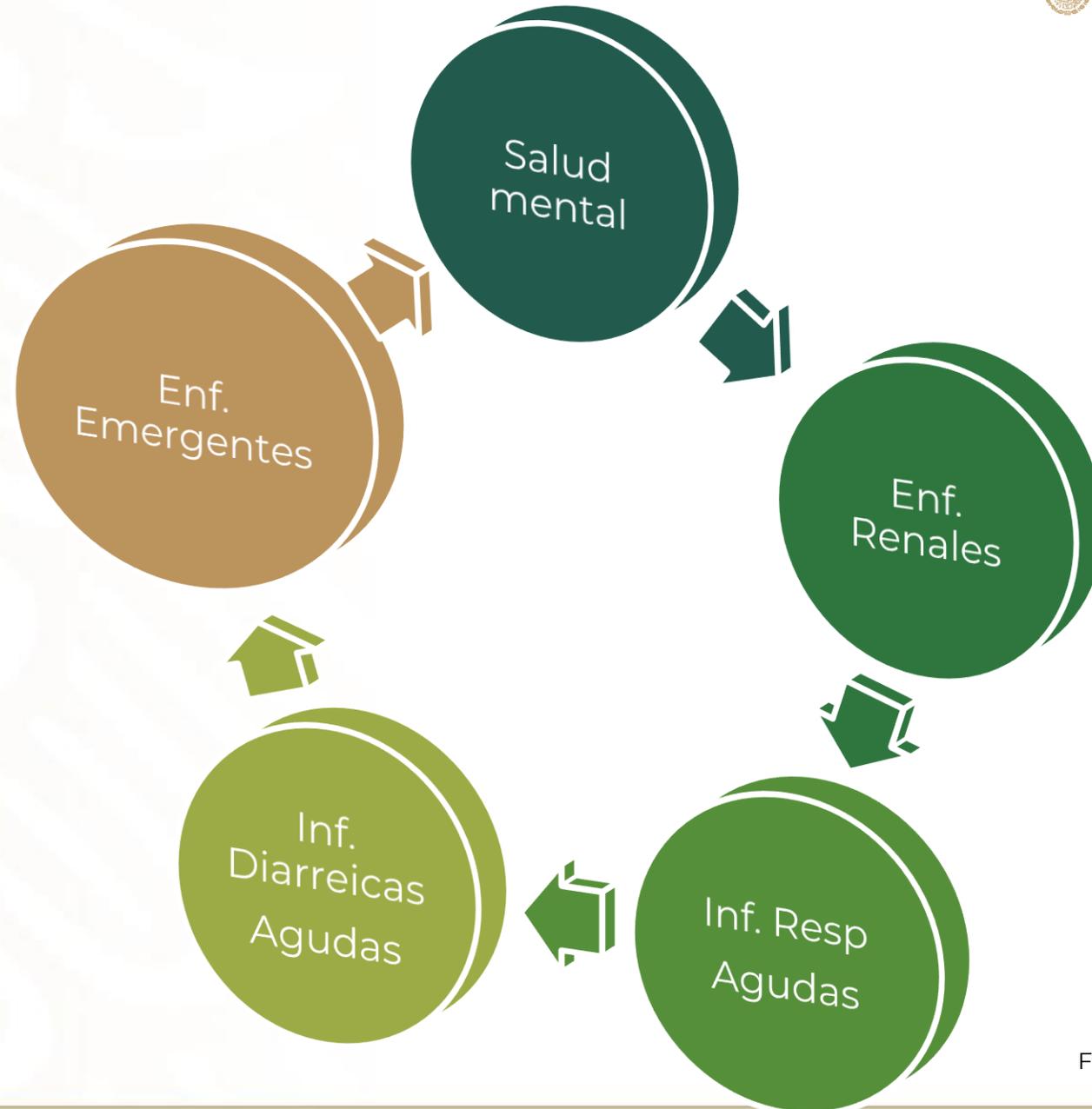
Fuente: archivos CENETEC

Universo prioritario
53 GPC



Fuente: archivos CENETEC

Universo prioritario
53 GPC



Fuente: archivos CENETEC

CONSULTA CATÁLOGO MAESTRO



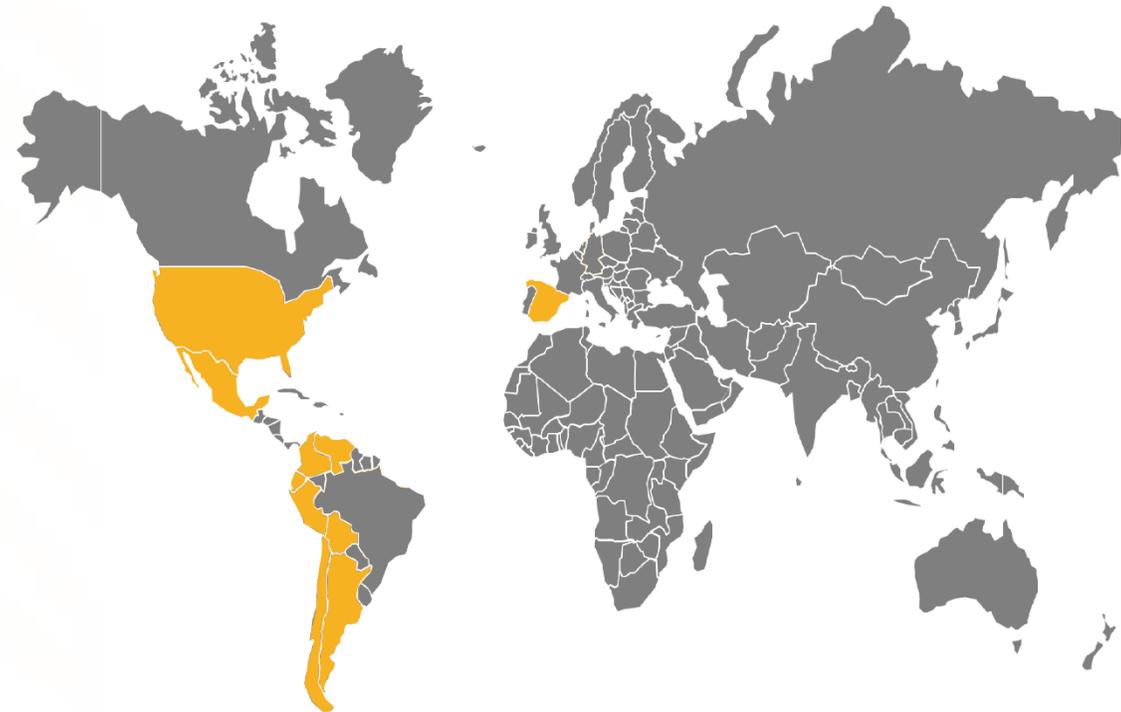
CONSULTA CATÁLOGO MAESTRO

1	CD MX
2	JALISCO
3	PUEBLA
4	NUEVO LEÓN
5	EDO. MX
6	CHIAPAS
7	YUCATÁN
8	SINALOA
9	OAXACA
10	ZAPOPAN



CONSULTA CATÁLOGO MAESTRO

1	México
2	Belice
3	Estados Unidos
4	Colombia
5	Canadá
6	Ecuador
7	Perú
8	Bolivia
9	España
10	Chile



PLAN DE ACTUALIZACIÓN 2024

- Regionalización del país de acuerdo a la epidemiología
- Aumentar el número de profesionales de la salud
- Disminuir el número de GPC por medio de la fusión
- Fortalecer la difusión del Catálogo Maestro de GPC

PLAN DE ACTUALIZACIÓN 2024

REGIÓN NORTE:

Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Durango, Sinaloa



REGIÓN CENTRO NORTE:

Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas.

REGIÓN CENTRO:

Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala

REGIÓN SUR:

Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán

PLAN DE ACTUALIZACIÓN 2024

- Actualizar 148 GPC en el SNS



PASOS A SEGUIR

- Continuar con la actualización de temas prioritarios en salud
- Mejora continua de la calidad metodológica y contenido de las GPC
- Fusionar las GPC que comparten temas afines
- Graduar todas las GPC con el sistema GRADE



GRACIAS

Arturo Ramírez Rivera
Médico Especialista CENETEC

Marina Nacional 60, piso 1, Col. Tacuba C.P. 11410, Alcaldía Miguel
Hidalgo, Cd Mx
Teléfono: (55) 63924300
arturo.ramirez@salud.gob.mx



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

C.D. MARIAN CRISTAL OCHOA YAÑEZ
COORDINADORA SIDSS SEDE ACAPULCO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Conflicto de intereses

Surgió a finales del siglo XIX, pero empezó a cobrar importancia hasta mediados del siglo XX.



Invención del cálculo

El inglés Sir Isaac Newton, entre 1665 y 1666 inventó el cálculo, lo llamó método de fluxiones y fluentes.

El alemán Goyttfried Wilhelm Leibniz publicó los primeros trabajos sobre el tema entre 1684 y 1686. Creó la notación de cálculo.

The Royal Society → Newton



Su auge se ha extendido en todos los ámbitos de nuestra vida.



¿QUÉ ES EL CONFLICTO DE INTERÉS?



Es el conjunto de circunstancias que dan lugar al riesgo de que las acciones o el juicio profesional acerca de un interés principal estén indebidamente influidos por un interés secundario.

¿Cuándo se produce un conflicto de interés?

En aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea éste un beneficio financiero, de prestigio o de promoción personal o profesional, propio o de un familiar.



En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud, se pueden considerar seis tipos de interacciones financieras.





1. Recibir apoyo para acudir a reuniones o congresos (inscripciones, becas de viaje, entre otros).



2. Cobrar honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.

3. Recibir financiamiento de programas educativos o actividades de formación o capacitación.





4. Recibir apoyo o financiamiento para una investigación.





5. Ser consultor para una compañía farmacéutica.



6. Ser accionista o tener intereses económicos en una compañía farmacéutica.



Tipos de Conflicto de Interés potencial

- Personales



- No personales



Personales



- Honorarios
- Beneficios personales

No personales



- Financiamiento que beneficia al departamento o unidad bajo responsabilidad directiva de un miembro del grupo, sin que éste lo reciba personalmente.
- Ayudas económicas para crear una unidad o departamento, el apoyo financiero para la contratación de personal en dichas unidades, o el financiamiento de la investigación en la unidad.

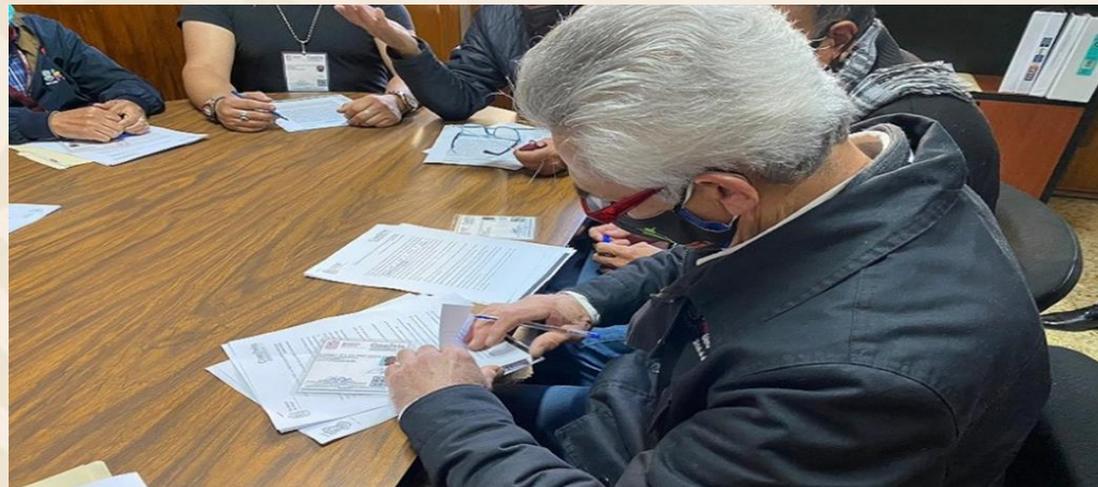


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Todos los expertos que prestan servicio como consultores deben revelar toda circunstancia que pueda representar un conflicto de interés potencial.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Todo interés que pudiera afectar, o que pueda percibirse como susceptible de afectar, la objetividad y la independencia del experto.



Responder sí a una de las preguntas del formulario no implica automáticamente la descalificación o limitación de la participación en una actividad.

Las respuestas deben ser revisadas para determinar si tiene un conflicto de interés en relación con el tema en cuestión.





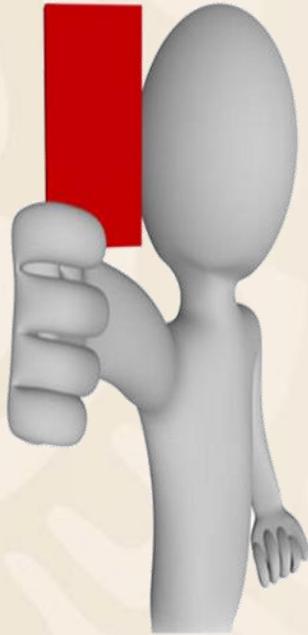
Dependiendo de las circunstancias (como la naturaleza y magnitud del interés, los plazos y duración del interés, entre otros), se podrán aplicar algunas medidas.



➤ Permitir su plena participación, divulgación previa pública de su interés.



- Determinar una exclusión parcial (se le excluirá de la parte de la reunión o el trabajo relacionada con el interés declarado, así como del proceso de decisión correspondiente).



- **Determinar la exclusión total (no podrá participar en ninguna reunión o trabajo).**

Bibliografía:

1. Dal-Ré, Rafael. 22. Los conflictos de intereses en el desarrollo de las guías de práctica clínica. En Dal-Re, R; Carné, X; Gracia, D. Luces y sombras en la investigación clínica. Madrid: Triacastela; Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013. Disponible en <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/4449156/cap22.pdf/ca563eb6-6782-4f19-86c3-a4a2f9633bd4?t=1420655377000> (Consulta 14 de junio de 2023)
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de intereses para los expertos de la OMS. [24 de septiembre de 2014] Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ethics/doifrmsp_wlogo_blank.pdf?sfvrsn=799d694_6&download=true (consulta 14 de junio de 2023)
3. Sociedad Española de Reumatología. Declaración de conflicto de intereses. Adaptado del Manual de Elaboración de GPC en el SNS. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - I+CS; 2007. 143 pp. (Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS; n° 2006/1). Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html> (14 Nov 2013)
4. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [\[http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo\]](http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo)
5. Anexo 5. Declaración de intereses. En Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Disponible en https://secardiologia.es/images/stories/registros/recalar/Anexo_5_-_Declaracion_de_interesesok.pdf (14 de mayo de 2023)



Gracias, en un momento les enviaré mi cuenta para su aportación.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD



C.D. Marian Cristal Ochoa Yañez
Verificador Sanitario SIDSS

Av. Costera Miguel Alemán 276, Caja G
Hornos, Acapulco de Juárez, Guerrero, C.P. 39355
Teléfono: (55) 5090 3600

¿Qué es Medicina Basada en Evidencia?

Lic. Pamela Sarahi Noyola Toscano
COORDINADORA SIDSS SEDE ACAPULCO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

¿Qué es la Medicina Basada en Evidencia?

La Medicina Basada en Evidencia es una corriente metodológica de razonamiento que pretende unir la experiencia clínica al método científico, incluyendo en la toma de decisiones los valores del paciente, haciendo uso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones.



¿Cuándo se inicia la Medicina Basada en Evidencia?

- La expresión 'medicina basada en la evidencia' (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt. y se inicia en 1992, en la McMaster University de Ontario Canadá.



Medicina Basada en Evidencia en México



DECRETO por el que se reforma el artículo 32 de la Ley General de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de junio de 2016.

- **Artículo Único.-** Se reforma el artículo 32 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:
- **Artículo 32.** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud .
- Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las **Guías de Práctica Clínica** y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.



La utilidad de la Medicina Basada en Evidencia



En la Práctica Clínica el personal requiere de tomar decisiones firmemente fundamentadas en pruebas científicas.

Por tanto, la Medicina Basada en Evidencia trata de mejorar la calidad de la información sobre la cual se basan las decisiones.

A través de la investigación se aplican los procedimientos del método científico a la solución de problemas.

Los tipos de investigación aceptados y aplicables son los siguientes:

- Descriptiva
- Analítica
- Experimental

Pirámide de la Evidencia

Son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para guiar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones.



Ventajas de la Medicina Basada en Evidencia

Para el Médico

- Actualiza sus conocimientos
- Mejora la comprensión del método científico
- Incrementa su capacidad en la búsqueda y análisis de la información científica.
- Motiva la investigación científica
Estimula la elaboración y aplicación de las guías de práctica clínica.



Para el Paciente

- Mejora la comunicación Médico Paciente.
- Participa en la toma de decisiones.
- Atención Médica Integral, actualizada y documentada.

Propósito de la Medicina Basada en Evidencia (MBE)

La Medicina Basada en Evidencia busca que todo el personal que interviene en las ciencias de la salud, reflexione en todas las decisiones a tomar ante una misma o diferente problemática de salud que presente un paciente o un grupo de pacientes buscando dar soluciones con experiencia y bases científicas.





Lic. Pamela Sarahi Noyola Toscano
Psicóloga Clínica.

Av. Costera Miguel Alemán 276, Caja G
Hornos, Acapulco de Juárez, Guerrero, C.P. 39355
Teléfono: (55) 5090 3600
pamela.noyola@salud.gob.mx

Guías de Práctica Clínica

Dr. Irán Pierre Trani Astudillo
COORDINADOR SIDSS SEDE ACAPULCO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Guías de Práctica Clínica

Las GPC son documentos que emiten recomendaciones **basados en evidencia científica** para la prevención, diagnóstico o tratamiento de las principales enfermedades en nuestra población.



Comité Nacional de GPC



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

CSG
COMANDO EN JEFE FUERZAS
ARMADAS



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PEMEX
POR EL REGALO DE LA SOBRIANÍA

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LAS FAMILIAS



Delimitación de la GPC

1. Categoría

- Enfermedades
- Proceso de atención

2. Alcance

- 1er nivel de atención
- 2° nivel de atención
- 3er nivel de atención

3. Objetivo específico

- Prevención
- Detección
- Diagnóstico
- Tratamiento



Justificación

Objetivo principal: Cerrar la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud y los pacientes¹. Se deben utilizar para fortalecer los sistemas con el propósito de²:

1. Definición de modelos de atención (MAS-Bienestar).
2. Disminuir la variabilidad.
3. Contención del gasto en salud.
4. Apoyar en los procesos de educación médica.
5. Establecer prioridades en salud.



1. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/carrusel/descargas/METODOLOGIA_GPC.pdf
2. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49145>

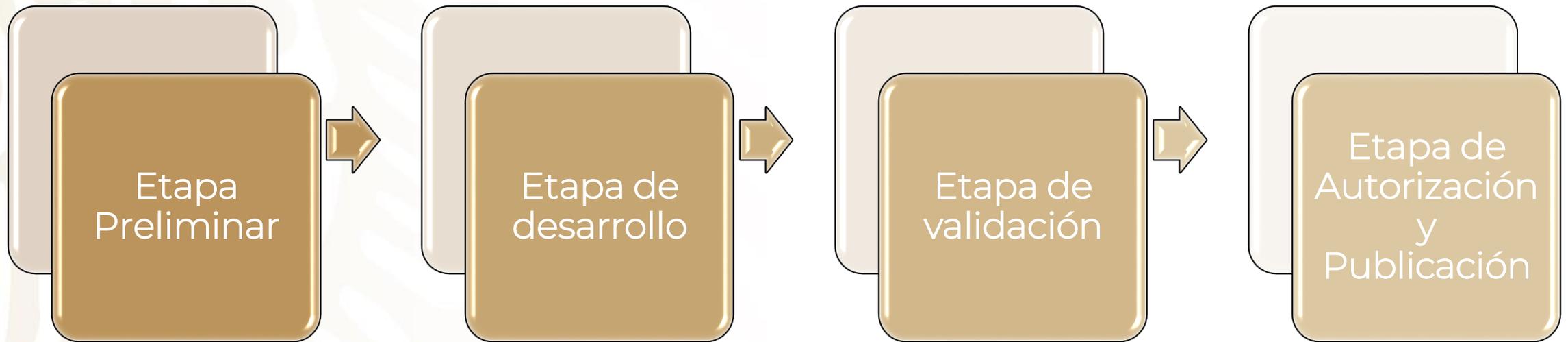
Propósito de las GPC

Ofrecer

Fortalecer

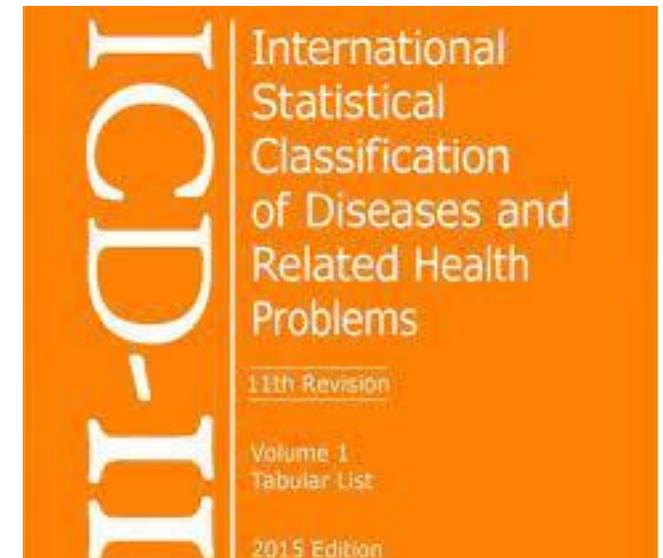
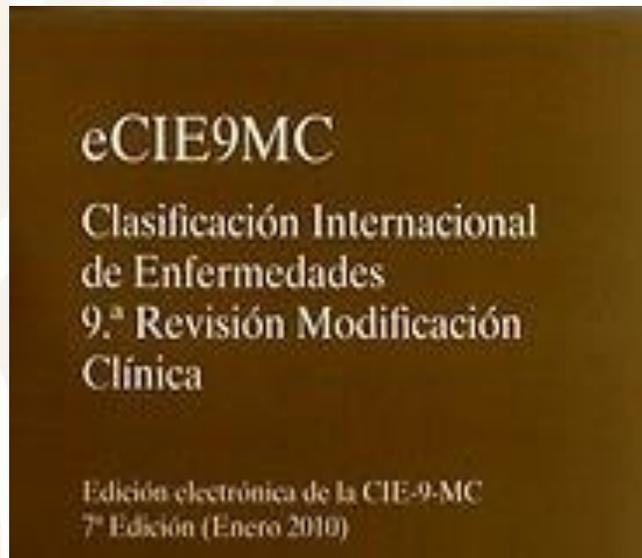
Contribuir

Proceso de integración



Clasificación Internacional de Enfermedades

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es una herramienta **para registrar, informar y agrupar condiciones y factores que influyen en la salud**. Contiene categorías de enfermedades, afecciones relacionadas con la salud y causas externas de enfermedad o muerte.



Categorías CIE - 10

1. Enfermedades.
2. Traumatismos.
3. Envenenamientos.
4. Signos y síntomas.
5. Hallazgos clínicos y de laboratorio.
6. Causas externas de accidentes y lesiones.
7. Otros motivos de consulta.

Reglas para codificar morbilidad

- Se identifica y codifica la enfermedad.
- Si son varias enfermedades se codifica afección principal.
- Si no se ha logrado diagnosticar una enfermedad, se codifica el signo, síntoma o hallazgo de laboratorio más relevante.
- Impresión diagnóstica se codifica como “sospecha de...”
- Uso de códigos dobles: Sistema de daga (+) y asterisco(*)).

Referencias

1. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/carrusel/descargas/METODOLOGIA_GPC.pdf
2. DOF: 13/06/2008. ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5044767&fecha=13/06/2008#gsc.tab=0
3. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49145>
4. Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. —10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, 1995. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>



Dr. Irán Pierre Trani Astudillo

Jefe de Departamento SIDSS

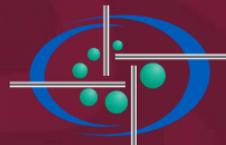
Av. Costera Miguel Alemán 276, Caja G
Hornos, Acapulco de Juárez, Guerrero, C.P. 39355
Teléfono: (55) 5090 3600
iran.trani@salud.gob.mx

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

DR. MIGUEL PATIÑO GONZALEZ
COORDINADOR CENETEC SEDE CD MX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

Objetivos.

- Definir el termino evidencia.
- Definir Medicina basada en evidencia (MBE).
- Definir que es una Guía de Práctica Clínica (GPC) y sus alcances.
- Elaboración de preguntas estructuradas (PICO)

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

¿QUÉ ES EVIDENCIA?

- Conocimiento científico documentado.
- Hecho susceptible de ser repetido y producir resultados predecibles y cuantificables.
- Relación causa-efecto demostrada.

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

DEFINICIÓN DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA (MBE)



En 1990 Gordon Guyatt adopta el termino MBE y lo definió como:

“El proceso cuyo objetivo es obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana”.

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

DEFINICIÓN DE UNA GPC

“Serie de **recomendaciones** desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de **decisiones informadas** sobre la atención sanitaria más apropiada, la elección de las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el enfoque de un problema de salud o un **cuadro clínico específico**”

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

ALGUNOS OBJETIVOS DE UNA GPC

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a los pacientes.

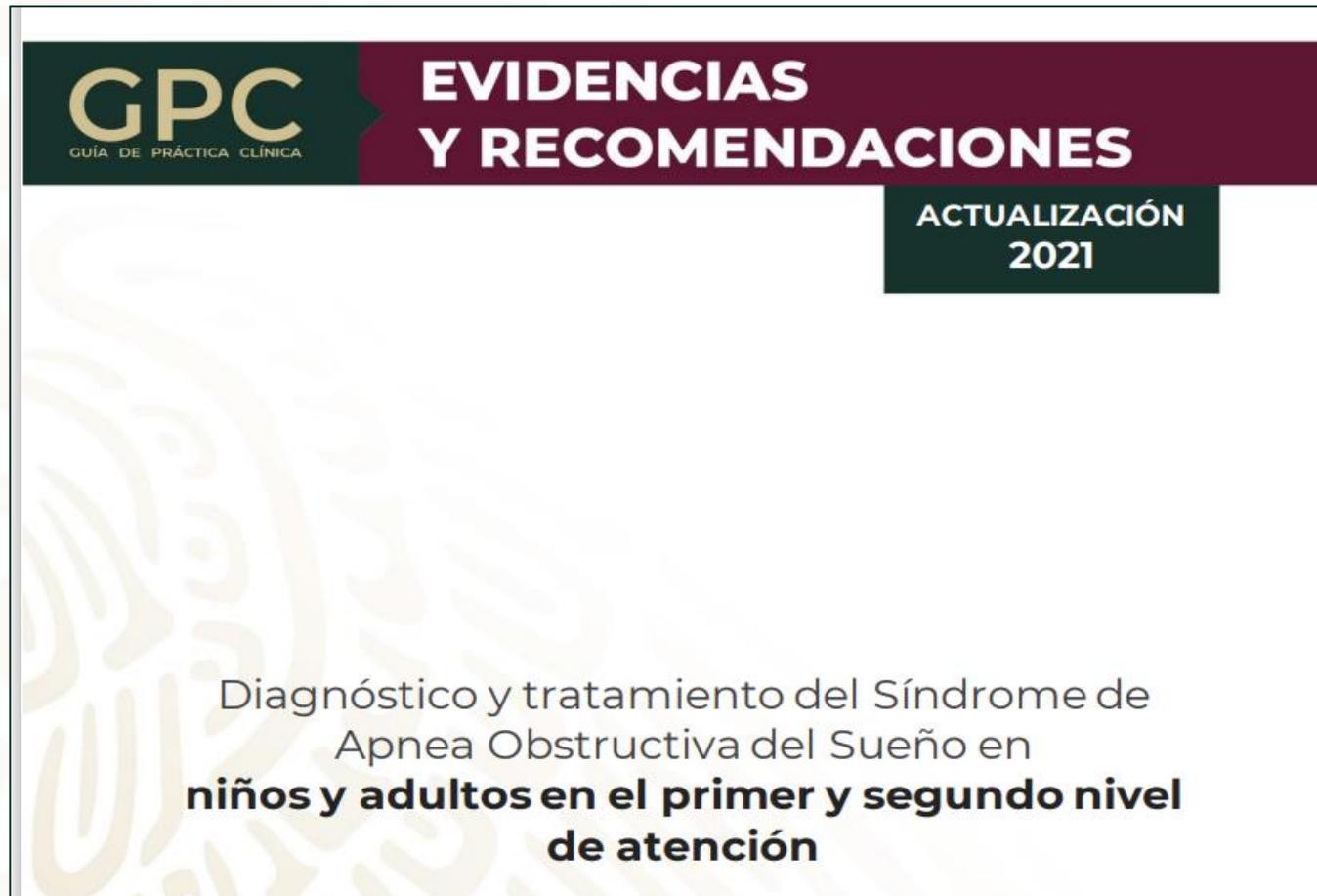
Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

ASPECTOS A CUBRIR	POBLACIÓN DIANA	Características de la población incluida en la GPC: grupo de edad, sexo, patología o condición clínica abordada, gravedad de la misma y presencia o no de comorbilidades.
	ASPECTOS CONTEMPLADOS EN LA GPC	Especificar si son preventivos, diagnósticos, de tratamiento, etc.
	OBJETIVOS	Que se pretende obtener al realizar la GPC.
	ÁMBITO O CONTEXTO	Ámbito de aplicación de la GPC: Atención Primaria, Especializada o ambas, otras modalidades asistenciales, o relaciones con otros ámbitos.
	OTROS ELEMENTOS	Detallar si la guía incluye algoritmos diagnóstico-terapéuticos, material de apoyo o indicadores de calidad.

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

ASPECTOS A CUBRIR	ASPECTOS NO CUBIERTOS POR LA GPC	<p>Especificar claramente aquellas áreas que no son abordadas por la guía.</p>
	USUARIOS FINALES A LOS QUE VA DIRIGIDA LA GPC	<p>Especificar los principales usuarios a los que va dirigida la guía.</p>

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.



“Título”.

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

Introducción.

- Definición del problema
 - Epidemiología
 - Fisiopatología
 - Factores de riesgo
 - Cuadro clínico.

Definición y alcance de una Guía de Práctica Clínica.

Justificación.

- Magnitud
- Trascendencia
 - Impacto
 - Beneficio
 - Utilidad
- Novedad del tema

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

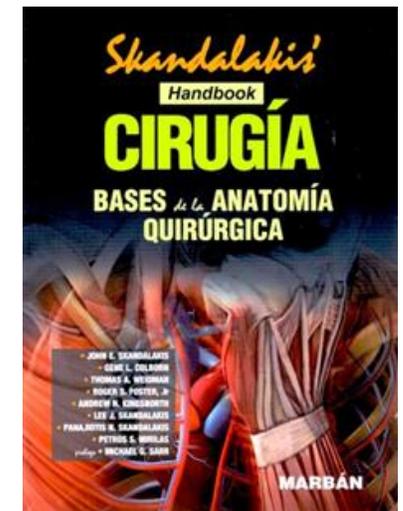
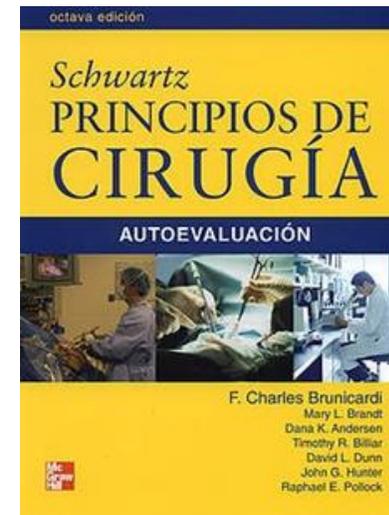
Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

PREGUNTAS FUNDAMENTALES (BACKGROUND)

¿Cuál es el tratamiento de la apendicitis aguda?

Son:

- *Genéricas.*
- *Guardan relación con las bases del conocimiento clínico establecido y aceptado.*



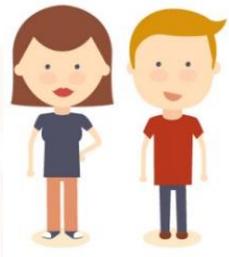
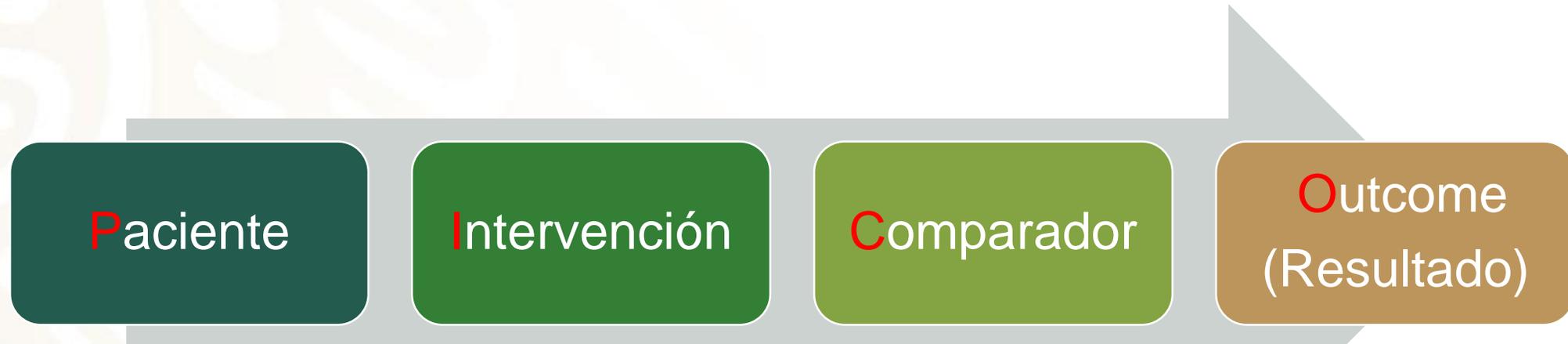
Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

PREGUNTAS DE PRIMER PLANO (FOREGROUND).

- Preguntas estructurada
 - Específica.
 - Aluden a un aspecto concreto de una situación clínica.
 - Frecuentemente se encuentran en el límite de lo conocido o en proceso de revisión o discusión.



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

Paciente

- ¿Cómo describiría al grupo de pacientes o población de interés?
- Ejemplos: edad, sexo, estadio de la enfermedad, comorbilidades, escenario, etnia, estatus socio económico, área geográfica

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

Intervención

- ¿Que se va a evaluar?
- Ejemplos: Tratamiento, factor de riesgo, estilo de vida, **dispositivo**, prueba diagnóstica, prueba de cribado, procedimientos, exposición

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

Comparador

- ¿Qué alternativa u opción diferente se quiere comparar con la intervención?
- Ejemplo: placebo, tratamiento estándar, no intervención, variación de la intervención

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

Outcome (Resultado)

- ¿Qué se está tratando de lograr, medir, mejorar?
- Ejemplos: mortalidad, efectos adversos, eficacia, pronóstico, sensibilidad, especificidad
- Considerar variables tanto favorables como desfavorables
- *Evitar en lo posible resultados indirectos. Ejemplo: resultados de estudios de laboratorio o gabinete*

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

IDENTIFICACIÓN DE UNA SITUACIÓN CLÍNICA

Aspiración de secreciones oro/faríngeas en el recién nacido.



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

P

• *Recién nacidos sanos*

I

• *Aspiración oro/nasofaríngea*

C

• *No aspiración oro/nasofaríngea*

O

• *Reanimación neonatal*

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

En recién nacidos sanos la aspiración oro/nasofaríngea comparada con la no aspiración oro/nasofaríngea, ¿Modifica el riesgo de requerir reanimación neonatal?



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

IDENTIFICACIÓN DEL MEJOR TIPO DE ESTUDIO CIENTÍFICO PARA CONTESTAR LA PREGUNTA

Pregunta orientada a:	Tipo de estudio	Ejemplo
Diagnóstico	Corte transversal / Prueba diagnóstica	
Pronóstico / Riesgo / Etiología	<i>Cohorte/Casos y controles</i>	
Prevención / Tratamiento	Ensayo clínico aleatorizado controlado (ECA) / Revisión sistemática (RS) / Metanálisis (MA)	P. Recién nacido sano I. Aspiración oro/nasofaríngea C. No aspiración oro/nasofaríngea O. Reanimación neonatal

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

BÚSQUEDA SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA

PubMed.gov | Ononasopharyngeal Suction born Infants | Search

Advanced | Create alert

Save | Email | ... | Sorted by: Best match

MYNCBI FILTERS | 4 results

Filters applied: Randomized Controlled Trial. Clear all

RESULTS BY YEAR

1992 | 2014

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Randomized Controlled Trial
- Review
- Systematic Reviews

PUBLICATION DATE

Did you mean *oro nasopharyngeal suction born infants* (1 results)?

- Effect of oronasopharyngeal suction on arterial oxygen saturation in normal, term infants delivered vaginally: a prospective randomised controlled trial.**
Modarres Nejad V, et al. *J Obstet Gynaecol* 2014 - *Clinical Trial*. PMID 24911034
Oronasopharyngeal suction (ONPS) with a **suction** bulb at birth is a traditional practice in the initial management of healthy **infants** in Iran and many other countries. The purpose of this study was to compare the effects of **ornasopharyngeal suction (ONPS)** with those of no **suction** in normal, term newborns delivered vaginally. ...
Cite | Share
- Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: a prospective randomised controlled trial.**
Gungor S, et al. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005 - *Clinical Trial*. PMID 16171488
This prospective randomised controlled trial aimed to compare the effects of **ornasopharyngeal suction** with those of no **suction** in normal, term and vaginally **born infants** and was performed at a Turkish tertiary hospital from June 2003 to January 2004. ...The maximum time to reach SaO₂ of >or= 92% (6 vs. 11 min) and >or= 86% (5 vs. 8 min) were shorter in the no **suction** group (P < 0.001)....
Cite | Share
- Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalent trial.**
Kelleher J, et al. *Lancet* 2013 - *Clinical Trial*. PMID 23739521
BACKGROUND: Wiping of the mouth and nose at birth is an alternative method to **ornasopharyngeal suction** in delivery-room management of neonates, but whether these methods have equivalent effectiveness is unclear. ...INTERPRETATION: Wiping the nose and mouth has equivalent efficacy to



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 45: 453–456

Short Communication

Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: A prospective randomised controlled trial

Sadettin GUNGOR,¹ Ertan TEKSOZ,² Temel CEYHAN,¹ Ercan KURT,² Umit GOKTOLGA¹ and İskender BASER¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, and ²Department of Anesthesiology and Reanimation, Gulhane Military Medical Academy and Medical School, Ankara, Turkey

Ensayo clínico aleatorizado prospectivo.

Objetivo: evaluar la efectividad de la succión oro / nasofaríngea posparto versus no succión.

Población: recién nacidos a término sanos nacidos por vía vaginal con líquido amniótico claro. 70 participantes en el grupo de succión y 70 en el grupo de no succión.

Intervención: succión oro / nasofaríngea inmediatamente después del parto utilizando un tubo de polietileno estéril.

Comparador: grupo sin succión con limpieza con gasa de cualquier materia visible a nivel oral.

Resultado (Outcome): Necesidad de reanimación.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
Generación de la secuencia de aleatorización. (Sesgo de selección)	BAJO	Aleatorización generada por computadora.
Ocultamiento de la secuencia de aleatorización. (Sesgo de selección)	BAJO	Utilizaron sobres sellados que contenían el grupo al que correspondía el participante.
Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio. (Sesgo de realización)	ALTO	Estudio abierto (no enmascarado).
Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados. (Sesgo de detección)	ALTO	No enmascarado.
Datos de los restados incompletos. (Sesgo de desgaste) Pérdida > 20% de los participantes.	BAJO	Se reportaron todos los resultados de los participantes.
Descripción selectiva de los resultados. (Sesgo de selección descriptiva de los resultados)	BAJO	El resultado especificado fue reportado.
Riesgo de Sesgo:	BAJO	

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA

ENSAYO CLÍNICO

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 45: 453–456

Short Communication

Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: A prospective randomised controlled trial

Sadettin GUNGOR,¹ Ertan TEKSOZ,² Temel CEYHAN,¹ Ercan KURT,² Umit GOKTOLGA¹ and İskender BASER¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, and ²Department of Anesthesiology and Reanimation, Gulhane Military Medical Academy and Medical School, Ankara, Turkey



- Análisis estadístico.
 - Variable: Cualitativa dicotómica nominal (reanimación o no).
 - Muestras no relacionadas (2 grupos).
 - Análisis estadístico: Chi Cuadrada (Prueba exacta de Fisher).

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA

ENSAYO CLÍNICO

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 45: 453–456

Short Communication

Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: A prospective randomised controlled trial

Sadettin GUNGOR,¹ Ertan TEKSOZ,² Temel CEYHAN,¹ Ercan KURT,² Umit GOKTOLGA¹ and İskender BASER¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, and ²Department of Anesthesiology and Reanimation, Gulhane Military Medical Academy and Medical School, Ankara, Turkey

- Participantes del grupo de succión oro/nasofaríngea que requirieron reanimación: 0 de 70.
- Participantes del grupo de no succión que requirieron reanimación: 0 de 70.
- Diferencia de medias: 0, IC 95% -0.3 a 0.3; **$p < 0.05$** .



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

“ $p < 0.05$ = es significativo”



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

p = medida de probabilidad de que la diferencia de resultados se deba o no al azar.

< 0.05 el resultado no se debe al azar.

Comparando



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

- **Intervalo de confianza (IC):** marca los límites entre los que estaría el valor obtenido en un experimento 95 ocasiones de 100.

– Diferencia de riesgo: 0, IC 95% -0.3 a 0.3; $p < 0.05$.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA

ENSAYO CLÍNICO

Diferencia de medias: 0,
IC 95% -0.3 a 0.3; $p < 0.05$



El estudio no encontró diferencias en el riesgo de requerir reanimación neonatal entre los grupo de succión oro/nasofaríngea y el grupo de no succión.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA ENSAYO CLÍNICO

- **Fortalezas.**

- Bajo riesgo de sesgo.
- Análisis estadístico adecuado.

- **Limitaciones.**

- Un solo estudio.
- Pocos participantes (140).
- Sin ningún evento buscado en ambos grupos (necesidad de reanimación neonatal).
- IC que incluye el valor nulo de la Diferencia de Riesgo.

¿Con estos datos decidirían si aspirar o no a los recién nacidos para disminuir el riesgo de reanimación neonatal?

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth (Review)

Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG

- **Objetivo:** evaluar el efecto de la succión de rutina oro/nasofaríngea en comparación con ninguna succión en mortalidad y morbilidad en recién nacidos con y sin líquido amniótico teñido de meconio.
- **Población:** 1898 participante en el grupo de succión y 1893 participantes en el grupo de no succión.
- **Intervención:** Succión orofaríngea o nasofaríngea de rutina o ambas al nacimiento.
- **Comparador:** ninguna succión al nacimiento.
- **Resultado (Outcome):** Necesidad de reanimación (intubación endotraqueal u oxígeno suplementario o compresiones torácicas o adrenalina) en la sala de partos.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

Diferencia de riesgo : -0.01, IC 95% -0.03 a 0; I cuadrada 0% y $p = 0.5$.



Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth
(Review)

Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG

La evidencia disponible en este estudio no apoya ni refuta la succión rutinaria oro/nasofaríngea como una terapia que disminuya el riesgo de reanimación neonatal.

- Calidad metodológica por AMSTAR 2 (incluye el análisis estadístico): Alta.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

No se recomienda realizar de manera rutinaria aspiración naso/orofaríngea en recién nacidos sanos.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

¿CUANTAS PREGUNTAS DEBE INCLUIR UNA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA?

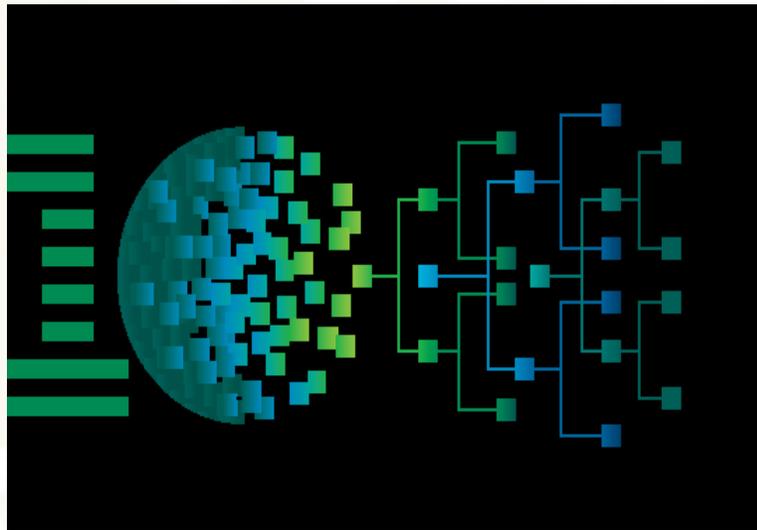
Responder de 12 a 15 preguntas toma un tiempo aproximado de 10 a 18 meses.

Se sugiere realizar 15 preguntas con un máximo de 20.



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

¿CUANTOS Y CUALES RESULTADOS DEBEN SER EVALUADOS EN UNA PREGUNTA ESTRUCTURADA?



Los niños de madres que consumieron cocaína durante el embarazo y que comienzan la educación primaria ¿tiene mayor riesgo de problemas de aprendizaje?			
P	I	C	O
Niños de 6 años	Madre que consumió cocaína en el embarazo	Madre que no consumió cocaína en el embarazo	Nivel cognitivo por escala validada Abandono escolar Alteraciones en el desarrollo psicomotor

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES ESTE RESULTADO?

Clasificar los resultados.

- Críticos para la toma de decisiones (7-9).
- Importantes pero no críticos para la toma de decisiones (4-6).
- Baja importancia (1-3).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Menos importante								Más importante
De importancia limitada para la toma de decisiones (no incluidos en el perfil de evidencia)			Importante, mas no crítico para la toma de decisiones (incluidos en el perfil de evidencia)			Críticos para la toma de decisiones (incluidos en el perfil de evidencia)		

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

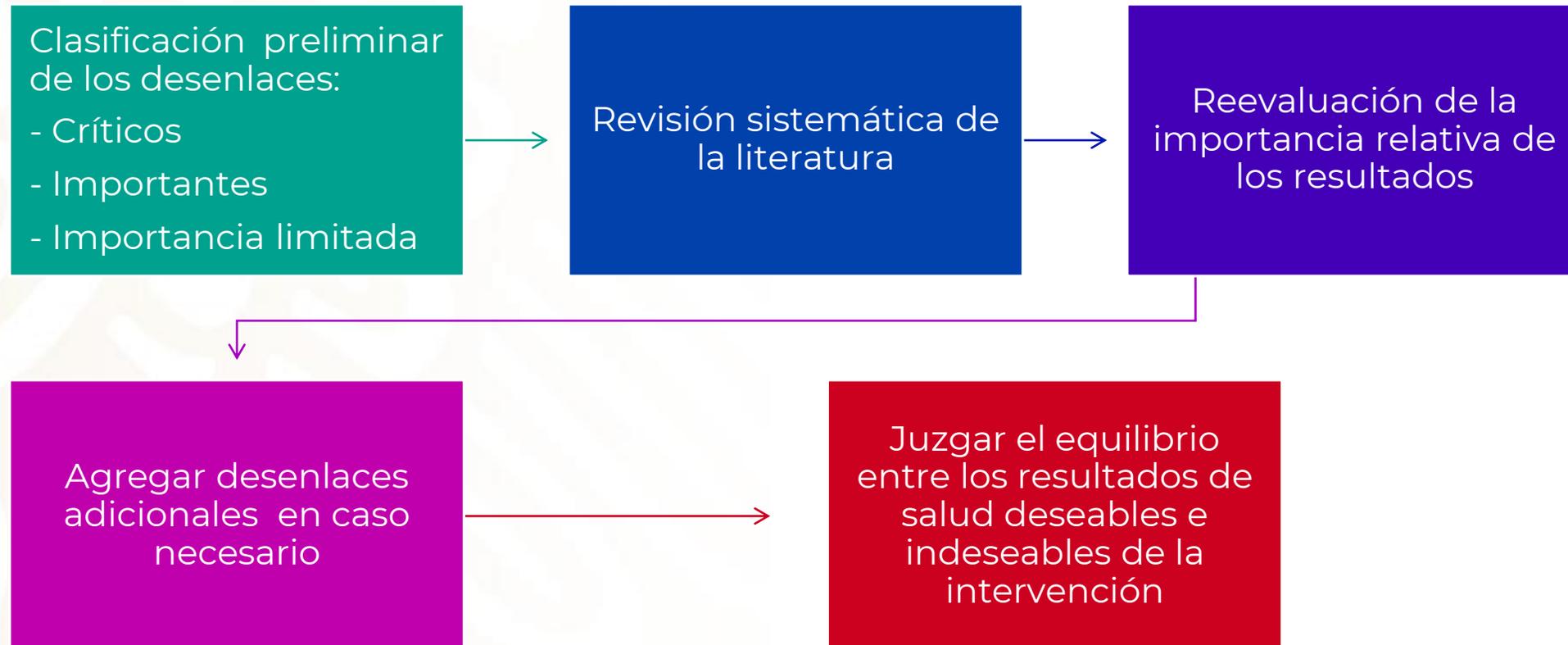
30 LECTURA CRÍTICA DE LA EVIDENCIA CLÍNICA

TABLA 3-3 Ejemplo de la importancia de los desenlaces clínicos en la artritis reumatoide con el uso de un fármaco biológico

Desenlaces clínicos	Importancia (1-9)
<i>Críticos para la decisión (7-9)</i>	
Muerte	9
Efectos adversos graves (infecciones graves, tuberculosis, linfomas, anafilaxia, etc.)	8
Retiradas del estudio por efectos adversos	8
Mejoría del 50% (ACR 50) en un conjunto predefinido de síntomas y reactantes	8
Puntuación de actividad de la enfermedad (DAS)	8
Calidad de vida relacionada con la salud (HAQ)	7
<i>Importantes, pero no críticos para la decisión (4-6)</i>	
Cambios radiológicos	4
<i>No importantes para el paciente o la decisión (1-3)</i>	
Reactantes de fase aguda (solos)	3
Mejora del 20% (ACR 20) en el conjunto predefinido de síntomas y reactantes	2

Nota: el ACR 50 es una variable que significa que el paciente alcanza una mejoría de un 50% en la puntuación de un desenlace «compuesto» que incluye el número de articulaciones sensibles o inflamadas y otros resultados, como el dolor y la discapacidad. El ACR 20 produce una mejora del 20% con respecto a los mismos ítems del ACR 50. El DAS es una variable «compuesta» por una medida de dolor articular, un índice de inflamación en 44 articulaciones, la velocidad de sedimentación globular y la valoración de la actividad por el paciente. El HAQ es un cuestionario estándar de calidad de vida que evalúa diferentes dimensiones, como discapacidad, dolor, eventos adversos, costos y mortalidad.
 Modificado de Ruiz García V, Jobanputra P, Burls A, Cabello JB, Vela Casasepère P, Bort-Martí S, et al. Certolizumab pegol (CDP870) for rheumatoid arthritis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD007649.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

VENTAJAS DE FORMULAR LAS PREGUNTAS CLÍNICAS ESTRUCTURADAS EN FORMATO PICO

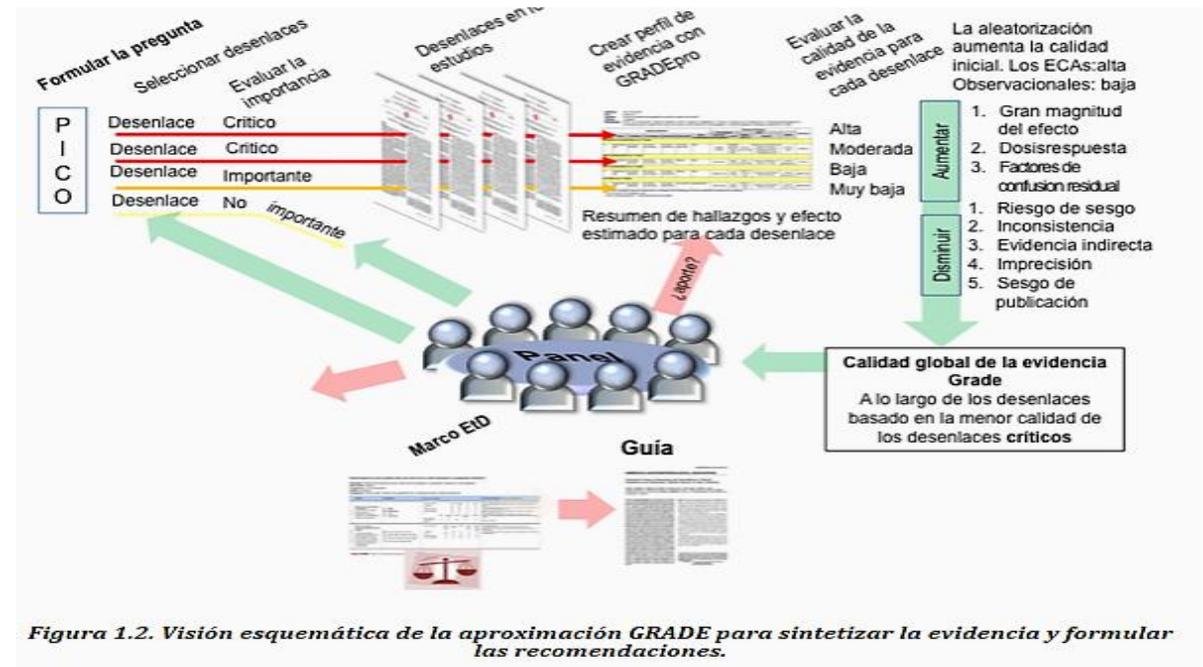
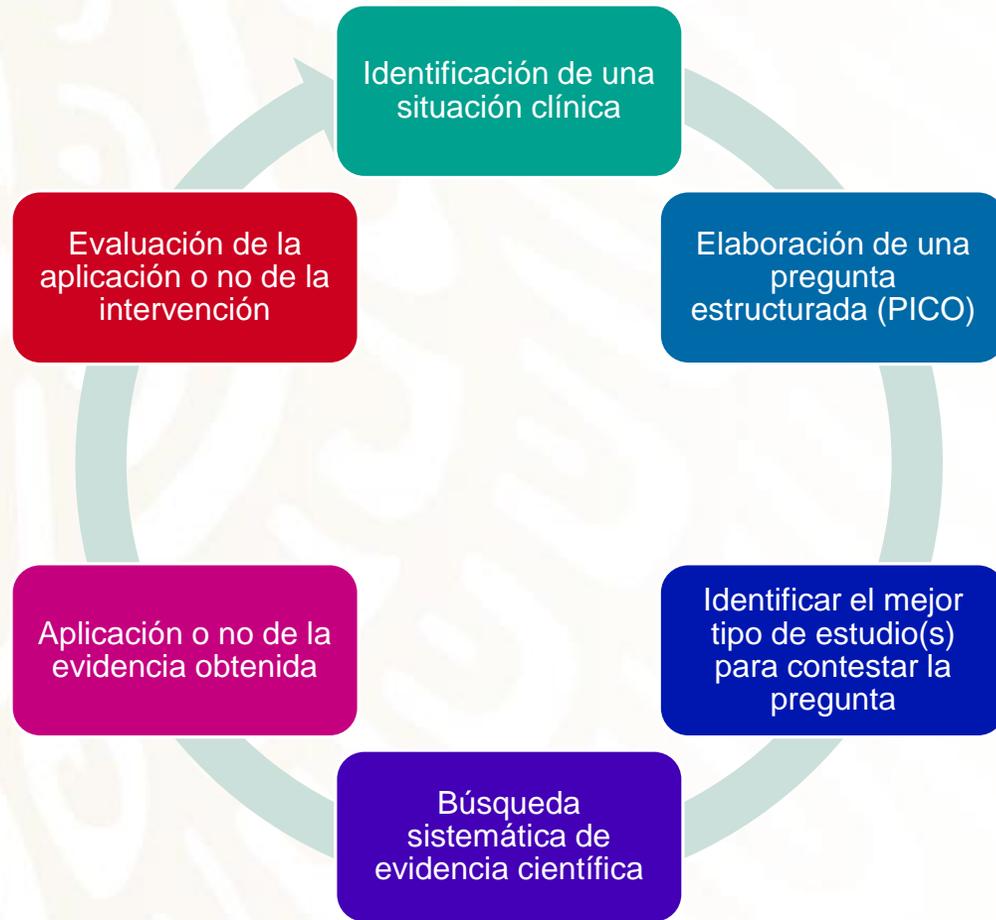
- Favorece el desarrollo de la guía de forma ordenada y clara.
- Dirige hacia una respuesta pertinente y precisa de la pregunta.
- Facilita el diseño de la estrategia de búsqueda bibliográfica.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

VENTAJAS DE FORMULAR LAS PREGUNTAS CLÍNICAS ESTRUCTURADAS EN FORMATO PICO

- Ayuda a identificar y seleccionar el tipo de estudio clínico más apropiado para responderla.
- Facilita la elaboración de recomendaciones de forma específica para cada pregunta clínica.

Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)



Elaboración de una pregunta Estructurada (PICO)

I always apply evidence based medicine to my recommendations. They're blind, randomized, and uncontrolled.



som^{ee}cards
user card

PREGUNTAS.



Dr. Miguel Patiño Gonzalez
Medico Especialista CENETEC

Marina Nacional 60, piso 1, Col. Tacuba C.P. 11410, Alcaldía Miguel
Hidalgo, Cd Mx
Teléfono: (55) 63924300
miguel.patiño@salud.gob.mx

IMPORTANCIA DEL PROTOCOLO DE BÚSQUEDA EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LIC. JOSÉ ALEJANDRO MARTÍNEZ OCHOA
COORDINADOR PROTOCOLO DE BUSQUEDA SEDE CD MX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Pero ... ¿Para qué sistematizar y documentar el proceso de búsqueda de información?

Para obtener los documentos con la mejor evidencia científica disponible, de manera sistemática, con la posibilidad de reproducir dicho proceso, que permita evaluar su pertinencia.



CARACTERÍSTICAS DEL PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

NICE establece que la búsqueda sistemática de la información debe ser:

- ✓ Suficiente
- ✓ Transparente
- ✓ Reproducible

NICE
National Institute for
Health and Care Excellence

También enfatiza que como parte crucial en el desarrollo de una GPC debe incluirse como garantía de calidad, el poder volver a ejecutar las búsquedas, documentando dicho proceso.



El Manual COCHRANE :

- ❖ El proceso de búsqueda necesita documentarse completamente, de tal manera que todas las búsquedas puedan reproducirse.
- ❖ Deberán guardarse todas las estrategias de búsqueda y tomar notas para facilitar completar la sección (ejemplo: dónde y cómo buscaron la información que utiliza).



El Instrumento AGREE II, dentro del DOMINIO 3 “Rigor en la elaboración”, tiene criterios referidos a la búsqueda de la evidencia científica:

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



DEFINIR LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN

Comprender qué necesitamos, a través de preguntas:

¿Sobre qué tema?

¿Tiene un tema(s) relacionado(s)?

¿Aspecto de este tema?

¿Guarda relación con uno o más conceptos?



Término MESH vs Vocabulario libre

De inicio, preferentemente términos MESH (Descriptores)

MeSH. National Library of Medicine (USA)

Tesoro Medical Subject Headings (MeSH), producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (National Library of Medicine, NLM)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

DeCS. Descriptores en Ciencias de la Salud (BIREME)

Tesoro Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), producido por BIREME/OPS/OMS (Guía de uso [GuiaES.pdf \(bvsalud.org\)](#))

<https://decs.bvsalud.org/es/>

Cirugía de corazón = heart surgery

MeSH= thoracic surgery cardiac surgical procedures

Prefiera heart surgery (como vocabulario libre)

Antes de iniciar la búsqueda

- Definir términos de búsqueda
- Definir criterios de inclusión
- ✓ Tipos de documentos a buscar
- ✓ Periodo
- ✓ Grupo etario*
- ✓ Enfoques*

- Definir dónde se realizarán las búsquedas

Búsqueda para introducción (PubMed, LILACS, SciELO, TESIUNAM).

Búsqueda para Evidencia y recomendaciones.

Para GPC: PUBMED, Sitios compiladores y temáticos de GPC.

Para RS: PUBMED, The Cochrane Library, (incluye búsqueda de ensayos clínicos) .

¿CON QUÉ CARACTERÍSTICAS SE NECESITA LA INFORMACIÓN?

Criterios de inclusión / exclusión

- Idioma: Español, Inglés
- Periodo: A partir del año de publicación de la GPC a actualizar (o los últimos 5 años).
- Tipo de documento: Guía de Práctica Clínica
Revisiones sistemáticas
Ensayos clínicos aleatorizados
- Grupo etario: Niños, Adultos, Adultos mayores
- Aspecto o enfoque: Diagnóstico
Tratamiento
- Genero: Hombre, mujer

SOBRE LA INFORMACIÓN

- Debe ser obtenida o recuperada de sitios con reconocimiento científico o académico (ejemplo: Asociaciones de profesionales, Instituciones educativas, Academias, Organizaciones Científicas).
- Los documentos deben contar con una bibliografía que los avale. Dicha bibliografía debe ser posible de recuperar; lo anterior, para estar en posibilidad de verificar a partir de las fuentes primarias de información.
- No debe haber conflicto de intereses. Es decir, no tendrá validez científica el hecho que una empresa comercial desarrolle una investigación sobre la pertinencia y utilidad de sus productos pagada con sus recursos y que no cuente con una bibliografía científica que la sustente y valide. **NO SE DEBE SER JUEZ Y PARTE**, se sesga completamente la validez del proceso de investigación científica debido al conflicto de interés generado

CONSEJOS A LA HORA DE HACER LA BÚSQUEDA:

- ✓ Hacer un listado de recursos de información, con nombre, link y datos de cuenta y contraseña cuando así lo requiera.
- ✓ Revisar y buscar ícono de ayuda del recurso de información (por ejemplo para ver lo del uso de operadores booleanos, comillas, etc.).
- ✓ Búsqueda avanzada en los sitios que lo contengan para tratar de especificar la búsqueda y con ello los resultados.
- ✓ Entrecomillar conceptos o términos compuestos por 2 o más palabras: Para que los busque como frase y no por cada una de las palabras.
- ✓ Búsquedas en minúsculas, acentos (MEDIGRAPHIC, IMBIOMED)
- ✓ Anotar la fecha en la que se realice la búsqueda

Es **INDISPENSABLE** llevar un registro de:

- ✓ Recurso de información y estrategia de búsqueda.
- ✓ Número de resultados de cada búsqueda.
- ✓ Los resultados de la búsqueda.
- ✓ Cuántos de estos resultados y cuáles se utilizan.
- ✓ Indicar la fecha en la que se realiza.

Esto permitirá se tenga conocimiento de qué búsqueda sistemática proviene cada uno de los documentos de los que se obtuvo la evidencia científica que utilizamos

¿QUÉ NO ES UNA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA?

“Me lo pasó un amigo”

“Me lo encontré en internet y está muy bien, lo acaban de publicar”

“Es que hice una búsqueda en google para darme una idea y me lo encontré y pues vamos a usarlo”



Porque y entonces ¿la búsqueda sistemática???

¿De dónde se obtuvo?

¿La validez en relación a de dónde se obtuvo?

¿La estrategia de búsqueda o términos de búsqueda?

¿la posibilidad de replicar la búsqueda para validarla?

¿la evaluación de los documentos con las herramientas metodológicas?

Y ¿qué con la lectura crítica de los documentos?

A CONSIDERAR

Primero definir términos de búsqueda y criterios de inclusión.

Cuidado con Ruido o silencio documental.

- ❖ No perdernos o dispersarnos en el proceso de búsqueda de información.
- ❖ Una búsqueda que da 0 resultados se registra.

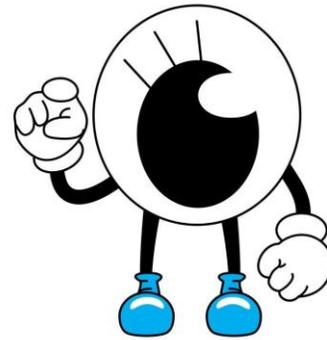
SENSIBILIDAD VS ESPECIFICIDAD

(Ruido o silencio documental)

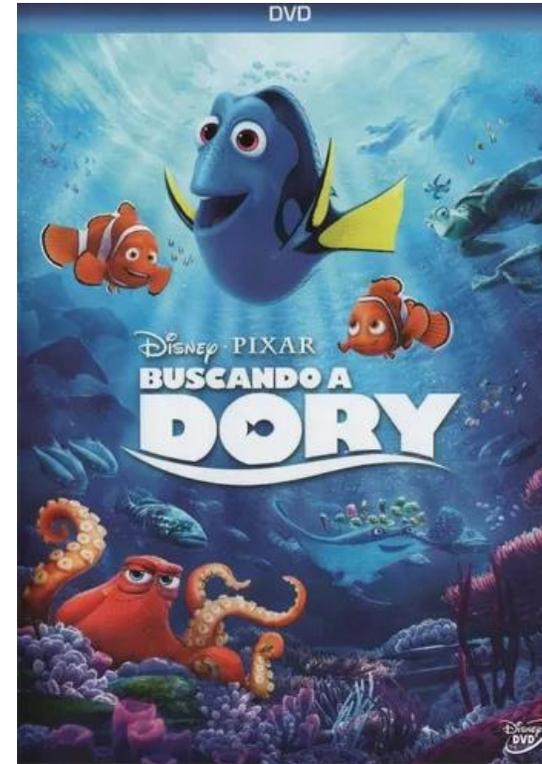
“QUIERO TODO”

VS

“Pregunta muy ESPECÍFICA”



No perdernos en la búsqueda de información.



Tener en cuenta que

- Menos es más (nivel de evidencia científica) y en cuanto a producción de información por tipo de documento y nivel de evidencia.
- No perder de vista que se busca la aplicabilidad.

Fecha de corte: *El conocimiento se actualiza permanentemente* (por eso hay periodo de actualización).

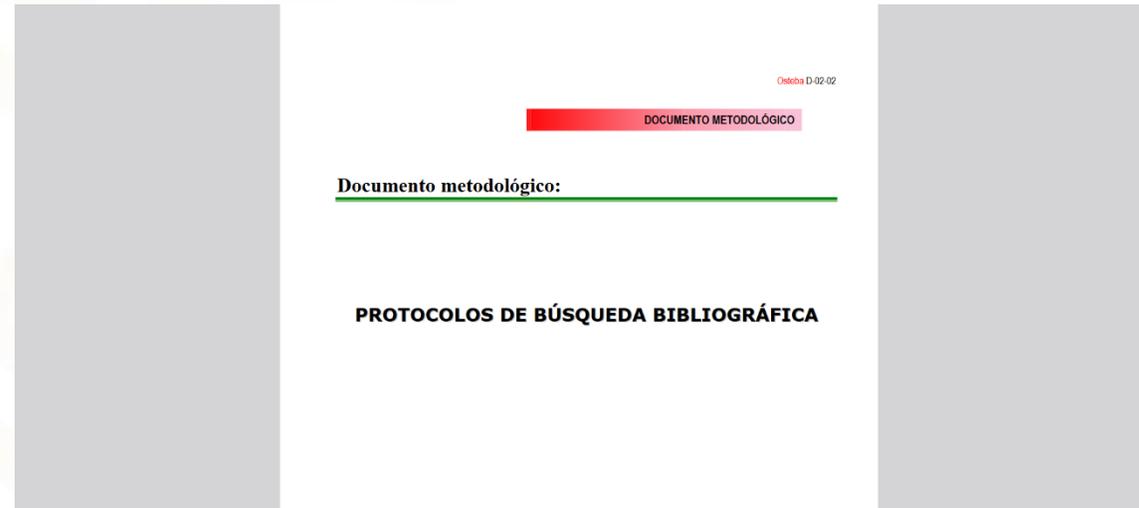


EN RELACIÓN A DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

En documentos que se hayan obtenido electrónicamente, es **INDISPENSABLE** registrar y conservar el link de donde se obtuvo y la fecha en la que se recuperó (Dato indispensable para referenciar correctamente el documento)

Gutiérrez-Ibarluzea I. Documento Metodológico: Protocolos de búsqueda bibliográfica. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2002. Informe n°: Osteba D-02-02. [Consulta 22 de junio de 2022]. Disponible en:

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_formacion/_es_def/adjuntos/bibliografia.pdf



DIRECCIÓN DE
**INTEGRACIÓN DE GUÍAS
DE PRÁCTICA CLÍNICA**

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE

PROTOCOLOS DE BÚSQUEDA

PARA LA INTEGRACIÓN
DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848573/GPC_ManualProtocoloBusqueda_2023.pdf

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Bibliotecónomo

Marina Nacional 60, piso 1, Col. Tacuba C.P. 11410, Alcaldía Miguel Hidalgo, Cd Mx

Teléfono: (55) 63924300

jose.martinezo@salud.gob.mx



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

DOCUMENTOS UTILIZADOS EN LA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

MTRO. CARLOS ALBERTO JUÁREZ MEDEL
COORDINADOR SIDSS SEDE ACAPULCO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Conformación del cuerpo de evidencias de una Guía de Práctica Clínica (GPC)

Es necesario buscar el mejor estudio científico para contestar la pregunta.



Guías de Práctica Clínica

Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para guiar a los profesionales de salud en la toma de decisiones.

Utilización de documentos mejor calificados para su adopción o adaptación al contexto de aplicación.

Las guías identificadas serán evaluadas por el Grupo desarrollador para considerar su utilización

AGREE II (Valoración de las directrices Investigación y evaluación). Herramienta para evaluar la credibilidad clínica y aplicabilidad de las GPC.

Adopción

Aceptación de una guía en su totalidad

Adaptación

Tomar las recomendaciones, cambiarlas e incluir la evidencia local para delimitar los problemas

Contextualización

Tomar las recomendaciones, pero se toma en cuenta el contexto de las condiciones locales para implementar las recomendaciones

Revisiones sistemáticas

Método para **sintetizar la evidencia**, en forma de resumen cuantitativo.

Su producto final es una **estimación del efecto**.

La recuperación de revisiones sistemáticas de calidad, dan una idea certera del conocimiento actual y el valor de una intervención.

La búsqueda de RS, permiten identificar de manera rápida y fácil estudios primarios que sean de utilidad.

Evaluar con herramientas específicas, **AMSTAR** (Herramienta de medición para evaluar las críticas). Alta validez interna y bajo riesgo de sesgo.

La evaluación de la **certeza de la evidencia** y **formular recomendaciones** se realiza mediante el sistema **GRADE** (Calificación de las recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación).

Estudios primarios

Ante la inexistencia de revisiones sistemáticas relacionadas a las pregunta PICO.

Estudios experimentales

Estudios observacionales

Diseño de estudios observacionales

Cohorte

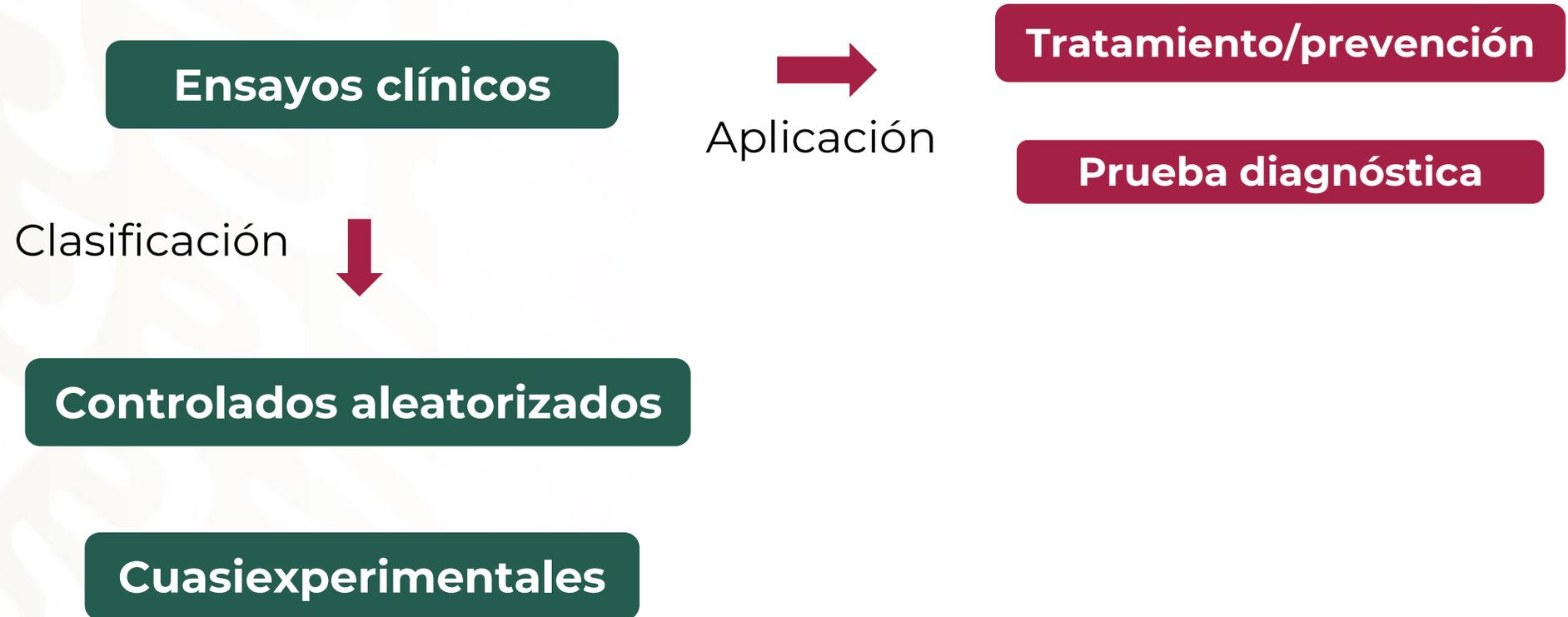
Caso - control

Transversal

Series de casos

Reporte de caso

Diseño de estudios experimentales



Selección del estudio de acuerdo con la pregunta PICO

Tipo de pregunta	Diseño del estudio
Eficacia de una intervención	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)
Exactitud de pruebas de concordancia	ECA Estudios de concordancia Cohortes
Etiología	Cohortes Casos y controles
Pronóstico	Cohortes prospectivas Reglas de predicción clínica ECA
Seguridad	ECA Cohortes Casos y controles Series de casos
Valores y preferencias	Investigación cualitativa
Costos/Eficacias de una intervención	Evaluaciones económicas (costo-efectividad; costo-utilidad) y estudios de minimización de costos



Mtro. Carlos Alberto Juárez Medel

Jefe de Departamento SIDSS

Av. Costera Miguel Alemán 276, Caja G
Hornos, Acapulco de Juárez, Guerrero, C.P. 39355

Teléfono: (55) 5090 3600

carlos.juarez@salud.gob.mx

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN METODOLÓGICA Y LECTURA CRÍTICA

PARA LOS DOCUMENTOS UTILIZADOS
EN LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

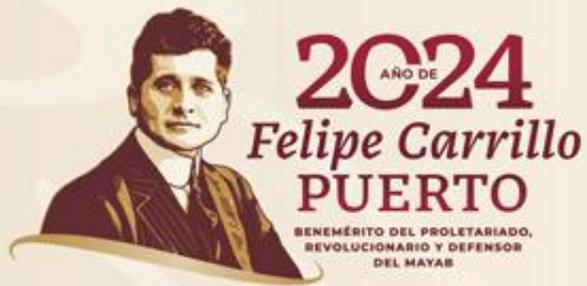
DRA. MÓNICA ROSALÍA LOERA PULIDO
COORDINADORA CENETEC CD MX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD



AMSTAR



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

AMSTAR

- * Instrumento o herramienta utilizado para evaluar la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas.
- * AMSTAR fue desarrollado para evaluar revisiones sistemáticas de ECAs, Sin embargo, AMSTAR 2 se ha desarrollado para evaluar revisiones sistemáticas de estudios tanto aleatorios como no aleatorios.



* **AMSTAR 2** es útil en la identificación de revisiones sistemáticas de alta calidad.



1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO?

Para sí:

- Población
- Intervención
- Grupo comparador
- Resultado

Opcional (recomendado)

- Plazo de seguimiento

- Sí
- No

2. ¿Contenía el informe de la revisión una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de realizar la revisión y justificaba el informe alguna desviación significativa del protocolo?

Para Sí Parcial:

Los autores declaran que tenían un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:

- preguntas de revisión)
- una estrategia de búsqueda
- criterios de inclusión/exclusión
- un riesgo de evaluación de sesgo

Para Sí:

En cuanto a sí parcial, además se debe registrar el protocolo y además se debe haber especificado:

- un plan de metanálisis/síntesis, si corresponde, y
- un plan para investigar las causas de la heterogeneidad
- un plan para investigar las causas de la heterogeneidad

- Sí
- Parcial Sí
- No

3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión?

Para Sí, la revisión debe satisfacer UNO de los siguientes:

- Explicación para incluir solo ECA
- O Explicación para incluir solo NRSI
- O Explicación para incluir tanto ECA como NRSI

- Sí
- No

4. ¿Utilizaron los autores de la revisión una estrategia integral de búsqueda de literatura?

Para Sí parcial (todo lo siguiente):

- buscó en al menos 2 bases de datos (relevantes para la pregunta de investigación)
- palabra clave proporcionada y/o estrategia de búsqueda
- restricciones de publicación justificadas (por ejemplo, idioma)

Para Sí, también debería tener (todo lo siguiente):

- Se realizaron búsquedas en las listas de referencias/bibliografías de los estudios incluidos.
- registros de ensayos/estudios buscados
- incluido/consultado expertos en contenido en el campo
- cuando sea relevante, se buscó literatura gris
- realizó una búsqueda dentro de los 24 meses posteriores a la finalización de la revisión

- Sí
- Parcial Sí
- No

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para Sí, cualquiera de los siguientes:

- al menos dos revisores acordaron de forma independiente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre qué estudios incluir
- O dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80 por ciento), y el resto fue seleccionado por un revisor.

- Sí
- No

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para Sí, cualquiera de los siguientes:

- al menos dos revisores lograron consenso sobre qué datos extraer de los estudios incluidos Sí
- O dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80 por ciento), y el resto lo extrajo un revisor. No

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para Sí Parcial:

proporcionó una lista de todos los estudios potencialmente relevantes que se leyeron en forma de texto completo pero se excluyeron de la revisión

Para Sí, también debe tener:

Justificó la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.

- Sí
- Parcial Sí
- No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para Sí parcial (TODOS los siguientes):

- poblaciones descritas
- intervenciones descritas
- comparadores descritos
- resultados descritos
- diseños de investigación descritos

Para Sí, también debe tener TODO lo siguiente:

- población descrita en detalle
- intervención descrita en detalle (incluidas las dosis cuando corresponda)
- comparador descrito en detalle (incluidas las dosis cuando sea relevante)
- entorno del estudio descrito
- plazo para el seguimiento

- Sí
- Parcial Sí
- No

9. ¿Utilizaron los autores de la revisión una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?

ECA

Para Sí Parcial, debe haber evaluado RoB de

- asignación no oculta, y
- falta de cegamiento de los pacientes y evaluadores al evaluar los resultados (innecesario para resultados objetivos como la mortalidad por todas las causas)

Para Sí, también debe haber evaluado el RoB de:

- secuencia de asignación que no fue verdaderamente aleatoria, y
- selección del resultado informado entre múltiples mediciones o análisis de un resultado específico

- Sí
- Parcial Sí
- No
- Incluye solo NRSI

NRSI

Para Sí Parcial, deberá haber evaluado RoB:

- de confusión, y
- del sesgo de selección

Para Sí, también debe haber evaluado RoB:

- métodos utilizados para determinar las exposiciones y los resultados, y
- selección del resultado informado entre múltiples mediciones o análisis de un resultado específico

- Sí
- Parcial Sí
- No
- Incluye solo ECA

10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

Para sí

- Debe haber informado sobre las fuentes de financiación de los estudios individuales incluidos en la revisión. Nota: Informar que los revisores buscaron esta información pero que los autores del estudio no la informaron también califica.

- Sí
- No



11. Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

ECA

Para sí:

- Los autores justificaron la combinación de los datos en un metanálisis
- Y utilizaron una técnica ponderada adecuada para combinar los resultados de los estudios y ajustaron la heterogeneidad, si estaba presente.
- Y investigó las causas de cualquier heterogeneidad.

- Sí
- No
- No se realizó ningún metanálisis

Para NRSI

Para Sí:

- Los autores justificaron la combinación de los datos en un metanálisis
- Y utilizaron una técnica ponderada adecuada para combinar los resultados del estudio, ajustando la heterogeneidad si estaba presente.
- Y combinaron estadísticamente estimaciones del efecto del NRSI que se ajustaron por factores de confusión, en lugar de combinar datos sin procesar, o justificaron la combinación de datos sin procesar cuando las estimaciones del efecto ajustadas no estaban disponibles.
- Y informaron estimaciones resumidas separadas para los ECA y el NRSI por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión.

- Sí
- No
- No se realizó ningún metanálisis

12. Si se realizó un metanálisis, ¿evaluaron los autores de la revisión el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

- incluyeron sólo ECA con bajo riesgo de sesgo
- O, si la estimación agrupada se basó en ECA y/o NRSI en la variable RoB, los autores realizaron análisis para investigar el posible impacto de la RoB en las estimaciones resumidas del efecto.

- Sí
- No
- No se realizó ningún metanálisis

13. ¿Los autores de la revisión tuvieron en cuenta RoB en estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

- incluyeron sólo ECA con bajo riesgo de sesgo
- O, si se incluyeron ECA con RoB moderado o alto, o NRSI, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de RoB en los resultados.

- Sí
- No

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:

- No hubo heterogeneidad significativa en los resultados.
- O si había heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de las fuentes de cualquier heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados de la revisión.

- Sí
- No

15. Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:

realizó pruebas gráficas o estadísticas para detectar sesgo de publicación y discutió la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación

- Sí
 No
 No se realizó ningún metanálisis

16. ¿Informaron los autores de la revisión alguna fuente potencial de conflicto de intereses, incluida la financiación que recibieron para realizar la revisión?

Para sí:

Los autores no informaron intereses en competencia O

Los autores describieron sus fuentes de financiación y cómo gestionaron los posibles conflictos de intereses.

- Sí
 No

Para citar esta herramienta: Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: una herramienta de evaluación crítica para revisiones sistemáticas que incluyen estudios aleatorios o no aleatorios de intervenciones sanitarias, o ambos. BMJ. 21 de septiembre de 2017; 358: j4008.

[Evaluar artículo](#)

Cuadro 1: Dominios críticos de AMSTAR 2

- Protocolo registrado antes del inicio de la revisión (elemento 2)
- Adecuación de la búsqueda bibliográfica (ítem 4)
- Justificación para excluir estudios individuales (punto 7)
- Riesgo de sesgo por la inclusión de estudios individuales en la revisión (elemento 9)
- Idoneidad de los métodos metanalíticos (ítem 11)
- Consideración del riesgo de sesgo al interpretar los resultados de la revisión (ítem 13)
- Evaluación de la presencia y probable impacto del sesgo de publicación (ítem 15)



Riesgo de sesgo (risk of a bias) Herramienta Cochrane



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

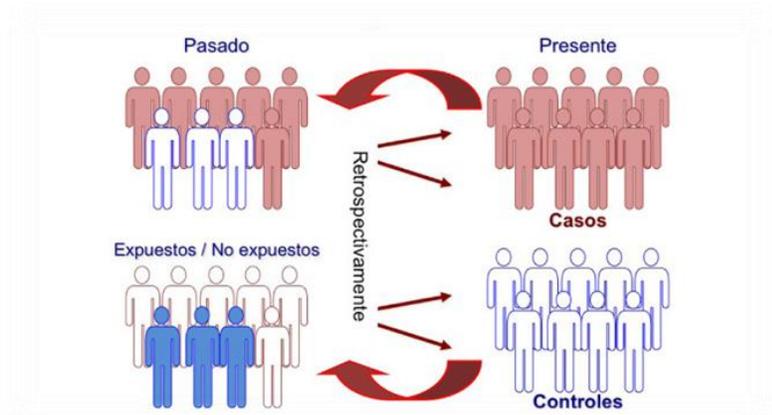


CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Herramienta Cochrane para evaluar el “riesgo de sesgo”

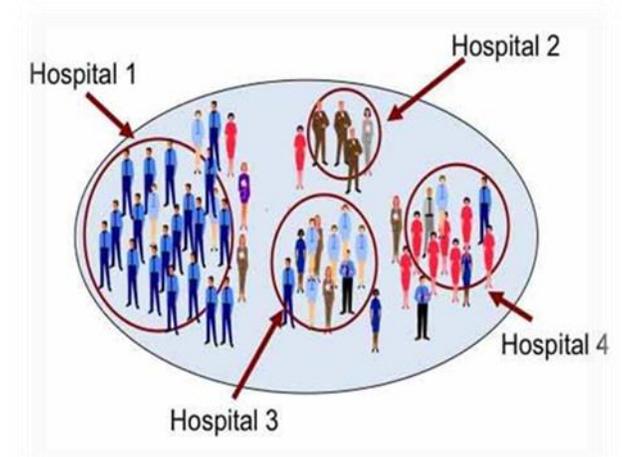
★ La herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo tiene como objetivo hacer que el proceso sea más claro y preciso.

➤ **Sesgo: error sistemático o una desviación de la verdad en los resultados o inferencias.**



Herramienta Cochrane para evaluar el “riesgo de sesgo”

- Valora 7 dominios apoyados por evidencia científica
- Valoración de los revisores:
 - ✓ Bajo riesgo de sesgo
 - ✗ Alto riesgo de sesgo
 - ? Riesgo de sesgo poco claro
- Apoyo para la valoración
 - Pruebas/citas del artículo o de otras fuentes
 - Explicación del autor de la revisión



Dominios a evaluar



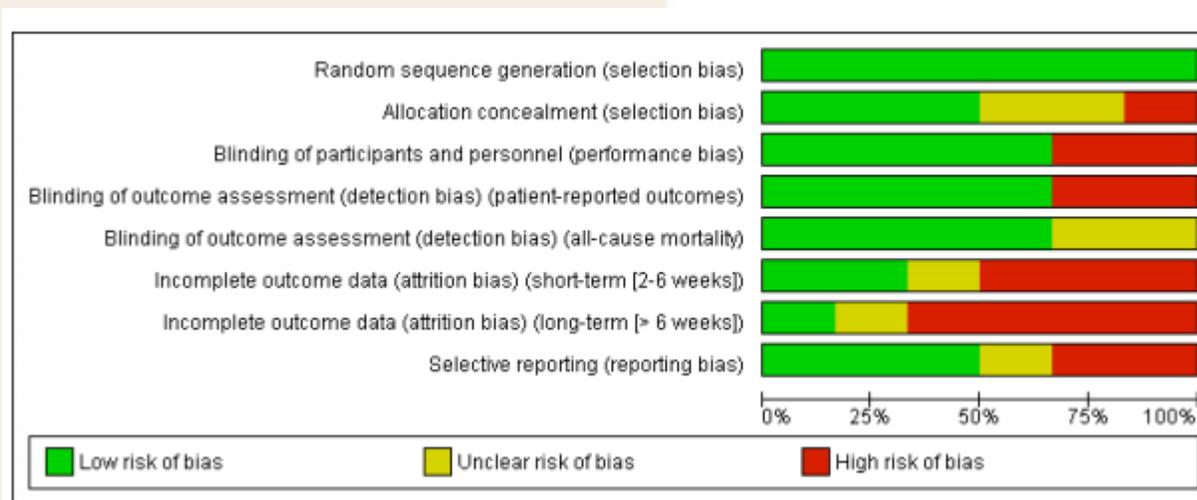
Dominio	Descripción	Valoración de los revisores
Sesgo de selección.		
Generación de la secuencia.	Describir el método utilizado para generar la secuencia de asignación con detalle suficiente para permitir una evaluación de si la misma produjo grupos comparables.	Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una generación inadecuada de la secuencia de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación.	Describir el método utilizado para ocultar la secuencia de asignación con detalle suficiente para determinar si las asignaciones a la intervención se podían prever antes o durante el reclutamiento.	Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una ocultación inadecuada de las asignaciones antes de asignarlas.
Sesgo de realización.		
Cegamiento de los participantes y del personal <i>Se debería evaluar cada resultado principal (o cada clase de resultado).</i>	Describir todas las medidas utilizadas, si se utilizó alguna, para cegar a los participantes y al personal del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.	Sesgo de realización a causa del conocimiento por parte de los participantes y del personal durante el estudio de las intervenciones asignadas.
Sesgo de detección.		
Cegamiento de los evaluadores del resultado <i>Se debería evaluar cada resultado principal (o cada clase de resultado).</i>	Describir todas las medidas utilizadas, si se utilizó alguna, para cegar a los evaluadores del resultado del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.	Sesgo de detección a causa del conocimiento por parte de los evaluadores de los resultados de las intervenciones asignadas.
Sesgo de desgaste.		
Datos de resultado incompletos <i>Se debería evaluar cada resultado principal (o cada clase de resultado).</i>	Describir la compleción de los datos de resultado para cada resultado principal, incluidos los abandonos y las exclusiones del análisis. Señalar si se describieron los abandonos y las exclusiones, los números en cada grupo de intervención (comparados con el total de participantes asignados al azar), los motivos de las deserciones/exclusiones cuando se detallaron, y cualquier reinclusión en los análisis realizada por los revisores.	Sesgo de desgaste a causa de la cantidad, la naturaleza o el manejo de los datos de resultado incompletos.
Sesgo de notificación.		
Notificación selectiva de los resultados. <i>Se debería evaluar cada resultado principal (o cada clase de resultado).</i>	Señalar cómo los revisores examinaron la posibilidad de la notificación selectiva de los resultados, y qué encontraron.	Sesgo de notificación a causa de la notificación selectiva de los resultados.
Otros sesgos.		
Otras fuentes de sesgo.	Señalar alguna inquietud importante acerca del sesgo no abordada en los otros dominios del instrumento. Si en el protocolo de la revisión se prespecificaron preguntas/items particulares, se deberían proporcionar las respuestas para cada pregunta/item.	Sesgo debido a otros problemas no abordados en los apartados anteriores.



Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.

Representación gráfica del

“Riesgo de sesgo”



	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Harding 1991	?	?	+	+	+	+	?
Huff 1988	+	?	+	+	+	+	+
Morton 1989	+	+	+	+	+	+	?
Tyring 1995	?	?	?	+	+	+	+
Whitley 1996	+	?	+	+	+	+	?
Wood 1988	+	+	+	+	+	+	+



QUADAS



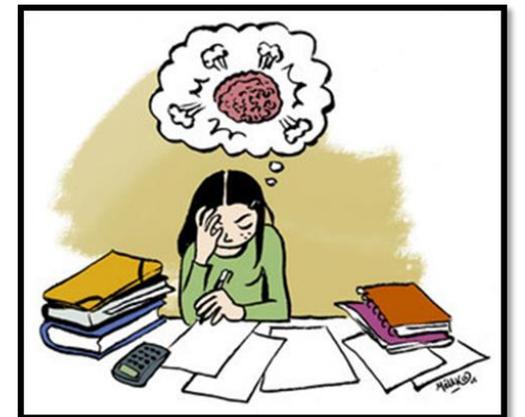
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

QUADAS 2

- El diagrama de flujo **QUADAS-2** es una herramienta para evaluar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos en una revisión sistemática de pruebas diagnósticas.
- La herramienta QUADAS-2 se aplica en 4 fases:
 - **Resumir la pregunta de revisión**
 - **Adaptar la herramienta y producir orientación específica para la revisión**
 - **Construir un diagrama de flujo para el estudio primario y**
 - **Juzgar el sesgo y la aplicabilidad.**



Esta herramienta permitirá una clasificación más transparente del sesgo y la aplicabilidad de los estudios de precisión diagnóstica primaria.

Figura 2: ejemplo de un diagrama de flujo del estudio.

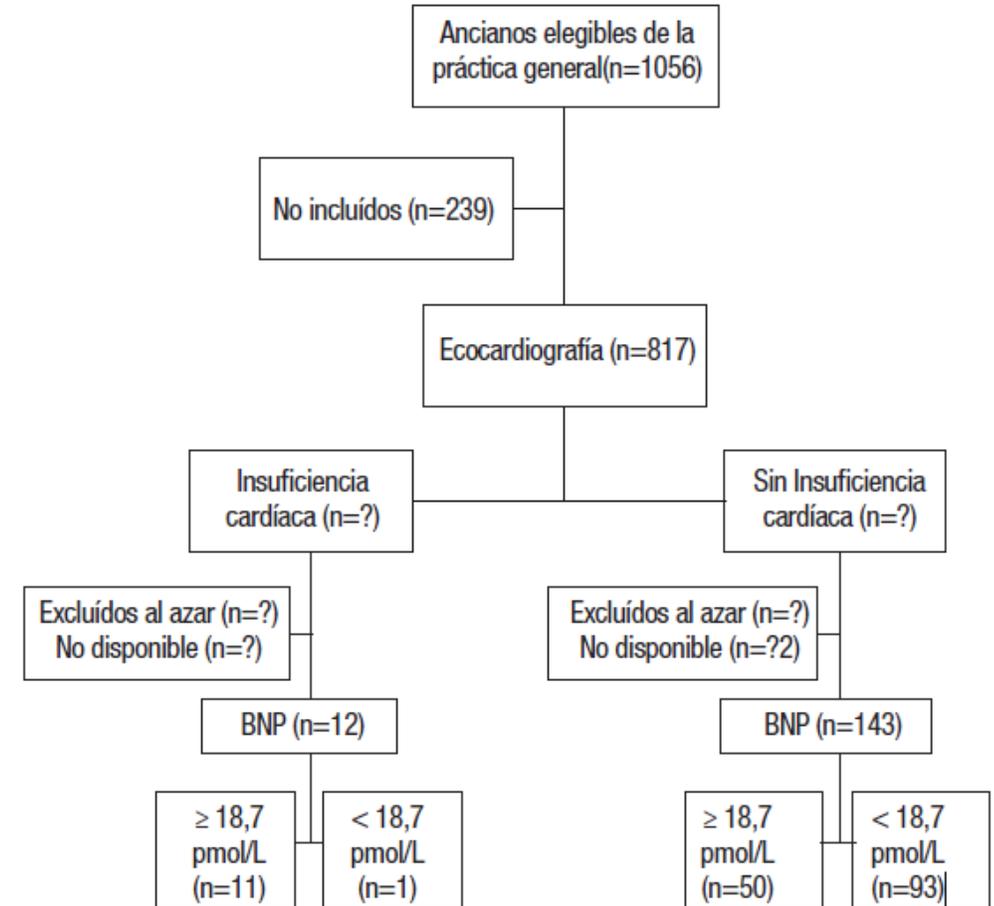
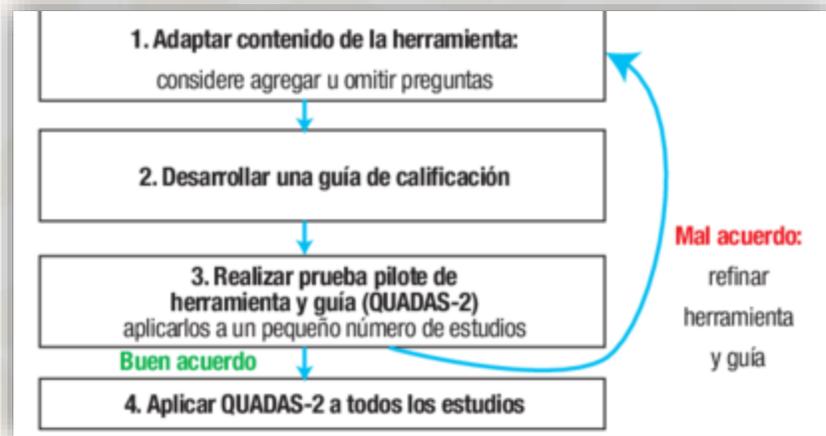
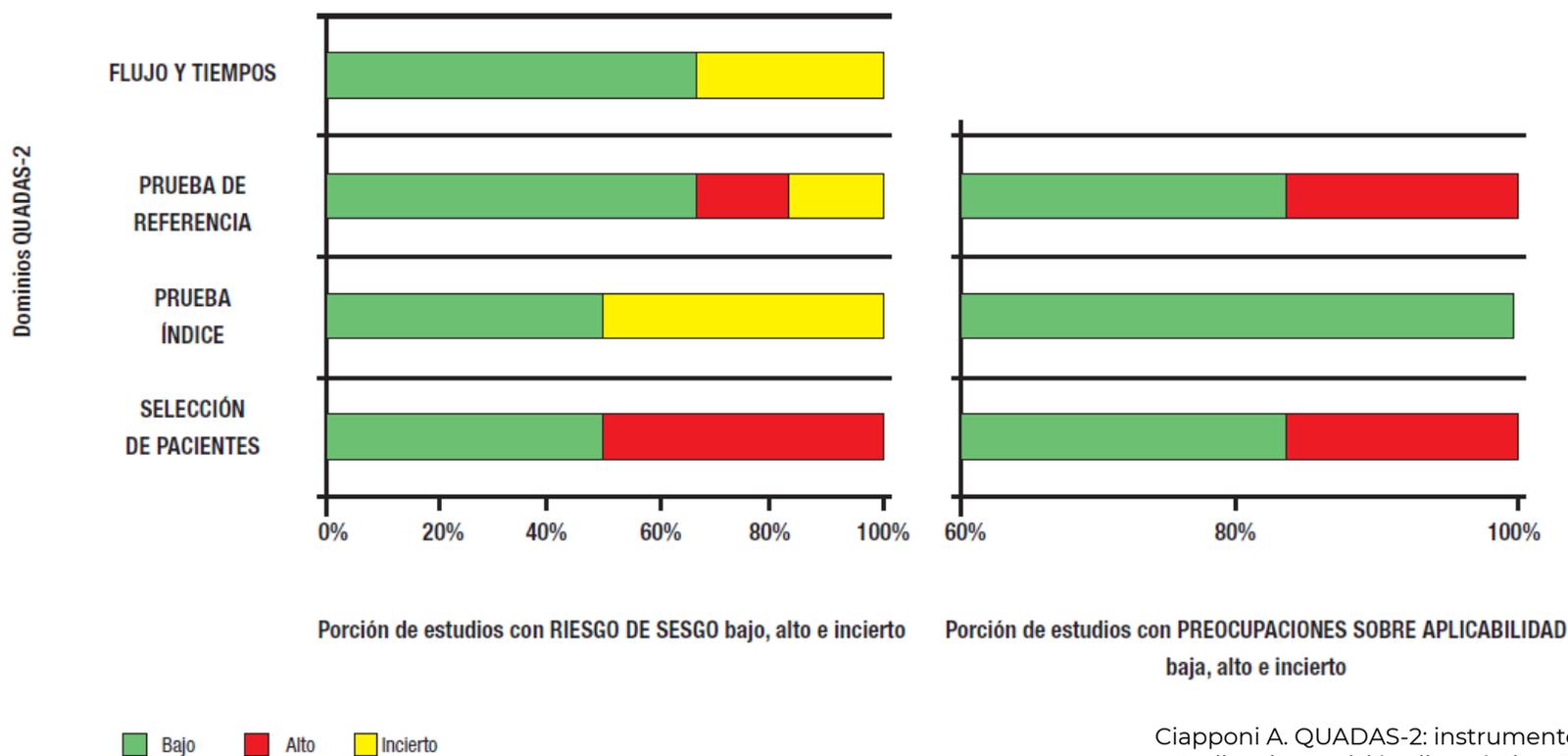


Tabla 1: presentación tabular sugerida para resultados del QUADAS-2

Estudio	Probabilidad de sesgos				Preocupación sobre la aplicabilidad de los resultados		
	Selección de los individuos	Prueba índice	Prueba de referencia	Flujo y tiempos	Selección de los pacientes	Prueba índice	Prueba de referencia
Estudio 1	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Estudio 2	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Estudio 3	😞	😞	😊	😊	😞	😊	😊
Estudio 4	😞	?	😊	😊	😞	😊	😊

😊 Probabilidad baja. 😞 Probabilidad alta. ? Probabilidad incierta.

Figura 3: Gráfica sugerida para QUADAS-2





Newcastle-Ottawa



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Escala Newcastle-Ottawa

- * Fue desarrollado para evaluar la calidad de los estudios no aleatorizados con su diseño, contenido y facilidad de uso dirigido a la tarea de incorporar las evaluaciones de calidad en la interpretación de los resultados del metanálisis.



https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

✳ Cada estudio se evalúa en base a ocho ítems, con un 'sistema de estrellas' en el que un estudio se juzga desde tres amplias perspectivas.

✳ La selección de los grupos de estudio

✳ La comparabilidad de los grupos

✳ La determinación de la exposición o el resultado de interés para los estudios de casos y controles o de cohortes, respectivamente.



✱ Las estrellas otorgadas por cada artículo de calidad sirven como una evaluación visual rápida.

ESCALA NEWCASTLE – OTTAWA (ESTUDIOS CASOS Y CONTROLES)			
Estudio	Selección	Comparabilidad	Exposición
Fett, J. 2003. Emerging insights	☆ ☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆
Gentry, M. 2010. African-American Women	☆ ☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆



PRISMA



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

PRISMA

- 👁️ Publicada en 2009, **PRISMA** se ha convertido en el estándar para la presentación de informes en revisiones sistemáticas y metanálisis.
- 👁️ Es una lista de verificación para la publicación de resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas presentados en revistas y congresos.

¿Cómo utilizar PRISMA 2020?

👁 Se proporciona una plantilla PRISMA para el diagrama de flujo, que se puede modificar en función de si la revisión sistemática es original o actualizada.



- 👁 Presenta estrategias de búsqueda para todas las bases de datos en lugar de una sola.
- 👁 Los autores enumeran los "casi errores" o los estudios que cumplieron con muchos pero no con todos los criterios de inclusión en los resultados.
- 👁 Evalúa la certeza de la evidencia sintetizada.
- 👁 Declaración de Conflictos de Interés.

Tabla 1.- PRISMA 2020 Lista de verificación

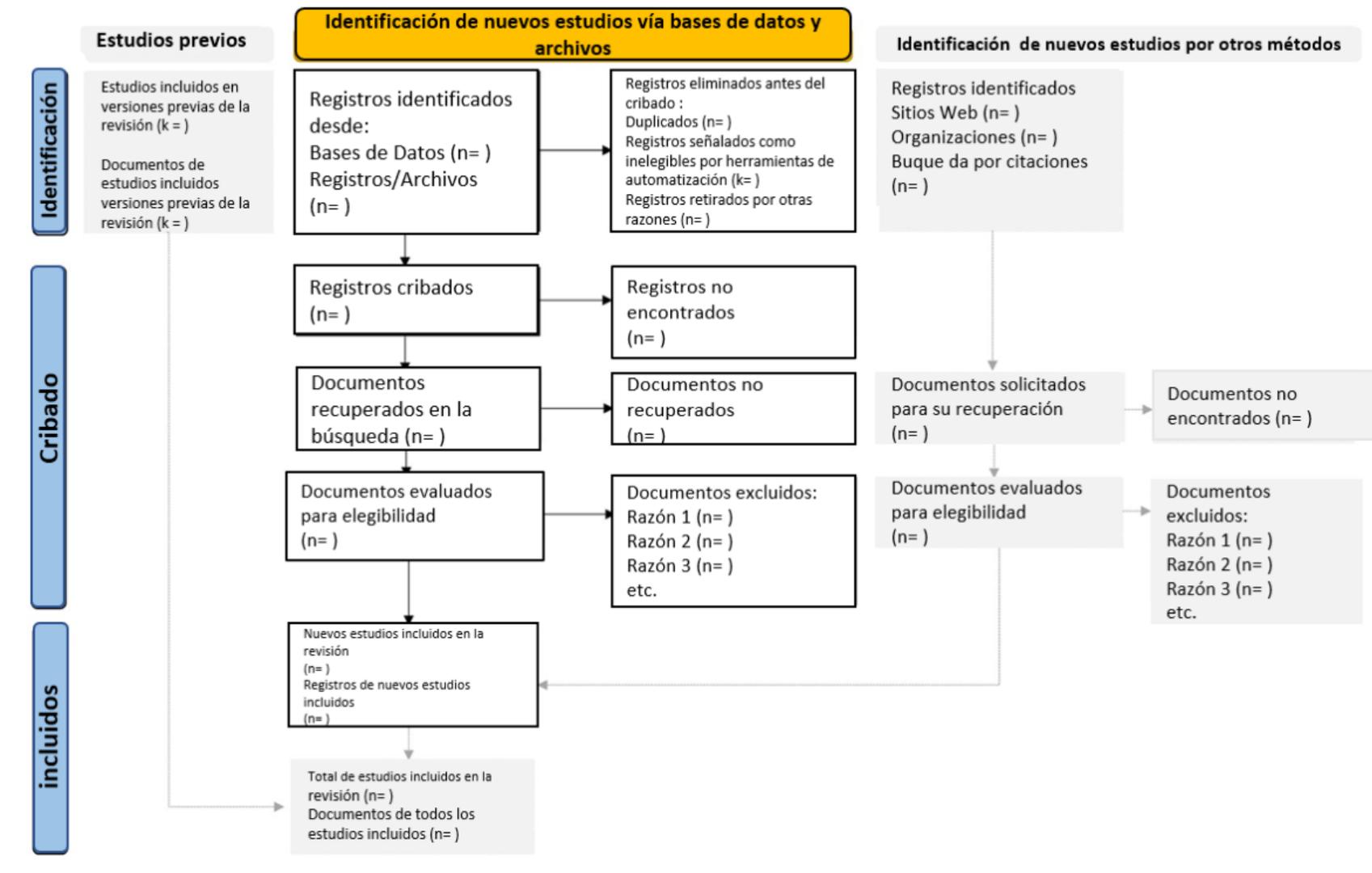
Sección/tema	ítem #	Lista de ítems
TITLE		
Titulo	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,
RESUMEN		
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).
INTRODUCTION		
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.
METODOS		
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

Métodos de síntesis	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo análisis de subgrupos, meta-regresión)
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	ítem #	Lista de ítems
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.
RESULTADOS		
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.

Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.
DISCUSION		
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.
MÁS INFORMACIÓN		
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.

Figura 1. Plantilla de diagrama de flujo PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas



AQUÍ, CASUAL, ESPERANDO...



**QUE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA O UN METANÁLISIS
DIGA QUE HAY SUFICIENTE EVIDENCIA SOBRE ALGO**

- 👁️ PRISMA 2020 es útil a la hora de planificar y realizar revisiones sistemáticas para garantizar que se capture toda la información recomendada.



Otras herramientas



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Otras herramientas...

- ❖ Declaración STROBE (estudios observacionales)
- ❖ Declaración CONSORT (evaluación crítica e interpretación de ECAs)
- ❖ Escala de JADAD (ECAs)
- ❖ Escala PEDro (estudios experimentales)
- ❖ Escala de Validez del Dolor Oxford (OPV) (medir la validez de los resultados de ECAs)

Herramientas de lectura crítica según el diseño de los estudios



DISEÑO DE ESTUDIO	LISTAS DE VERIFICACIÓN
Ensayo Clínico aleatorio	CONSORT JADAD
Ensayos clínicos aleatorizados	CONSOR
Estudios experimentales no aleatorizados	TREND
Estudios pronósticos	REMARK
Estudios observacionales	STROBE MOOSE
Estudios diagnósticos	STARD QUADAS
Revisiones de ensayos clínicos con meta análisis	QUORUM
Revisión sistemática de ensayos clínicos	PRISMA
Estudios cualitativos descriptivos	Gálvez Toro Sandelowski QARI
Estudios de evaluación económica	ACTUARI
Guías de Práctica Clínica	AGREE
Varios tipos de estudios	MANUAL RAPiD (JBI) SIGN MASTARI

Instrumento AGREE II



2024
AÑO DE
Felipe Carrillo
PUERTO
REINHEBITO DEL PROLETARIADO,
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR
DEL MAYOR



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

¿Por que es importante evaluar una GPC?



Para diferenciar entre una evidencia confiable, no confiable o poco confiable.



Nos brinda la confianza de que los sesgos han sido resueltos de forma adecuada.

Para saber que las recomendaciones son válidas y aplicables a la práctica

¿Qué instrumentos para evaluar una GPC?



¿Qué es el instrumento AGREE II?



1998
The AGREE
Collaboration

Se crea el grupo internacional de investigadores y elaboradores de guías (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation)

2003
AGREE

Se consolida en una mejor estrategia para evaluar la calidad y aplicación de las GPC.

2009
AGREE
II

Mejora las propiedades métricas como confiabilidad y validez

2010

Herramienta refinada, versión en línea

AGREE HS 2018
AGREE REX 2019

¿QUÉ EVALÚA AGREE II?

Define componentes clave para determinar si una GPC es válida.

Proporciona la estrategia metodológica para el desarrollo de guías.

Establece la información que debe contener y como debe presentarse en las guías.



<https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/agree-ii-instructions/>

¿QUIÉN PUEDE UTILIZAR AGREE II?

Profesionales de la salud

Grupo desarrollador de Guías

Tomadores de decisiones

Educadores



¿Cómo usar AGREE II?

4 Analizar y discutir con el equipo las discrepancias

3 Cada GPC debe ser evaluada por 2 a 4 evaluadores

2 Tener disponible toda la información necesaria

1 Leer la totalidad del documento



Estructura y contenido de AGREE II

23 ITEMS

Dominio 1
Alcance y
Objetivos

Dominio 6
Independencia
editorial

Dominio 2
Participación de
los implicados

Dominio 5
Aplicabilidad

Dominio 3
Rigor en la
elaboración

Dominio 4
Calidad en la
presentación



Evaluación global 2 ítems

**Calidad general
de la guía**



**Sí la guía debe ser
recomendada para
su utilización en la
práctica**

Cada ítem está graduado con una escala de 7 puntos

* 1 TOTALMENTE EN DESACUERDO

- Si no hay información relevante o si el concepto se presenta en forma vaga

* 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

- Si la calidad de la información es excepcional y todos los criterios se han alcanzado

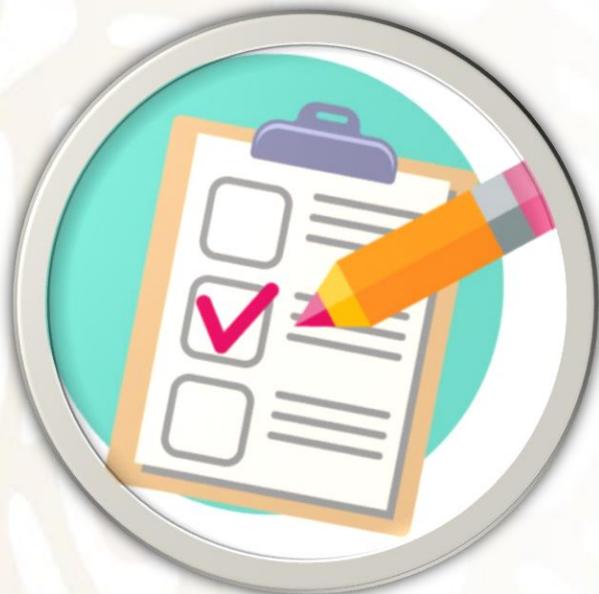
* Entre 2 y 6

- Si la información no cumple por completo con los criterios o consideraciones



1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

¿Cómo calificar con AGREE II?



Ejemplo: Si 4 evaluadores dan las siguientes puntuaciones para el Dominio 1 (Alcance y objetivo):

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
Evaluador 1	5	6	6	17
Evaluador 2	6	6	7	19
Evaluador 3	2	4	3	9
Evaluador 4	3	3	2	8
TOTAL	16	19	18	53

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84
 Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12
 Puntuación estandarizada del dominio sería

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}} \times 100 = 57\%$$

Si se excluyen ítems, debe modificarse adecuadamente los cálculos de la puntuación máxima y mínima posible del dominio.

¿Cómo interpretar los resultados?

- No se ha establecido puntuaciones mínimas o patrones de puntuación entre dominios que diferencien entre guías de alta y baja calidad.

Cuanto más cercano es al 100% mejor es el rigor metodológico

¡Califica con 100% la GPC aunque esté mal metodológicamente!



Dominio 1

Alcance y Objetivo

1. ¿El objetivo general de la guía está específicamente descrito?

- Objetivos de salud: prevención, diagnóstico, tratamiento
- Beneficio o resultado esperado
- Diana(s): población de pacientes, sociedad



1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Promoción, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos**, forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Fomentar la utilización de los métodos anticonceptivos como parte de la salud reproductiva integral de las personas
- Prescribir a las personas en edad reproductiva los métodos anticonceptivos que soliciten, siguiendo los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- Fomentar el uso de métodos anticonceptivos con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos no deseados en la población en edad reproductiva.
- Transmitir de manera veraz, oportuna y en lenguaje claro, a las personas en edad reproductiva, información sobre la aplicación de los métodos anticonceptivos.
- Contribuir para que en las unidades de salud se proporcionen los insumos necesarios a los usuarios y puedan protegerse durante un largo periodo de tiempo o ante una situación de emergencia (pandemias).
- Informar de la existencia de los métodos anticonceptivos de emergencia y la indicación de su uso cuando se requiera

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

2. ¿El aspecto de salud cubierto por la guía está específicamente descrito?

- Población diana
- Intervención(es) o exposición(es)
- Comparación(es) (si es el caso)
- Resultado



Población blanco	Adultos. ←
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal, Secretaría de Salud
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9MC: B02.09 Herpes zoster ←

3. ¿La población a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita?

- *Población diana, género y edad.
- *Condición clínica (si fuese relevante)
- *Severidad/estadio de la enfermedad (si fuese relevante)
- *Comorbilidades (si fuese relevante)
- *Poblaciones excluidas (si fuese relevante)

Población blanco | Mujeres en edad reproductiva con embarazo confirmado

Población blanco | Población pediátrica de 1 mes a 16 años de ambos sexos.



Dominio 2 Participación de los implicados



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

- Nombre
- Disciplina/especialidad
- Institución, localización geográfica
- Descripción del papel del miembro en el grupo elaborador de la guía



GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA				
Mtra. [REDACTED]	Ginecología y obstetricia, Uroginecología, Maestría en Ciencias de la Educación	Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, SEDENA	Médico adscrito a Urgencias de Ginecología y Obstetricia	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO), Sociedad Mexicana de Urología Ginecológica
Dr. [REDACTED]	Ginecología y Obstetricia, Medicina Perinatal	Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 4, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Subdirector Médico de la Jornada Acumulada	COMEGO Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO)
Dr. [REDACTED]	Urgencias Médico Quirúrgicas/ Medicina del Enfermo en Estado Critico	Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga	Jefe de división Áreas Críticas	International Patient Blood Management Foundation, Colegio Mexicano de Medicina Crítica (COMMEC), Sociedad Mexicana de Trombosis y Hemostasia (SOMETH), Colegio Mexicano de especialistas en Obstetricia Crítica (COMEOC)
Dra. [REDACTED]	Medicina interna Medicina del enfermo en estado crítico	Hospital Materno Celaya	Jefatura de la Unidad de Obstetricia Crítica	COMMEC, Consejo Mexicano de Medicina Crítica (CMMC)
LE [REDACTED]	Maestría en Administración de Organizaciones de la Salud	Hospital General Regional Lic. Emilio Sánchez Piedras, Servicios de Salud del Estado de Tlaxcala	Enfermera Especialista Unidad Toco quirúrgica	Colegio de Profesionales de Enfermería en el Estado de Tlaxcala (CPEET)

5. ¿Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc)?

- Estrategia usada para captar preferencias de los pacientes
- Resultados recogidos sobre la información de los pacientes
- Descripción, cómo la información fue usada en la elaboración de la guía

Dra. Ana Patricia Caledonio Escobar	Médico de Familia	Médico consultante	ISSS, Clínica comunal de San Antonio Abad
Mstra. Julia Dolores Guadrón	Enfermera, Maestra en Investigación	Colaborador técnico	Unidad Nacional de Enfermería, Minsal

Validación con Pacientes

En el panel de expertos se invitó a participar a pacientes de las consultas de colposcopias de tres hospitales del país.

Participantes:

- Claudia Patricia Valle de Minero (paciente sobreviviente de cáncer de cérvix).
- Nassary Raquel Ángel Flores (paciente en tratamiento por lesión premaligna del cérvix).

Usuarios potenciales	Médicos generales, Médicos especialistas, Personal de enfermería, personal médico y de enfermería en formación.
-----------------------------	---

Impacto esperado en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir con la disminución de la tasa de morbilidad hospitalaria por amenaza de aborto • Disminuir la tasa de mortalidad general y hospitalaria por aborto • Mejorar la calidad de vida de las pacientes con amenaza de aborto • Incrementar la tasa de diagnóstico temprano de amenaza de aborto y sus complicaciones • Referencia oportuna al segundo nivel de atención
----------------------------------	--

6. ¿Los usuarios diana de la guía están claramente definidos?

- Clara descripción de la audiencia a la que va dirigida la guía
- Descripción de cómo la guía puede ser usada por su audiencia

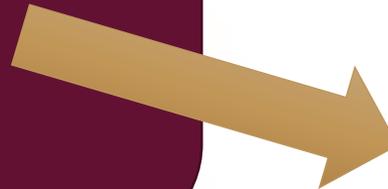


Dominio 3 Rigor en la elaboración



7. ¿Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia?

- Nombra las bases de datos (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO)
- Periodos de búsqueda utilizados
- Términos de búsqueda utilizados
- Estrategia de búsqueda completa utilizada



3.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Tratamiento de Dislipidemia en el adulto**. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**
- Documentos publicados los últimos **5 años⁵**
- Documentos enfocados **Tratamiento de Dislipidemia**.
- Documentos enfocados a humanos

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma.

3.4.1. Búsqueda de GPC

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el (los) término(s) MeSH **Dyslipidemia** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **45** resultados, de los cuales se utilizaron **7** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("dyslipidaemias"[All Fields] OR "dyslipidemias"[MeSH Terms] OR "dyslipidemias"[All Fields] OR "dyslipidaemia"[All Fields] OR "dyslipidemia"[All Fields]) AND ((guideline[Filter] OR practiceguideline[Filter]) AND	45



8. ¿Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad?

- Descripción de los criterios de inclusión.
 - *Características de población diana.
 - *Diseño del estudio
 - *Comparaciones
 - *Resultados idioma o contexto
- Descripción de los criterios de exclusión

3.4.1 Búsqueda de GPC

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el (los) término(s) MeSH **acute stroke and treatment** considerando los criterios de **inclusión** y exclusión definidos. Se obtuvieron **185** resultados, de los cuales se utilizaron **6** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
<p>Search: acute stroke and treatment Filters: Guideline, Practice Guideline, in the last 5 years</p> <p>(("stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields] OR ("acute"[All Fields] AND "stroke"[All Fields]) OR "acute stroke"[All Fields]) AND ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields])) AND ((y_5[Filter]) AND (guideline[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR practiceguideline[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR systematicreview[Filter]))</p> <p>Translations acute stroke: "stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields] OR ("acute"[All Fields] AND "stroke"[All Fields]) OR "acute stroke"[All Fields] treatment: "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "treatment's"[All Fields]</p> <p>Warnings acute stroke and treatment</p> <p>Stop word: and</p>	<p>185 documentos obtenidos como resultado</p>

9. ¿Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas?

Se debe proporcionar descripciones sobre las fortalezas y las limitaciones de la evidencia (usando tablas de evidencia GRADE)

- ✓ Diseño de estudio
- ✓ Consistencia y aplicabilidad
- ✓ Precisión
- ✓ Riesgos y beneficios de la intervención

Pregunta: La prueba de VPH-AR de alto riesgo comparado con Citología para la prevención del cáncer del cuello uterino invasivo

Bibliografía: Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Sniiders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 8 de febrero de 2014;383(9916):524-32.[11]

CI: Intervalo de confianza: HR: Razón de riesgos instantáneos

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	La prueba de VPH de alto riesgo	Citología	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Carcinoma de células escamosas (evaluado con : 1 pg/ul)												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación ^c	35/653209 (0.0%)	38/561206 (0.0%)	HR 0.78 (0.49 a 1.25)	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
adenocarcinoma												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación ^c	9/653209 (0.0%)	25/561206 (0.0%)	HR 0.31 (0.14 a 0.69)	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
1A												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^d	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación ^c	21/653209 (0.0%)	32/561206 (0.0%)	HR 0.58 (0.34 a 1.01)	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
> 1A												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^e	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación ^c	19/653209 (0.0%)	31/561206 (0.0%)	HR 0.56 (0.31 a 1.00)	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO

10. ¿Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos?

- Debe haber una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones y de cómo se llegó a las decisiones finales.
- Los métodos incluyen, un sistema de votación, consenso informal o técnicas formales de consenso (Delphi)

Las **recomendaciones** presentadas en esta guía fueron discutidas y aceptadas en un panel multidisciplinario de profesionales, con participación de pacientes, sociedades médicas y expertos en el tema, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), quienes contribuyeron a definir la fuerza de las **recomendaciones**, validando cada una de ellas con la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación siguiendo el sistema GRADE. En la guía se describen algunos puntos

Las **recomendaciones** fueron formuladas en dos pasos.

Primero: el GDG revisó y reformuló las **recomendaciones** preliminares de la Guía de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino, segunda edición año 2021, considerando la evidencia de la guía, evidencia local, sistema de salud de El Salvador, normativa vigente, el balance de riesgos y beneficios, preferencias de las pacientes y las capacidades para la implementación (equidad, recursos, aceptabilidad y factibilidad) en el contexto del país.

Segundo: las **recomendaciones** se discutieron y ajustaron en un panel de expertos con representantes de las pacientes, sociedades médicas y expertos del SNIS, quienes contribuyeron a definir la fuerza de las **recomendaciones**, validando cada una de ellas. Se utilizó el enfoque GRADE para reformular las **recomendaciones** y la calificación del grado de recomendación. La información que se generó en el panel se presentó de forma descriptiva dentro de cada pregunta con el resumen de la evidencia y en las tablas de la evidencia a la recomendación EtD, (por sus siglas en inglés) que presentan los juicios como la magnitud del problema, efectos deseados e indeseados, balance de los efectos, valores y preferencias, recursos requeridos, equidad, aceptabilidad y factibilidad(19), de acuerdo on el contexto nacional. Se presentan en el Anexo 8.

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

- La guía debe considerar los beneficios en salud, efectos secundarios y riesgos cuando se formulan las recomendaciones
- Debe presentarse evidencia de que dichos temas han sido considerados
- Las recomendaciones reflejan las consideraciones tanto de los beneficios como de los daños/efectos secundarios/riesgos.

EFFECTOS INDESEABLES	CERTEZA DE LA EVIDENCIA	VALORES
<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No sé 	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ○ Baja • Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos 	<p>Un ECA sobre los motivos de no asistencia al tamizaje cervical y preferencias de auto toma de VPH en mujeres holandesas, evidencio que la razón más común de utilizar ADN de VPH, fue que se podía hacer en su propio horario en casa, facilitando la toma (50,2 %). Además, respondieron que "realizar el auto toma requiere menos esfuerzo que hacerse un frotis cervical" (42,0 %), y finalmente "las mujeres pueden realizar por sí mismas la prueba de auto toma" (36,7 %). Las mujeres más jóvenes respondieron con mayor frecuencia que al realizarse un auto toma, 1) sentían menos vergüenza, 2) menos inversión de esfuerzo y tiempo, y 3) el aspecto de "hacerlo por sí misma". El ensayo concluyo que, las barreras organizacionales son la razón principal de la falta de asistencia al tamizaje cervical regular (25).</p>
	<p>Certeza de la evidencia: moderada @@@○</p>	<p>Paciente como parte del panel expresa que le hubiera gustado que se le realizaran una prueba como el ADN de VPH, ya que por ser asegurada se le oferto otra prueba, para que el proceso de atención sea más corto, siendo importante implementarla para prevenir casos de cáncer de cérvix y brindarles mejores oportunidades a las pacientes.</p> <p>Expresan que la oportunidad que ofrece de autotoma de la prueba de ADN de VPH puede ser más cómoda para ellas, más fácil, rápida, y da privacidad, sin embargo, contar también con la prueba de citología siempre tiene beneficio siendo el objetivo poder identificar lesiones premalignas del cuello del útero.</p>

PREGUNTA 1. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso de la prueba de detección de ADN del VPH como prueba de detección primaria frente a otras pruebas para la detección de lesiones precancerosas del cérvix en mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH?

Recomendaciones para las mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH

Fuerza de la recomendación	Nº	Recomendación
----------------------------	----	---------------

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

*La guía describe como el grupo desarrollador usó y enlazó la evidencia para elaborar las recomendaciones.

*Cada recomendación está enlazada a una descripción/párrafo de evidencia clave y/o lista de referencias

*Las recomendaciones están enlazadas a los resúmenes de evidencia, tablas de evidencia que están en la sección de resultados de la guía.

E	<p>Los marcadores ultrasonograficos que predicen aborto en mujeres con viabilidad fetal confirmada son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bradicardia fetal (con FCF < 110 lpm, entre la 6 a 14 SDG, Sen 68 y Esp 97%) 2. Hematoma intrauterino (Sen 17% a 92% y Esp 17% a 83%), sin informacion existente en relacion al tamaño. 3. Diferencia entre MGSD y LCC (Sen 73% a 88% y Esp 73% a 88%) 4. Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones de ecogenicidad o ausencia (17% a 69% y 79% a 99%) 	<p>Alta GRADE <i>Pillai R, 2018</i></p>
Rc	<p>Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, para determinar el sitio y la viabilidad del embarazo (identificar actividad cardíaca fetal, saco gestacional, saco vitelino y polo fetal). Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Pillai R, 2018</i></p>

primaria de ADN del VPH seguida del tratamiento puede resultar en menos tratamientos en general y menos partos prematuros en la población examinada en comparación con la prueba primaria de IVAA, incluso cuando se asume un rendimiento favorable de la prueba de IVAA(22). Además, mostró que la reducción de costos era similar entre la prueba de ADN del VPH y la prueba de IVAA, y más bajos en comparación con la citología seguida de la colposcopia. Las pruebas de ADN del VPH fueron las más rentables. Aunque no se realizó un modelo para evaluar, la sensibilidad y la especi-

17 miento para la prevención del cáncer de cuello uterino en entornos de bajos recursos desarrollado en Sudáfrica cuyo objetivo fue determinar la seguridad y la eficacia de dos enfoques de detección y tratamiento para la prevención del cáncer de cuello del útero con la participación de 6 555 mujeres, de 35 a 65 años de edad, a nivel comunitario, realizado entre junio de 2000 y diciembre de 2002 en clínicas ambulatorias donde todas las participantes fueron examinadas mediante pruebas de ADN del VPH e inspección visual con ácido acético y distribuidas al azar a uno de tres grupos en donde

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

- La guía debe ser revisada externamente antes de su publicación
- Propósito de la revisión externa. Métodos usados para la revisión. Descripción de los revisores externos (por ejemplo: numero, tipo de revisores, afiliaciones). Resultados de la revisión externa.

VALIDACIÓN

VALIDACIÓN				
Protocolo de Búsqueda				
Lic. [redacted]	Asesora bibliotecaria	Universidad Anáhuac	Asesora bibliotecaria	Asociación Mexicana de Bibliotecarios A.C
Guía de Práctica Clínica				
Dr. [redacted]	Medicina familiar	IMSS	Médico adscrito a Unidad de Medicina Familiar IMSS No. 97	
Dr. [redacted]	Maestría en gestión directiva en servicios de salud	Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde	Medicina General Residente de Oftalmología	

14. ¿Se incluye un procedimiento para actualizar la guía?

- Una declaración de que la guía será actualizada, intervalo explícito de tiempo sobre cuando será actualizada.



Año de publicación

Año de publicación: 2021. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

Dominio 4

Claridad en la presentación

15. ¿Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas?

- Recomendación: descripción concreta sobre que intervención es adecuada, en qué situación y en que grupo de pacientes
- Mención de la acción recomendada, propósito de la acción recomendada (mejorar la calidad de vida), población relevante.

<p>R</p>	<p>Se recomienda alimentación por vía nasogástrica, post-pilórica o nasoyeyunal en pacientes con PA grave de acuerdo a las condiciones clínicas.</p> <p>Ver tabla de la evidencia a la recomendación 9</p>	<p>Fuerte GRADE</p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda alimentación por vía parenteral en pacientes con PA grave en quienes no es factible la nutrición enteral o está contraindicada.</p> <p>Ver tabla de la evidencia a la recomendación 9</p>	<p>Fuerte GRADE</p>



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

*Descripción de las opciones.

*Descripción de la población o de la situación clínica más apropiada para cada opción.



Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Condicional a favor ● Rc	12	Se sugiere LLETZ (escisión con asa de la zona de transformación), crioterapia o ablación térmica para tratar a todas las mujeres de la población general y las que viven con VIH que presenten enfermedad NIC 2+ confirmada histológicamente. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○

17. ¿Las recomendaciones clave son fácilmente identificables?

- Los usuarios deben encontrar fácilmente las recomendaciones más relevantes
- Pueden ser resumidas en un recuadro, escritas en negrita, subrayadas o presentadas mediante diagramas de flujo o algoritmos.



El lavado de manos con jabón reduce la enfermedad diarreica.

Alta GRADE
Freeman M, 2014



Se recomienda lavarse las manos con jabón después de defecar, antes de preparar y consumir alimentos, para reducir el riesgo de diarrea.

Alta GRADE
Ejemot-Nwadiaro R, 2015

(Figura 1 y 2)

Fuerza de la recomendación	Nº	Recomendación
Condicional a favor ● 	12	Se sugiere LLETZ (escisión con asa de la zona de transformación), crioterapia o ablación térmica para tratar a todas las mujeres de la población general y las que viven con VIH que presenten enfermedad NIC 2+ confirmada histológicamente. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○

Dominio 5 Aplicabilidad

Tabla 6: BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Aspecto	Barreras	Facilitadores	Estrategias de implementación
Recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> Falta de personal capacitado para la atención de pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino. Pobre motivación e interés del personal de salud en la adquisición de nuevos conocimientos. Falta de un programa de formación de educación continua en el área de colposcopia e investigación en salud. 	<p>Autoridades gubernamentales</p> <p>SNIS</p> <p>Instituciones formadoras (universidades)</p> <p>Asociaciones médicas y de salud nacionales e internacionales</p> <p>Organismos cooperantes nacionales e internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar los conocimientos del personal de salud existente y capacitar en el tamizaje, clasificación y tratamiento de las lesiones anormales del cuello uterino. Formación del personal de salud en la interpretación de las pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las pacientes. Gestionar la adquisición de los recursos necesarios para el adiestramiento del personal de salud. Formar personal de salud en temas relacionados a investigación, análisis e interpretación de estudios clínicos y bioestadística.

18. ¿La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación?

- La GPC identifica y propone estrategias para su aplicación.
- A través de los factores facilitadores y barreras que se consideraron. Métodos para buscar información sobre los factores facilitadores y barreras para implementar las recomendaciones.



19. ¿La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica?

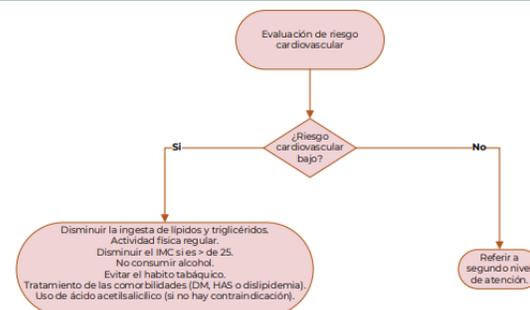
- *Una sección de implementación en la guía.
- Documentos resumidos de la guía
- Algoritmos
- *Indicaciones como los usuarios pueden acceder a herramientas y recursos.



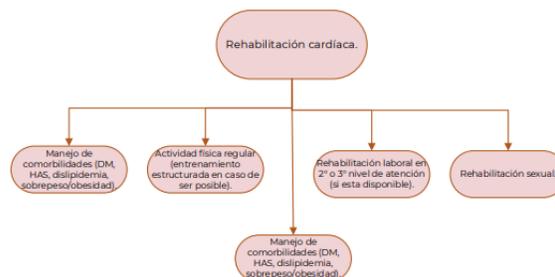
3. ANEXOS

3.1. Diagramas de flujo

Flujograma 1. Prevención primaria del IAM.



Flujograma 2. Aspectos básicos de la rehabilitación cardíaca.



¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?

- Grandes costos
- Costos moderados
- Costos y ahorros insignificantes
- Ahorro moderado
- Grandes ahorros
- Varía
- No sé

Un análisis costo efectividad en 78 países de ingresos bajos y medios muestra una gama de valores de PIB. La media ponderada por población del PIB de los 78 es de 1999 dólares. Por lo tanto, con un umbral medio de valor monetario total de los bienes y servicios producidos de 1X PIB o incluso 0,5 PIB, el tamizaje primario del VPH a intervalos de cinco años entre los 30 y los 50 años podría considerarse rentable. A nivel de país, 68 de los 78 países de ingreso bajos y medios tienen un PIB superior a 502 dólares, y, por tanto, el tamizaje del VPH primario cada cinco años está por debajo del umbral de 1X valor monetario total de los bienes y servicios producidos para el 87 % de los países de ingresos bajos y medios considerados (22).

Sin embargo un intervalo de detección de cinco años puede resultar en costos más bajos que uno de 10 años cuando se proporciona la prueba de ADN del VPH con o sin triaje (22).

En un estudio de costo efectividad en El Salvador la estrategia de detectar y tratar fue la estrategia menos costosa y la más efectiva, dominando sobre la colposcopia y Papanicolaou con un Índice de costo efectividad (ICER) de US\$ 2040 (YLS), muy rentable dado el PIB per cápita de El Salvador de US\$ 3777(34).

20. ¿Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos?

- La guía debe recoger una discusión sobre el impacto potencial de las recomendaciones sobre los recursos
- Identificación de los tipos de información sobre costes que se consideraron
- Métodos que se usaron para buscar información sobre costes
- Descripción de cómo la información recogida fue utilizada para ayudar en el proceso



3.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

21. ¿La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría?

- Recomendaciones clave de la guía
- Identificación de criterios para evaluar la implementación de la guía o adherencia a las recomendaciones
- Consejos sobre la frecuencia e intervalo de medición.
- Descripciones o definiciones operativas de como deben medirse los criterios

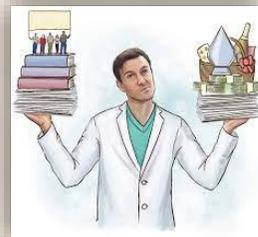
Diagnóstico(s) Clínico(s):		Hipertensión arterial en el adulto mayor	
CIE-9-MC / CIE-10		CIE-10: I10 Hipertensión Esencial	
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			
Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Adultos mayores de 65 años. Hombre y Mujer.	Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Familiares, Estudiantes	Primer, segundo y tercer nivel	(Cumplida=SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
DIAGNÓSTICO			
Se debe realizar una historia clínica y un examen físico completo y, si está clínicamente indicado, pruebas complementarias en busca de daño a órganos diana e identificar factores de riesgo cardiovascular, así como los factores externos que puedan inducir o agravar la hipertensión dentro de las 2 primeras consultas. La segunda consulta debe programarse dentro de 1 mes.			
Para diagnosticar hipertensión arterial sistémica, se puede utilizar la "determinación domiciliaria de la tensión arterial" (realizada con mediciones secuenciales por paciente/familiar en domicilio) o utilizando "Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial" (MAPA), de acuerdo a las siguientes parámetros diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Promedio de 24 horas \geq 130/80 mmHg. • Horas diurnas (en estado de despierto) promedio \geq 135/85 mmHg. • Horas nocturnas (en estado de dormido) promedio \geq 120/70 mmHg. • Promedio \geq 135/85 mmHg en determinaciones domiciliarias repetitivas durante el día. 			
No se recomienda presiones arteriales sistólicas menores a 120 mmHg en mayores de 85 años, debido al incremento en la morbi-mortalidad posterior al ajuste de comorbilidades como edad, sexo, estatus funcional, demencia, cáncer y enfermedad cardiovascular.			
En adultos mayores de 80 años, se recomienda mantener la presión sistólica, en 150/80 mmHg como máximo pero no menor de 120 mmHg, ya que en estudios como SHEP, HYVET y MRC trial, estas cifras incrementaron el riesgo de evento cerebrovascular, infarto al miocardio y la mortalidad.			
La American Heart Association/American College of Cardiology/American Society, recomienda que en adultos con enfermedad arterial coronaria o con síndrome coronario agudo la tensión arterial objetivo sea diferente según la edad: <ul style="list-style-type: none"> • En pacientes de 80 años o menores, mantener por debajo de 140/90 mmHg. • Si tienen más de 80 años, mantener por debajo de 150/90 mmHg. 			
El Eighth Joint National Committee (JNC 8) recomienda una tensión arterial objetivo en mayores de 60 años de acuerdo a la comorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> • Sin diabetes mellitus o enfermedad renal crónica mantener por debajo de 150/90 mmHg. • Con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica mantener abajo de 140/90 mmHg 			
Se recomienda evaluar en busca de las causas médicas de hipertensión secundaria más comunes: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal: primaria, aguda o crónica. • Hipertensión renovascular: la causa más común es la enfermedad aterosclerosa (nefropatía isquémica). • Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño. • Enfermedad endocrina: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo. • Uso de fármacos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). ◦ Antidepresivos. ◦ Glucocorticoides. ◦ Descongestionantes nasales (fenilefrina, pseudoefedrina). ◦ Eritropoyetina. ◦ Medicamentos para control de peso. ◦ Estimulantes del SNC: metilfenidato, modafinilo. ◦ Cafeína y alcohol. 			



Dominio 6 Independencia editorial

22. ¿Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía?

- Algunas guías se desarrollan con financiación externa (fondos gubernamentales, ONGs, compañías farmacéuticas).
- Debe haber una declaración explícita de que los puntos de vista o intereses de los financiadores no han influenciado las recomendaciones finales.



Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9 MC Contracepción, anticonceptivo - asesoramiento NCOC V25.09 - colocación - consejos NCOC V25.09 - dispositivo (in situ) V45.59 - mantenimiento V25.40 - receta, prescripción - tratamiento NCOC V25.49 - vigilancia, seguimiento V25.40
Impacto esperado en salud	Disminuir la incidencia de embarazos no planeados. Reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Que la población ejerza sus derechos sexuales de manera libre y responsable.
Aspectos que no cubre la GPC	Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Pronóstico, Rehabilitación
Metodología	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: 1 de enero de 2015 al 31 de agosto de 2021 Número de fuentes documentales utilizadas: 3 original, del periodo al periodo 1 de enero de 2015 al 31 de agosto de 2021 y 11 fuentes utilizadas en la actualización 1 de enero de 2015 al 31 de agosto de 2021 especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía.
Conflicto de interés	Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés.



23. ¿ Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía?

- Descripción de los tipos de conflicto de interés considerados.
- Métodos usados para buscar los potenciales conflictos de interés.
- Descripción de cómo los conflictos de interés influyeron en el proceso de elaboración y en el desarrollo de las recomendaciones.

ANEXO 1. Resumen del análisis de los **conflictos** de intereses

Tabla 11: análisis del formulario de intereses que cada miembro del grupo desarrollador completó, así como la decisión de los líderes.

Nombre	Rol en la guía	A. Interés económico personal específico o no específico	B. Interés económico no personal específico o no específico	C. Interés no económico personal	D. Interés económico personal específico o no específico de un familiar	Decisión
Rocío Cajar	Miembro grupo temático	No	No	No	No	Ninguna
Maricela Rivas	Miembro grupo temático	No	No	No	No	Ninguna
Idalia de Sánchez	Miembro grupo temático	No	No	No	No	Ninguna
Cristian Romero	Miembro grupo temático	No	No	No	No	Ninguna



Calificación global

Calidad general de la guía

Sí la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica



Es un juicio de la calidad de la guía, teniendo en cuenta la calificación de los ítems considerados en el proceso de evaluación.



AGREE-HS



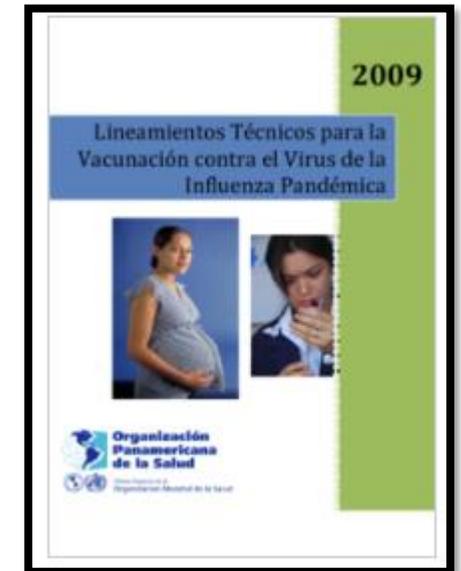
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

AGREE HS

- Está diseñado para su aplicación a documentos de orientación de sistemas de salud (HSG).
- En general, si un documento aborda un desafío de los sistemas de salud y proporciona recomendaciones o declaraciones de acción, se puede evaluar con el AGREE-HS.



Usuarios de la herramienta AGREE-HS

Desarrolladores de guías

- Utilizar como marco metodológico estructurado, sistemático y estandarizado para desarrollar e informar HSG.

Responsables de políticas y directores de programas

- Evaluar la calidad del HSG que se recomienda utilizar.
- Para informar el desarrollo y la implementación de políticas.
- Para mejorar el seguimiento y la evaluación de políticas



Partes interesadas (incluidos *pacientes/consumidores, profesionales de la salud, investigadores, educadores y otras partes interesadas en el desarrollo y la adopción de HSG*)



Estructura y Contenido de la Herramienta AGREE-HS

El AGREE-HS se compone de cinco elementos que representan dominios clave de calidad de HSG:

- 1. Tema**
- 2. Participantes**
- 3. Métodos**
- 4. Recomendaciones**
- 5. Implementabilidad**



AGREE-REX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

AGREE-REX

- Herramienta válida y confiable
- Evalúa la calidad de las recomendaciones de las guías y una estrategia para informar su desarrollo y presentación de informes.
- Su objetivo: optimizar la calidad de las recomendaciones de las guías, definidas como clínicamente creíbles, confiables e implementables.

Aún puede tener cambios el manual de usuario

AGREE-REX: Excelencia en las recomendaciones

AGREE-REX aborda tres factores que se consideran para garantizar que las recomendaciones de las guías sean de alta calidad.

- Credibilidad clínica de las recomendaciones.
- Consideración de los valores de todas las partes interesadas en la formulación de las recomendaciones.
- Implementabilidad de las recomendaciones.

AGREE-REX puede ser utilizado por:

Desarrolladores de guías



Responsables de políticas y directores de programas



Administradores de bases de datos de directrices



Proveedores de servicios de salud



Investigadores



Partes Interesadas

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO



Educadores



AGREE-REX se compone de 9 elementos que representan los dominios clave de calidad de una GPC:

Dominios	Ítems
Aplicabilidad clínica	1. Evidencia 2. Aplicabilidad a los usuarios objetivo 3. Aplicabilidad a pacientes/poblaciones
Valores y preferencias	4. Valores y preferencias de los usuarios objetivo 5. Valores y preferencias de pacientes / poblaciones 6. Valores y preferencias de los encargados de formular políticas y tomar decisiones 7. Valores y preferencias de los desarrolladores de directrices
Implementabilidad	8. Propósito 9. Aplicación y adopción local

CÓMO UTILIZAR EL AGREE-REX: EN BREVE

- Se puede utilizar para determinar el grado en que los autores de optimizan la calidad de las recomendaciones.
- También para informar el desarrollo de directrices y los requisitos de presentación de informes.

El AGREE-REX es un complemento del AGREEII.

AGREE-REX se centra específicamente en el desarrollo y presentación de informes de las recomendaciones de las directrices.



El AGREE-REX se ha desarrollado asumiendo que el usuario está familiarizado con los principios básicos de la práctica basada en la evidencia y los componentes clave de una guía de práctica clínica.

Pirámide tradicional



Modelo actual



Fuente: adaptada y traducida desde el artículo: *Proposed new evidence-based medicine pyramid*⁸.





2024
AÑO DE
Felipe Carrillo
PUERTO
REINVENTO DEL PROLETARIADO,
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR
DEL MAYOR



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

Ejercicio

Evaluación de una GPC con AGREE II



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

1.- Ingresar a: <https://www.agreetrust.org/>

The screenshot shows the homepage of the AGREE website. At the top, there is a navigation bar with links for 'Hogar', 'Acerca de', 'ACEPTAR Herramientas', 'Proyectos de investigación', 'Noticias', and 'MI ACUERDO PLUS'. The main content area features a welcome message, a search bar, and several informational sections. A central graphic displays the AGREE logo with the text 'APPRAISAL OF GUIDELINES RESEARCH & EVALUATION'. Below this, there is a call to action '¡Apoyanos!' and a 'Support the AGREE website' section with a statistics table. On the right side, there are sections for 'Descargar ACUERDO II PDF', 'Última actualización', 'Enlaces rápidos', and 'Siganos en Twitter'.

AGREE
Avanzando en la ciencia de las directrices de práctica

Hogar Acerca de ACEPTAR Herramientas Proyectos de investigación Noticias MI ACUERDO PLUS

Bienvenido al sitio web de AGREE Enterprise.

El Instrumento de Evaluación de Directrices para la Investigación y Evaluación (AGREE) evalúa el proceso de desarrollo de directrices prácticas y la calidad de los informes.

El Instrumento AGREE original ha sido actualizado y perfeccionado metodológicamente. El AGREE II es ahora la nueva herramienta internacional para la evaluación de guías de práctica. El AGREE II es válido y fiable y consta de 23 ítems organizados en los 6 dominios de calidad originales.

Saber más...

¡Apoyanos!

Support the AGREE website

MyAGREE usage, 2014-22	
67,000	Registered users
95,000	Individual appraisals in total
17,000	Group appraisals in total
15	Appraisals per day
1,900	Active users in past 6 months
313	Group appraisals in past 6 mo.

Can you "agree" to help in our fundraising campaign? No donation is too small!

Descargar ACUERDO II PDF

Última actualización

- Ahora hay una versión japonesa de la herramienta AGREE-REX disponible en nuestro sitio web. Es un placer para nosotros anunciar la traducción de AGREE-REX al japonés. Este...

Enlaces rápidos

- Herramientas de capacitación en línea AGREE II
- ACEPTAR Lista de verificación de informes
- Mi plataforma AGREE PLUS
- Conozca MI AGREE PLUS viendo nuestros videos en línea

Siganos en Twitter

ACEPTAR Empresa

Cuenta Oficial de Tasación de Lineamientos para la Investigación y Evaluación (AGREE) Empresa RT's = sin respaldo #GuíasdePráctica #Guíasclínicas

ACEPTAR Empresa Retuitado

eBASE África 28 de febrero

#2DAYS para cerrar la presentación de resúmenes para la Cumbre Global de Evidencia #GES2024. Visite el sitio web @GESummit ahora y envíe su resumen antes de que cierre el 29 de febrero.



AGREE

Avanzando en la ciencia de las directrices de práctica

Mónica Loera [Cerrar sesión](#)

JD
ALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLOGICA EN SALUD

Hogar

Acerca de

ACEPTAR Herramientas

Proyectos de investigación

Noticias

Mi ACUERDO PLUS

2010

[Cerrar sesión](#)

[Iniciar sesión en la página de financiación](#)

[Iniciar sesión no disponible temporalmente](#)

[Contraseña perdida](#)

[Registro](#)

[Restablecer la contraseña](#)

Ahora hay una versión china de la herramienta AGREE-REX disponible en nuestro sitio web

Bienvenido al sitio web de AGREE Enterprise.

[Tu perfil](#)

[Acerca de la empresa AGREE](#)

[Publicaciones relacionadas con AGREE](#)

[ACEPTAR Herramientas](#)

[Proyectos de investigación](#)

[Noticias](#)

[Pautas de práctica](#)

[Mi acuerdo](#)

[ACUERDO II](#)

Panel

Hola, Mónica Loera.

- [Editar perfil](#)
- [Cerrar sesión](#)



Instrumento ACUERDO II

[Descargar ACUERDO II](#)

Herramientas de formación

Aprenda a aplicar el AGREE II a través de nuestros módulos de formación.

Pautas de valoración

Pautas de práctica de tasación con la plataforma de tasación online My AGREE PLUS.

Informes de directrices

Aplique la Lista de verificación de informes ACREE cuando presente las pautas.

Síguenos en Twitter

[Seguir a @AGREEScientific](#)





DE ACUERDO > MI ACUERDO PLUS

Mis valoraciones individuales

Estas son evaluaciones de pautas que son para su uso personal.

Última actividad:

Guía de dermatitis atópica para México (GUIDAMEX): lineamientos usando metodología ADAPTE (finalizada: 29 de junio de 2023) [Más detalles »](#)

[Ver todo incompleto \(0\)](#) [Ver todo completo \(28\)](#)

Mis contribuciones a las tasaciones grupales

Son valoraciones de lineamientos que forman parte de una Valoración Grupal.

Actualmente no tienes ninguna contribución a tasaciones grupales.

Mis valoraciones grupales coordinadas

Se trata de valoraciones de directrices realizadas por un grupo de Colaboradores que usted está Coordinando.

Última actividad:

Guías de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas de 2017 para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea infecciosa (creada: 30 de mayo de 2019) [Más detalles »](#)

[Ver todo incompleto \(10\)](#) [Ver todo completo \(0\)](#)

Bienvenida Loera

Tu avatar

Loera Mónica
kittymohrnl@gmail.com

[Actualiza estos detalles](#)

Apoye el sitio web de AGREE

MyAGREE cuenta con su apoyo.

¿Por qué no hacer una donación hoy usando **Stripe** ?

Por favor seleccione

EL DÓLAR AMERICANO \$

cantidad

Por favor considere donar . ¡Toda pequeña ayuda!

Ayuda

- [Mi página de ayuda de AGREE PLUS](#)
- [Vídeo: Descripción general de la plataforma My AGREE PLUS](#)



Mis valoraciones individuales

Completado (el más reciente completado aparece primero)

1. Guía de dermatitis atópica para México (GUIDAMEX): lineamientos usando la metodología ADAPTE

Más detalles "

2. endometriosis

Más detalles "

3. Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina

Más detalles "

4. Directriz FSRH

Más detalles "

5. consenso canadiense de anticoncepción

Más detalles "

6. Planificación familiar OMS

Más detalles "

7. Dietoterapia y alimentos. Paciente con diabetes mellitus.

Más detalles "



Marcar la tasación como incompleta



¿Está seguro de que desea hacer esto?

Ver tasación individual

Estado de su Tasación Individual

Nombre de la directriz

endometriosis

URL de guía

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline> 

Trabaja en esta Tasación

Editar la portada [Continuar valorando](#) [Marcar como completado](#) [Eliminar](#)

Notas

Tasación Incompleta

o Cancelar



Evaluación general

A

Para cada pregunta, elija la respuesta que mejor caracterice la directriz abordada:

1. Califique la calidad general de esta guía.

D

Se de de La menor calidad posible 1 2 3 4 5 6 7 La mayor calidad posible

2. Recomendaría el uso de esta guía:

Notas:

D

E de co ot

C**E**

Guardar y ir al anterior

Guardar y finalizar

C Totales de dominio

Dominio	Total
1. Alcance y Propósito	20
2. Participación de las partes interesadas	21
3. Rigor del desarrollo	56
4. Claridad de presentación	21
5. Aplicabilidad	26
6. Independencia editorial	13

la guía
mplo,

ecesidad
tes y



AGREE II

A critical appraisal of: endometriosis using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Loera Mónica

Date: 6 March 2024

Email: kittymohrnl@gmail.com

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/97806>

Guideline URL:
<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>

Overall Assessment

Title: endometriosis

Overall quality of this guideline: 7/7

MUCHAS GRACIAS



**SE ACEPTAN APLAUSOS NO
PREGUNTAS**

makeameme



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD



Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido
Médico General

Marina Nacional 60, piso 1, Col. Tacuba C.P. 11410, Alcaldía Miguel Hidalgo, Cd Mx

Teléfono: (55) 63924300

coordinacion.gpc5@gmail.com

monica.loera@salud.gob.mx

GRADE - ADOLOPMENT

DRA. BUSTAMANTE LAMBARÉN LOURDES AMANECER
COORDINADORA CENETEC SEDE CD MX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

¿POR QUÉ DECIDI PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO?

¿QUÉ HAGO AQUÍ?



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



1753
Jame Lind

1746 – 1747 Primer Ensayo Clínico, “*Un tratado del Escorbuto*”



1849
John Snow

Padre de la Epidemiología. Publicó su hipótesis en un artículo titulado “*modo de comunicación del cólera*”



1972
Archie Cochrane

Trabajo sobre **Efectividad y Eficiencia** en los Servicios de Salud



John Wennberg
1973 - 1976

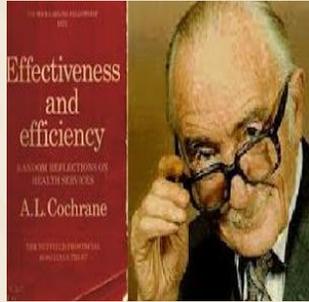
Trabajo sobre la **variabilidad** de la práctica clínica y crítica a la medicina



1991
Gordon Guyatt

Medicina Basada en Evidencia (MBE) “*decisión por consenso de expertos*” de la mejor evidencia científica disponible

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



1972
Archie Cochrane

“Es una **gran crítica a nuestra profesión** que no hemos organizado un resumen crítico por especialidad o subespecialidad, actualizado periódicamente de todos los ensayos relevantes”



1992 - 1993
Colaboración
Cochrane
Iain Chalmers y Sackett

Investigadores de todo el mundo, realizan un proceso riguroso y sistemático de las intervenciones en salud para que sea **confiable la toma de decisiones** de los profesionales de la salud de acuerdo con MBE

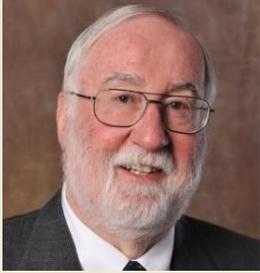


1994
Cochrane Handbook

Uso de herramientas que faciliten la incorporación de todo el conocimiento científico que va surgiendo en todo el mundo



¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



1993 - 1996
Guyatt y Sackett

Definió la MBE como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes



1993
NICE, SIGN, SACKETT

Publicaron la primera jerarquía de los estudios

1993 a la fecha
Centros Elaboradores de GPC

SIGN (Escocia), NICE (Inglaterra y Gales), NZGG (Nueva Zelanda), NHMRC (Australia), Guías de Salud (España), CENETEC (México)



1997
Greenhalgh

Jerarquizó los diferentes tipos de estudios mostrando diseños de estudio más débiles y fuertes

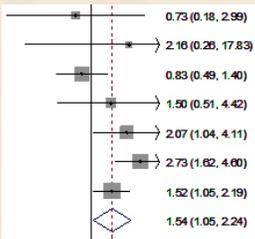


¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



1998 - 2003
AGREE

Instrumento para **evaluar** el desarrollo y el reporte de los diferentes estudios y Herramienta para evaluar la calidad de las guías



1999
Declaración QUAROM

Calidad de **reportar un Metaanálisis**, donde establecían 18 ítems que los autores y editores de revistas deben considerar a la hora de publicar

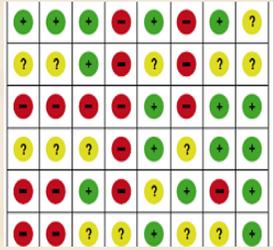


2000
GRADE

Enfoque transparente para **calificar la calidad de la evidencia**, desarrollando un marco en el cual la certeza en Evidencia se basó en numerosos factores y no solamente en el diseño

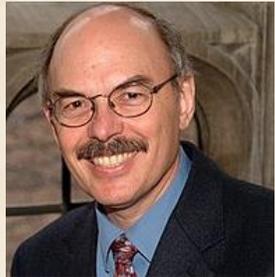


¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



Herramienta

2000 - MOOSE (Metaanálisis de estudios observacionales en epidemiología)
2007 - AMSTAR (Evaluación de múltiples revisiones sistemáticas)
2008 - Herramienta Cochrane para ECA's
2008 - GRADE
2009 - PRISMA



**2001 - 2009
Brian Haynes**

Universidad de McMaster, propuso el modelo piramidal 4S piramidal de acceso a la información, para poder obtener la mejor evidencia disponible en los diferentes sitios ahora 6S

*Inteligencia Artificial(ChatGTP),
Uptodate, Dynamed, BMJ best Practice, NICE, Preevid
NICE, SIGN, RNAO, Guía Salud, RNAO, REAETS,
CENETEC,IETS. DARE ,Evidence alerts, NHS evidence,
ACP Journal, Health Evidence, CRD, Cochrane
Pubmed,Scopus,Scielo,Lilacs, Google Scholar, Clinical
Trials, International Clinical Trials Registry Platform*



¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



**2005
ADAPTE**

Colaboración internacional de desarrolladores de guías, investigadores y médico que tienen como objetivo promover el desarrollo mediante la adaptación de GPC ya existentes



**Ian Graham
Beatrice Fervers**



- Producir guías de **alta calidad** de manera oportuna
- Mantener guías **actualizadas**
- Trabajar con **recursos** cada vez más **limitados**
- Mejorar el **uso efectivo** de las guías
- Aprovechar las **guías existentes** para reducir la duplicación de esfuerzos
- Adaptar la información de acuerdo al medio sociocultural y las **características de SNS**

OPS



**2007 - 2009
OMS/OPS/ADAPTE**

OMS identifica que sus guías se basaban en recomendaciones de expertos y rara vez utilizaban metodología rigurosa basada en evidencias científicas

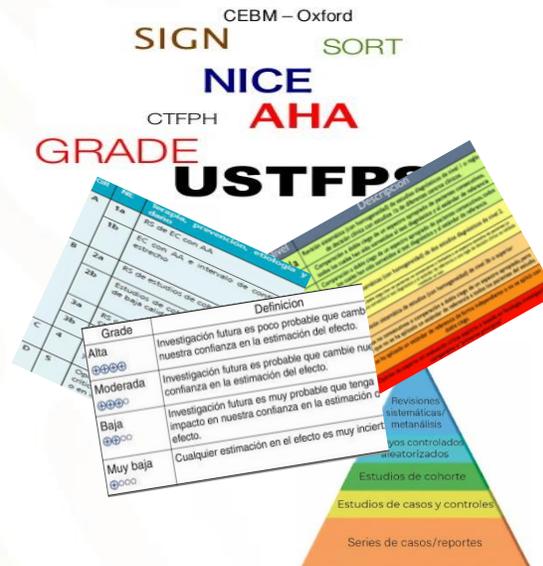
PROCESO ADAPTE



La Colaboración ADAPTE define la adaptación de guías como el enfoque sistemático para considerar el uso y/o modificación de una GPC existente, para su aplicación en un contexto diferente.

OBJETIVO

Promover el desarrollo y el uso de GPC por medio de la **ADOPCION/ADAPTACION** de **guías existentes**, tomando en consideración el **contexto cultural** para asegurar su aceptación y aplicación en la práctica local y así **reducir costos y tiempos**



ACEPTABILIDAD/APLICABILIDAD

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

GRADEpro | **GDT**

2011 - 2013
software GRADE

Perfil de evidencia (**GRADE EP**), Resumen de hallazgos (**GRADE SoF**),
Muestra datos relevante, Marco de la evidencia a la decisión (**EtD**)

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

- Alta
- Moderada
- Baja
- Muy Baja

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

- Fuerte
- Débil



Comparación 1 y 2: Fluticasona (FP) VS Beclometasona (BDP) o Budesonida (BUD) a dosis 1:1 por fármaco											GRADEpro	GDT
Evaluación de la calidad							Resumen de los Resultados				Calidad	
							Nº de pacientes		Magnitud del efecto			
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Grupo Fluticasona	Grupo Control	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000		
Comparación 1: FP versus BDP												
FEV1 (L)												
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	190	193	-	DM 0,07 menos (de 0,17 menos a 0,03 más)	⊕⊕⊕⊕	BAJA
FEV1 - predicho (%)												
2*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Poco probable	201	205	-	DM 0,10 más (de 2,82 menos a 3,03 más)	⊕⊕⊕⊕	MODERADA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento-hasta 6 semanas)												
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	185	195	-	DM 5 más (de 3,11 menos a 13,11 más)	⊕⊕⊕⊕	BAJA
PEF clínico - (seguimiento-hasta 6 semanas)												
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	193	195	-	-	⊕⊕⊕⊕	BAJA
Comparación 2: FP versus BUD												
FEV1 (L)												
1*	ECA	No serio	No seria	No seria*	Seria*	Serio*	148	148	-	DM 0,08 más (de 0,03 menos a 0,19 más)	⊕⊕⊕⊕	BAJA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento-4- 6 semanas)												
2*	ECA	No serio	No seria	No seria*	Seria*	Serio*	253	255	-	DM 8,06 más (de 2,74 a 13,39 más)	⊕⊕⊕⊕	BAJA



¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

2007 - 2015
OMS/OPS/GRADE

La OMS recomienda adoptar la **metodología GRADE**, y se cuenta con Manual GRADE, gdt.gradepro.org (Perfiles de evidencia/Tablas de resumen de hallazgos GRADE)

GRADE



2012 - 2017
GRADE - ADOLOPMENT
Holger J. Schünemann

Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudita.
Crea un manual para la producción de GPC donde describía el proceso de **GRADE-ADOLPMENT**



Journal of Clinical Epidemiology 81 (2017) 101–110

Journal of
Clinical
Epidemiology

GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT

Holger J. Schünemann^{a,b,*}, Wojtek Wiercioch^{a,b}, Jan Brozek^{a,b}, Itziar Etxeandia-Ikoltazeta^a, Reem A. Mustafa^{a,c,d}, Veena Manja^{e,f}, Romina Brignardello-Petersen^{g,h}, Ignacio Neumann^{a,i}, Maicon Falavigna^{a,k}, Waleed Alhazzani^{a,b}, Nancy Santesso^a, Yuan Zhang^a, Jörg J. Meerpohl^{l,m}, Rebecca L. Morgan^a, Bram Rochwerf^a, Andrea Darzi^l, Maria Ximenes Rojas^a, Alonso Carrasco-Labraⁿ, Yaser Adi^o, Zulfa AlRayees^p, John Riva^{q,r}, Claudia Bollig^a, Ainsley Moore^{a,i}, Juan José Yepes-Núñez^a, Carlos Cuello^{a,i}, Reem Waziry^{s,t}, Elie A. Akl^{u,v}

^aDepartment of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, 1280 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 4K1, Canada
^bDepartment of Medicine, McMaster University, 1280 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 4K1, Canada
^cDepartment of Internal Medicine/Nephrology, University of Missouri-Kansas City, 2801 Holmes Street, Kansas City, MO 64108, USA
^dDepartment of Biomedical and Health Informatics, University of Missouri-Kansas City, 2411 Holmes Street, Kansas City, MO 64108, USA
^eDivision of Cardiology, Department of Medicine, Veterans Affairs Medical Center, 3495 Bailey Avenue, Buffalo, NY 14215, USA
^fDepartment of Internal Medicine, University at Buffalo, The State University of New York, 3425 Main Street, Buffalo, NY 14214, USA
^gInstitute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, 155 College St, Toronto, ON M5T 3M6, Canada
^hEvidence-Based Dentistry Unit, Faculty of Dentistry, Universidad de Chile, Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago 8380492, Chile
ⁱDepartment of Internal Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Alameda 340, Santiago 8331150, Chile
^jHospital Moínhos de Vento, Rua Ramiro Barcelos 910, Bairro Moínhos de Vento, Porto Alegre, Brazil
^kNational Institute of Science and Technology for Health Technology Assessment, Federal University of Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, No. 2359, 90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil
^lCochrane Germany, Medical Center—University of Freiburg, Breisacher Strasse 153, Freiburg 79110, Germany
^mCentre de Recherche Épidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité—U1153, Inserm/Université Paris Descartes, Cochrane France, Hôpital Hôtel-Dieu, 1 place de Parvis Notre-Dame, 75181 Paris Cedex 04, France
ⁿDepartment of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio, Cx. 7 40-62 2nd Floor, Bogotá, Colombia
^oKing Faisal Specialist Hospital and Research Centre, Zuhairi Street, Al Mather, P.O. Box 3354 Riyadh 11211, Saudi Arabia
^pSaudi Centre for Evidence Based Health Care, Ministry of Health, King Abdulaziz Road, Riyadh 11176, Saudi Arabia
^qDepartment of Family Medicine, McMaster University, David Braley Health Sciences Centre, 100 Main Street West, 6th Floor, Hamilton, Ontario L8P 1B6, Canada
^rTecnologico de Monterrey School of Medicine, Avda. Moctezuma Prieto 3000 pta. CP 64710 Monterrey, Nuevo León, Mexico
^sDepartment of Internal Medicine, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, P.O. Box: 11-0236, Riad-El-Solh Beirut 1107 2020, Beirut, Lebanon
^tThe Kirby Institute, University of New South Wales, Wallace Wurth Building, University of New South Wales, Sydney, New South Wales 2052, Australia
 Accepted 1 September 2016; Published online 3 October 2016

GRADE - ADOLOPMENT



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENETEC
CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA
TECNOLÓGICA EN SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA con GRADE ADOLOPMENT

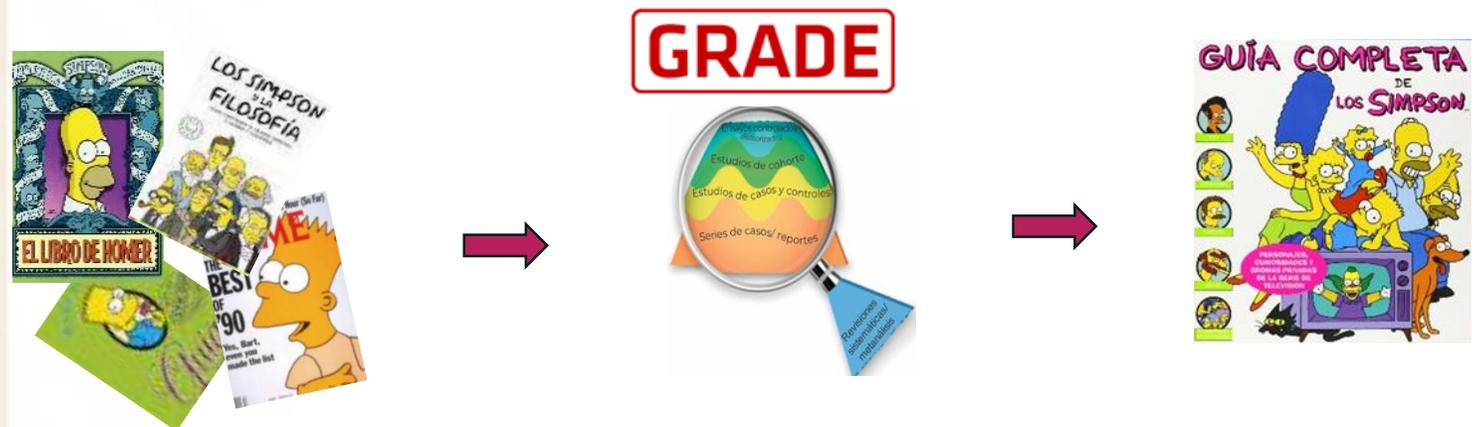
Son **RECOMENDACIONES** desarrolladas sistemáticamente, con la mejor Evidencia Científica, para **guiar** a los profesionales de la salud en la toma de decisiones, realizada con la metodología **GRADE** como **herramienta** que permita evaluar la **certeza de la evidencia** y **graduar la fuerza de las recomendaciones** en el contexto del lugar donde se realiza la GPC



PROCESO GRADE - ADOLOPMENT

La **METODOLOGÍA** se basa en los siguientes principios:

- Respetar los principios de **Medicina Basada en Evidencia**
- Usar una **metodología rigurosa** y **sistemática** para garantizar la calidad de la Guía adaptada
- Favorecer la participación de todos los futuros usuarios, para **fomentar la aceptación y aprobación** de la Guía adaptada



OPCIONES PARA DESARROLLAR UNA GPC



ADOPCIÓN:

- **Aceptación de una guía en su totalidad** después de evaluar su calidad, vigencia y contenido

ADAPTACIÓN:

- **Aceptación de una guía, realizando modificaciones** en las recomendaciones para implementarla en un contexto diferente



DE NUEVA CREACIÓN:

- Desarrollarla desde el principio

PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

GRADE



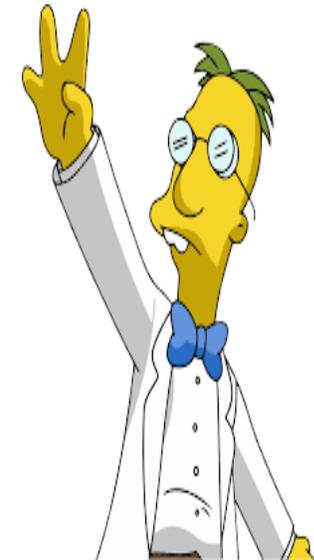
FASE DE ORGANIZACIÓN	FASE DE ADAPTACIÓN	FASE FINAL
<ul style="list-style-type: none">Módulo de preparación	<ul style="list-style-type: none">Alcance y propósitoBúsqueda y filtroValoraciónDecisión y selecciónPersonalización	<ul style="list-style-type: none">Revisión externa y agradecimientosPlanificación posteriorProducción Final



PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE ORGANIZACIÓN

Problema de Salud
Comité Organizador
Herramientas y Recursos
Coordinadores
Plan a Seguir
Cronograma de Reuniones



Fase I. ORGANIZACIÓN

Módulo de preparación

PROBLEMA DE SALUD

GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE ORGANIZACIÓN

Módulo de preparación



MONA SIMPSON
SÍNDROME DE PETER PAN



MOE SZYSLAK
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL



NELSON MUNTZ
SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA



BARNEY GUMBLE
ALCOHOLISMO



SEYMOUR SKINNER
COMPLEJO DE EDIPO



HOMERO SIMPSON
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE



BART SIMPSON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD



LISA SIMPSON
SÍNDROME DE ASPERGER



MARGE SIMPSON
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO



ABRAHAM SIMPSON
ALZHEIMER

Fase I. ORGANIZACIÓN



PAT - 2024



GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE ORGANIZACIÓN
Módulo de preparación



HERRAMIENTAS Y RECURSOS



Fase I. ORGANIZACIÓN

CENETEC



GRUPO DE TRABAJO
ESTRATEGICO



COMITÉ NACIONAL



DIF



GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE
ORGANIZACIÓN

Módulo
de preparación



HERRAMIENTAS Y
RECURSOS



GRADE - ADOLEPMENT

Fase I. ORGANIZACIÓN

FASE DE ORGANIZACIÓN

Módulo de preparación

COORDINADOR CENETEC



PLAN A SEGUIR

CRONOGRAMA DE REUNIONES



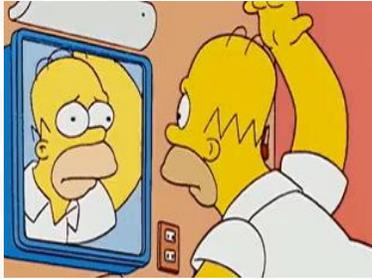
PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE ADAPTACIÓN

- Alcance y Propósito
- Búsqueda de Guías
- Selección y Recuperación de guías
- Reducir el numero de guías seleccionadas
- Evaluación de la calidad de la guía
- Revisión critica
- Selección de la evidencia y recomendaciones
- Módulo de evaluación de la evidencia y recomendación
- Módulo de personalización de la guía



DESARROLLAR una GPC con GRADE-ADOLOPMENT

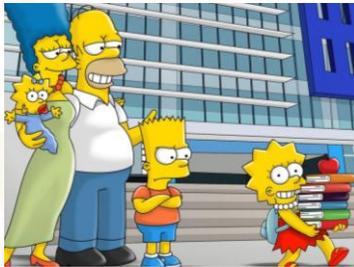


ADOPCIÓN:

- **Aceptación de una guía en su totalidad** después de evaluar su calidad, vigencia y contenido

ADAPTACIÓN:

- **Aceptación de una guía, realizando modificaciones** en las recomendaciones para implementarla en un contexto diferente



DE NOVO:

- Desarrollarla desde el principio

GRADE-ADOLPMENT

FASE DE ADAPTACIÓN

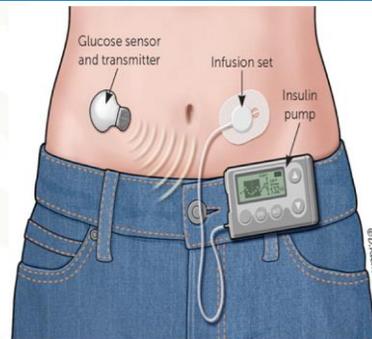
Alcance y propósito
Búsqueda y filtro
Valoración
Decisión y selección
Personalización

Fase II. ADOPCIÓN/ADAPTACIÓN/NUEVA CREACIÓN

ALCANCE y PROPÓSITO

“ Pregunta de Investigación “

Población	Intervención	Comparación	Outcome
Niños y Niñas de 0 a 16 años de edad	Bomba de insulina	Insulina NPH + Rápida	Eficacia seguridad



Fase II. ADOPCIÓN

PICO	P	I	C	O

- Búsqueda de **Guías de Prácticas Clínica** que contengan **metodología GRADE**
- Búsqueda de **Revisiones Sistemáticas**

GRADE - ADOLOPMENT

Búsqueda y Selección



SI

GPC-GRADE

NO

RS



**CENTROS
ELABORADORES
DE GPC**



GRADE

SIGN (Escocia)
NICE (Inglaterra y Gales)
NZGG (Nueva Zelanda)
NHMRC (Australia)
Guías de Salud (España)
CENETEC (México)
IETS (Colombia)

Fase II. ADOPCIÓN

¿Adecuada calidad en la elaboración de la GPC ?

- Hay muchas guías de baja calidad, con gran cantidad de sesgos, por lo tanto, constituidas por recomendaciones erróneas aunque sean GRADE



¿Se encuentran GPC con metodología GRADE y con adecuada calidad que contesten mi pregunta?



¿ADOPCIÓN?



ADAPTACIÓN ?

¿Están reportados?

- Perfiles de Evidencia GRADE
- Tablas GRADE



Fase II. ADOPCIÓN

Módulo de Adopción de la Evidencia



Nombre de GPC a adaptar	GPC 1 Fecha
Protocolo de búsqueda	PB
Puntaje AGREE dominio Rigor	70%
Escala de Gradación	GRADE
Pregunta 1	Evidencia Recomendación
Pregunta 2	Evidencia Recomendación
Pregunta 3	Evidencia Recomendación



GRADE - ADOLOPMENT



- ¿Hay expertos disponibles para su uso? **(aplicable)**
- ¿Si la recomendación puede ponerse en práctica? **(aceptabilidad)**
- ¿Si una organización o grupo es hábil para poner en práctica la recomendación? **(aplicabilidad)**

Comparación 1 y 2: Fluticasona (FP) VS Beclometasona (BDP) o Budesonida (BUD) a dosis 1:1 por fármaco

Evaluación de la calidad							Resumen de los Resultados				Calidad
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Grupo Fluticasona	Grupo Control	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000	
Comparación 1: FP versus BDP											
FEV1 (L)											
1 ¹	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	190	193	-	DM 0,07 menos (de 0,17 menos a 0,03 más)	⊕⊕00 BAJA
FEV1 - predicho (%)											
2 ²	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Poco probable	201	205	-	DM 0,10 más (de 2,82 menos a 3,03 más)	⊕⊕⊕0 MODERADA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento-hasta 6 semanas)											
1 ¹	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	185	195	-	DM 5 más (de 3,11 menos a 13,11 más)	⊕⊕00 BAJA
PEF clínico - (seguimiento-hasta 6 semanas)											
1 ¹	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	193	195	-	-	⊕⊕00 BAJA
Comparación 2: FP versus BUD											
FEV1 (L)											
1 ¹	ECA	No serio	No seria	No seria*	Seria*	Serio*	148	148	-	DM 0,08 más (de 0,03 menos a 0,19 más)	⊕⊕00 BAJA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento-4- 6 semanas)											
2 ²	ECA	No serio	No seria	No seria*	Seria*	Serio*	253	255	-	DM 8,06 más (de 2,74 a 13,39 más)	⊕⊕00 BAJA



2.1.1. ¿Cuál es el tratamiento con mejores tasas de supervivencia global en estadios localizados y avanzados en pacientes de 0 a 18 años de edad con LNH de células B?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E Dentro del grupo de linfomas de células B maduras se consideran los linfomas tipo Burkitt (LB) y los linfomas de células grandes B difusos (DLBCL). Aunque los tratamientos iniciales tuvieron resultados desalentadores en estos pacientes, se observó que el LB era quimiosensible a la ciclofosfamida, así como a otros citostáticos como la vincristina, citarabina y el metotrexate. Basados en las características de este linfoma, principalmente en su tasa de crecimiento, se han desarrollando esquemas de tratamiento que incluyen una combinación de estos fármacos. Los estudios realizados por el grupo LMB de la SFOP han realizado modificaciones en los esquemas de tratamiento en función del tiempo de infusión de los medicamentos y la intensidad del tratamiento.	MODERADA GRADE Patte C, 2007
E El tratamiento es definido por el estadio clínico al diagnóstico de acuerdo a la estadificación de Murphy. El grupo FAB/LMB considera 3 grupos de riesgo: A, B y C. (Cuadro 4 y 5)	MODERADA GRADE Patte C, 2007
E El grupo BFM demostró que los niveles de deshidrogenasa láctica (DHL) al diagnóstico, así como la respuesta al tratamiento durante la primera semana son factores pronósticos que determinan la intensidad del tratamiento. El grupo BFM95 clasifica a los pacientes en 4 grupos de riesgo: R1, R2, R3 y R4. (Cuadro 6)	MODERADA GRADE Reiter A, 1999
E Para enfermedades localizadas se encontró una sobrevida libre de enfermedad (SLE) de hasta 95% con esquemas de quimioterapia multigénica de los protocolos FAB/LMB 96 o BFM 90-95.	MODERADA GRADE Reiter A, 1999
R Se recomiendan los protocolos BFM 90-95 y el FAB/LMB 96 para el tratamiento de los linfomas de células B en estadios localizados (grupos de riesgo R1 y R2 del protocolo BFM 90-95 y grupos A y B del protocolo FAB/LMB96).	FUERTE GRADE Reiter A, 1999

- Perfiles de Evidencia GRADE
- Tablas GRADE

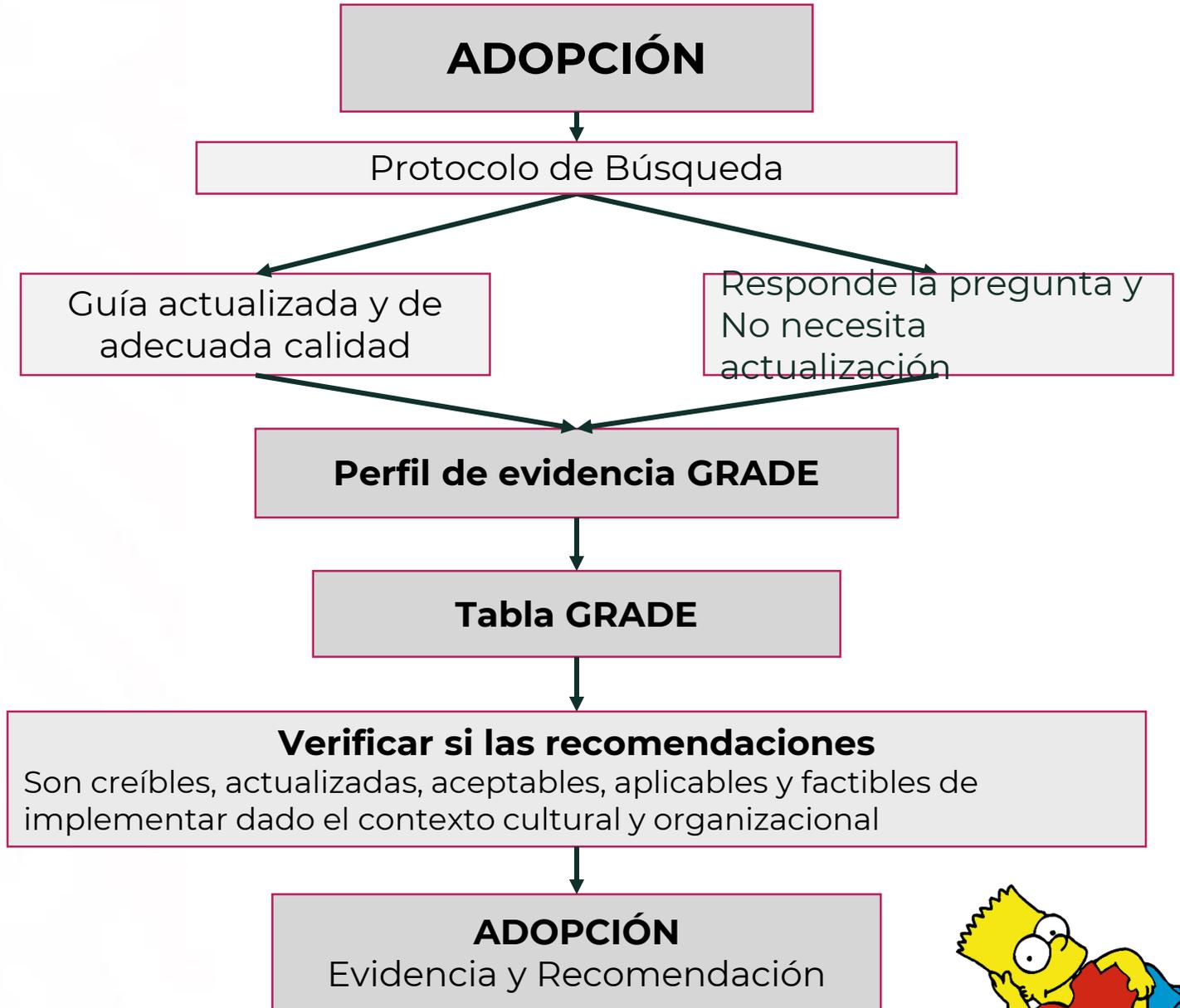


Colocar los perfiles de evidencia

ADOPCIÓN DE LA EVIDENCIAS



ADOPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN



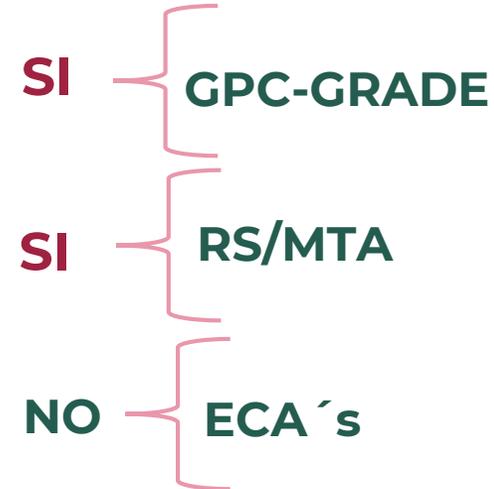
Fase II. ADAPTACIÓN

PICO	P	I	C	O

- Búsqueda de **Guías de Prácticas Clínica** (GRADE)
- Búsqueda de **Revisiones Sistemáticas**
- Búsqueda de **Ensayos Clínicos**



Búsqueda y Selección



Health Evidence, CRD, Cochrane, Pubmed, CINAHL, Evidence-Based Nursing, BVS, LILACS, SciELO

GRADE

Fase II. ADAPTACIÓN

Módulo de Evaluación y Adaptación



Nombre de GPC a adaptar	GPC 1
Fecha	
Protocolo de búsqueda	PB
Puntaje AGREE dominio Rigor	70%
Escala de Gradación	GRADE
Pregunta 1	Evidencia Recomendación



Comparación 1: Fluticasona (FP) VS Bedometasona (BDP) o Budesonida (BUD) a dosis 1:1 por fármaco

Evaluación de la calidad										Resumen de los Resultados		Calidad
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Impresión	Sesgo de publicación	Fluticasona	Grupo Control	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000		
Comparación 1: FP versus BDP												
FEV1 (L)												
1'	ECA	No serio	No serio	No serio	Serío*	Serío*	180	183	-	DM 0.07 menos (de 0.17 menos a 0.03 más)	⊕⊕00	BAJA
FEV1 - predicho (%)												
2'	ECA	No serio	No serio	No serio	Serío*	Poco probable	201	205	-	DM 0.10 más (de 2.82 menos a 3.03 más)	⊕⊕00	MODERADA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento hasta 6 semanas)												
1'	ECA	No serio	No serio	No serio	Serío*	Serío*	185	195	-	DM 5 más (de 3.11 menos a 13.11 más)	⊕⊕00	BAJA
PEF clínico - (seguimiento hasta 6 semanas)												
1'	ECA	No serio	No serio	No serio	Serío*	Serío*	183	195	-	-	⊕⊕00	BAJA



GRADEpro (GDT) | cpap vs surfactante

[Debería usarse (CPAP) versus (SURFACTANTE) para (MORTALIDAD EN PACIENTES CON SDR)?]

Evaluación de certeza						Resumen de los resultados		Certeza	Importancia
PE de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Impresión	Nº de pacientes	Efecto		
						[CPAP]	[SURFACTANTE]	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)

Mortalidad y Disnea Broncoespasmática

1	ensayos aleatorizados	Riesgo de sesgo						no estimable	
---	-----------------------	-----------------	--	--	--	--	--	--------------	--

PICO	P	I	C	O

GRADE - ADOLOPMENT

- Utilizar el cuerpo de evidencia identificado por la GPC realizada con metodología GRADE
- Actualizar los perfiles de Evidencia y Tablas GRADE con la nueva evidencia de las RS
- Redacción y actualización de Evidencia



Fase II. ADAPTACIÓN

Módulo de Evaluación y Adaptación



Evaluación de la calidad					Resumen de los Resultados					Calidad	
					N° de pacientes		Magnitud del efecto				
N° de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Impresión	Sesgo de publicación	Grupo Fluticasona	Grupo Control	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000	
Comparación 1: FP versus BDP											
FEV1 - (L)											
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	190	193	-	DM 0,07 menos (de 0,17 menos a 0,03 más)	@@@ BAJA
FEV1 - predicho (%)											
2*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Poco probable	201	205	-	DM 0,10 más (de 2,82 menos a 3,03 más)	@@@ MODERADA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento-hasta 6 semanas)											
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	185	195	-	DM 5 más (de 3,11 menos a 13,11 más)	@@@ BAJA
PEF clínico - (seguimiento-hasta 6 semanas)											
1*	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	193	195	-	-	@@@ BAJA



Marco de la Evidencia a la Decisión

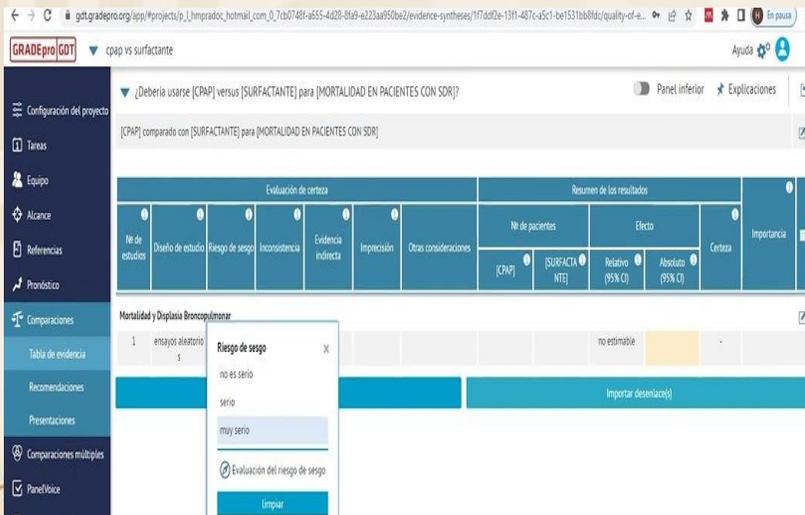


DECIDE <small>GRADE</small>	FUERTE	DÉBIL
PACIENTE	La mayoría de las personas estarían de acuerdo	Un número importante de las personas no están de acuerdo
PROFESIONAL SANITARIO	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	Diferentes opciones son apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a tomar la decisión
GESTORES DE SALUD	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria	Existe necesidad de un debate importante con la participación de los grupos de interés

PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

Construcción de los perfiles de evidencia

ADAPTACIÓN CON ACTUALIZACIÓN



ADAPTACIÓN

Protocolo de Búsqueda

Guía GRADE que responde la pregunta pero necesita actualizaciones menores con información disponible y relevante para el contexto local

Utilizar el cuerpo de evidencia identificado por la GPC realizada con metodología GRADE

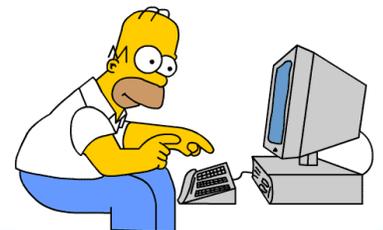
Realizar un Protocolo de Búsqueda de RS o GPC actualizadas y buscar los estudios primarios

AGREE II; JADAD; COCHRANE; AMSTAR

Actualizar los perfiles de Evidencia y Tablas GRADE

Herramienta GRADE
pro<https://gradepro.org/>.

ADAPTACIÓN
Evidencia y Recomendación



Fase II. NUEVA CREACIÓN

PICO	P	I	C	O

- Búsqueda de **Guías de Prácticas Clínicas** (GRADE)
- Búsqueda de **Revisiones Sistemáticas**
- Búsqueda de **Ensayos Clínicos**
- Búsqueda de **Estudios observacionales**

Búsqueda y Selección



GRADE

SI

GPC-GRADE

SI

RS/MTA

SI

ECA's

SI

Observacionales



Health Evidence, CRD, Cochrane Pubmed, CINAHL, Evidence-Based Nursing, BVS, LILACS, SciELO Inteligencia artificial

GRADE - ADOLOPMENT

¿Adecuada calidad en la metodología de Los estudios RS, ECA´s, Observacionales?

Fase II. NUEVA CREACIÓN

- Hay muchos estudios de baja calidad, con **gran cantidad de sesgos**.



AMSTAR 2



Búsqueda Bibliográfica en Cochrane Library
Claudio Intimayta-Escalante
Coordinador de Herramientas para Investigación en Salud
Correo: cisco.intimayta@med.uncu.edu.ar

ROBINS-I

GRADE

Year	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aguiar 2018	●	●	●	●	●	●	●	●
Chen 2018	●	●	●	●	●	●	●	●
Chen 2019	●	●	●	●	●	●	●	●
Di Meo 2019	●	●	●	●	●	●	●	●
Guillen 2019	●	●	●	●	●	●	●	●
Marshall 2019	●	●	●	●	●	●	●	●
Johnson 2020	●	●	●	●	●	●	●	●
Park 2014	●	●	●	●	●	●	●	●
Sharma 2008	●	●	●	●	●	●	●	●
Sharma 2011	●	●	●	●	●	●	●	●
Sullivan 2016	●	●	●	●	●	●	●	●
Sturman 2004	●	●	●	●	●	●	●	●
Yang 2007	●	●	●	●	●	●	●	●
Yang 2012	●	●	●	●	●	●	●	●



AGREE II

¿Se encuentran estudios de adecuada calidad metodológica?



¿NUEVA?



Biblioteca Cochrane

PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

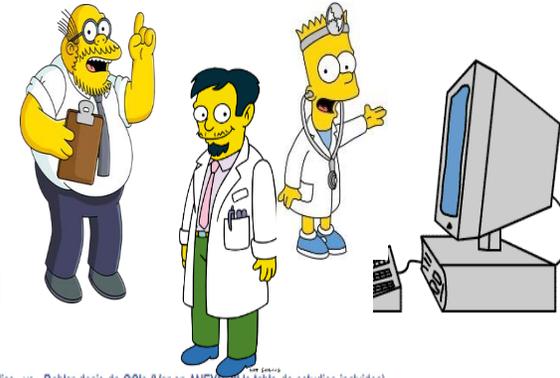
Fase II. NUEVA CREACIÓN

- Revisión crítica del contenido de los estudios primarios
- Selección de la evidencia

PICO	P	I	C	O



- Perfil de evidencia (**GRADE EP**)
- Resumen de hallazgos (**GRADE SoF**),
- Marco de la evidencia a la decisión (**EtD**)



		Evaluación de calidad					Resumen de los resultados				Calidad
		Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Magnitud del efecto		
Comparación 1: BALD + GCIs a dosis bajas-medias vs. Doblar dosis de GCIs (Ver en ANEXO III la tabla de estudios incluidos)							Grupo BALD+GCIs	Grupo GCIs (doblar dosis)	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000	

Compression stockings compared with no compression stockings for people taking long flights

Patients or population: Anyone taking a long flight (lasting more than 6 hours)
 Settings: International air travel
 Intervention: Compression stockings^a
 Comparison: Without stockings

GRADE

Outcomes	Illustrative comparative risks ^a (95% CI)	Relative effect (95% CI)	Number of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk Without stockings	Corresponding risk With stockings			
Symptomatic deep vein thrombosis (DVT)	See comment	See comment	Not estimable 2821 (9 studies)	See comment	0 participants developed symptomatic DVT in these studies.
Symptom-less deep vein thrombosis	Low risk population ^b 10 per 1000 High risk population ^c 30 per 1000	1 per 1000 (0 to 3) 3 per 1000 (1 to 8)	RR 0.10 (0.04 to 0.25) 2637 (9 studies)	High	
Superficial vein thrombosis	13 per 1000	6 per 1000 (2 to 15)	RR 0.45 (0.10 to 1.13) 1804 (8 studies)	Moderate ^d	
Oedema	The mean oedema score ranged across control groups from 0, no oedema, to 10, maximum oedema.	The mean oedema score in the intervention groups was on average 4.7 lower (95% CI -4.9 to -4.5).	1246 (6 studies)	Low ^e	
Pulmonary embolus	See comment	See comment	Not estimable 2821 (9 studies)	See comment	0 participants developed pulmonary embolus in these studies.

Evaluación de la calidad						Resumen de los Resultados				Calidad
Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Magnitud del efecto		
pacientes con ≥1 exacerbaciones que requieren corticoides orales (media de seguimiento: 19 semanas)						8/228 (3,5%)	5/233 (2,1%)	OR 1,68 (de 0,53 a 5,29)	14 más por 1000 (de 10 menos a 82 más)	@000 MUY BAJA
pacientes hospitalizados (media de seguimiento: 17 semanas)						3/108 (2,8%)	0/113 (0%)	OR 4,16 (de 0,46 a 37,49)	-	@000 MUY BAJA
sin síntomas o % pacientes sin síntomas (media de seguimiento: 15 semanas)						ECA Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a	366	378	Rango de DM de 0,4% a 8,7% ^h	@000 MUY BAJA
b-agonista (mediana del % de días sin tratamiento de rescate) (media de seguimiento: 10 semanas)						ECA Serio ^a No seria Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a	288	298	Rango de DM de 1,4% a 8%	@000 MUY BAJA
en PEF diurno (L/min) o PEFR% (media de seguimiento: 15 semanas)						ECA Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a Serio ^a	366	378	Rango de DM de 7,6L/min a 8,6L/min ^h	@000 MUY BAJA

Fase II. NUEVA CREACIÓN

NUEVA CREACIÓN



Módulo de la EVIDENCIA a la DECISIÓN



2.1.1. ¿Cuál es el tratamiento con mejores tasas de supervivencia global en estadios localizados y avanzados en pacientes de 0 a 18 años de edad con LNH de células B?

EVIDENCIA / RECOMENDACION	NIVEL / GRADO
E Dentro del grupo de linfomas de células B maduras se consideran los linfomas tipo Burkitt (LB) y los linfomas de células grandes B difusos (DLBCL). Aunque los tratamientos iniciales tuvieron resultados desalentadores en estos pacientes, se observó que el LB era quimiosensible a la ciclofosfamida, así como a otros citostáticos como la vincristina, citarabina y el metotrexato. Basados en las características de este linfoma, principalmente en su tasa de crecimiento, se han desarrollado esquemas de tratamiento que incluyen una combinación de estos fármacos. Los estudios realizados en el grupo LMB de la SFOP, han realizado modificaciones en los esquemas de tratamiento en función del tiempo de infusión de los medicamentos y la intensidad del tratamiento.	MODERADA GRADE Patte C, 2007
E El tratamiento es definido por el estadio clínico al diagnóstico de acuerdo a la estafificación de Murphy. El grupo FAB/LMB considera 3 grupos de riesgo: A, B y C. (Cuadro 4 y 5)	MODERADA GRADE Patte C, 2007
E El grupo BFM demostró que los niveles de deshidrogenasa láctica (DLA) al diagnóstico, así como la respuesta al tratamiento durante la primera semana son factores pronósticos que determinan la intensidad del tratamiento. El grupo BFM5 clasifica a los pacientes en 4 grupos de riesgo: R1, R2, R3 y R4. (Cuadro 6)	MODERADA GRADE Reiter A, 1999
E Para enfermedades localizadas se encontró una supervivencia libre de enfermedad (SLE) de hasta 95% con esquemas de quimioterapia multiagente de los protocolos FAB/LMB 96 o BFM 90-95.	MODERADA GRADE Reiter A, 1999
R Se recomiendan los protocolos BFM 90-95 y el FAB/LMB 96 para el tratamiento de los linfomas de células B en estadios localizados (grupos de riesgo R1 y R2 del protocolo BFM 90-95 y grupos A y B del protocolo FAB/LMB96).	FUERTE GRADE Reiter A, 1999

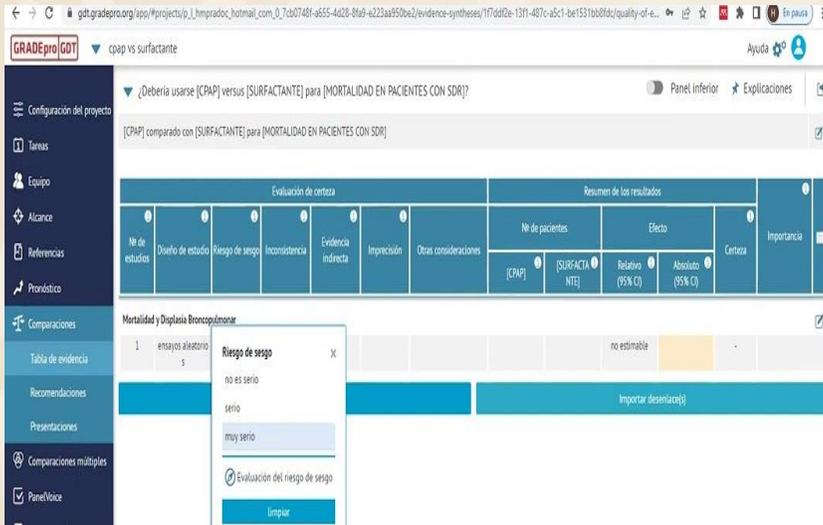
Evaluación de la calidad						Resumen de los Resultados				Calidad	
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Impresión	Sesgo de publicación	Grupo Fluticasona	Grupo Control	Relativa (95% CI)		Absoluta por 1000
Comparación 1: FP versus BDP											
FEV1 - (L)											
1	ECA	No serio	No serio	No serio	Seria*	Seria*	190	193	-	DM 0,07 menos (de 0,17 menos a 0,03 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA
FEV1 - predicho (%)											
2	ECA	No serio	No serio	No serio	Seria*	Poco probable	201	205	-	DM 0,10 más (de 2,82 menos a 3,03 más)	⊕⊕⊕⊕ MODERADA
Cambio medio en PEF matutino (seguimiento hasta 6 semanas)											
1	ECA	No serio	No serio	No serio	Seria*	Seria*	185	195	-	DM 5 más (de 3,11 menos a 13,11 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA
PEF clínico - (seguimiento hasta 6 semanas)											
1	ECA	No serio	No serio	No serio	Seria*	Seria*	193	195	-	-	⊕⊕⊕⊕ BAJA



DECIDE GRADE	FUERTE	DÉBIL
PACIENTE	La mayoría de las personas estarían de acuerdo	Un número importante de las personas no están de acuerdo
PROFESIONAL SANITARIO	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	Diferentes opciones son apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a tomar la decisión
GESTORES DE SALUD	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria	Existe necesidad de un debate importante con la participación de los grupos de interés

Construcción de los perfiles de evidencia y recomendaciones

NUEVA CREACIÓN



NUEVA CREACIÓN

Protocolo de búsqueda GPC y RS

No se encuentran GPC que respondan a la pregunta, información insuficiente, no cuenta con tablas GRADE ni perfiles de evidencia.

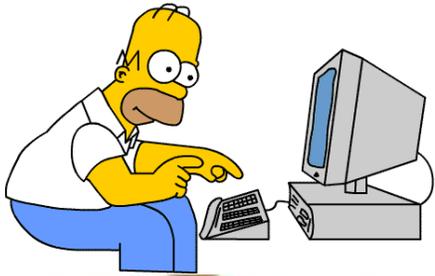
Protocolo de búsqueda agregando RS, MA, ECA's

Evaluación metodológica de los estudios a utilizar

STROBE, AGREE II; JADAD; COCHRANE; ROBINS; AMSTAR; QUADAS 2

Realizar los perfiles de evidencia y Tablas GRADE

NUEVA CREACIÓN



PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

Fase II. ADOPCIÓN/ADAPTACIÓN/ NUEVA CREACIÓN

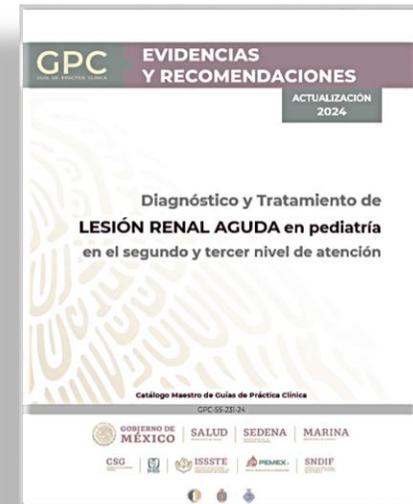
Módulo de Personalización

- Realizar un borrador de la guía
- Evidencias y recomendaciones
- Algoritmos, cuadros o tablas
- Glosario, Referencias

Diagnóstico y Tratamiento de Lesión Renal Aguda en pediatría en el segundo y tercer nivel de atención

E	Una Revisión Sistemática con meta-análisis de Santoliga 2023, incluyó 867 pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca en donde que el INICAL, a las 6h después de la cirugía, tiene una excelente sensibilidad de 81.3% (IC95% 69.2 - 93.3) y una buena especificidad de 89.7% (IC95% 89.6 - 89.7) en el diagnóstico de LRA.	ALTO GRADE Santoliga, 2023
E	Una Revisión Sistemática y meta-análisis de Fazel 2020, de los niveles séricos de creatinina en niños con LRA, evaluados 1, fueron más altos que los del grupo sin LRA sólo cuando se evaluaron dentro de las primeras 10 hrs después del ingreso al quirófano. En niños con LRA, evaluados 2 fueron significativamente más altos que los niños sin LRA (p < 0.05) en todo momento el AUC de INICAL para predecir LRA fue de 0.82 (IC95% 0.66 - 0.77). INICAL tiene un valor predictivo de LRA moderado, su aparición en contra es más tardía que el INICAL. Concluyendo que hay meta-análisis que demuestran que estos biomarcadores tienen una mejor precisión diagnóstica que el INICAL, por lo que es mejor su uso para predecir la LRA en niños.	ALTO GRADE Fazel, 2020
E	Una Revisión Sistemática con meta-análisis de Jia 2017, donde se incluyó un total de 1986 pacientes + 18 años, encontraron que el producto de TroB-2, KIDGO-7 tienen una sensibilidad para el diagnóstico temprano de LRA de 83% (IC95% 79 - 87) y una especificidad de 83% (IC95% 82.57%); la IV para el diagnóstico de LRA fue negativa de 0.1, OR 2.37 y AUC de 0.84, siendo especialmente útil en pacientes con cirugía cardíaca. Un Ensayo Clínico Aleatorizado de Meerson 2019, en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, evaluaron el efecto de la implementación de las recomendaciones de KDIGO (optimizar la volemia, el estado hemodinámico, evitar nefrotóxicos y prevenir la hipertermia) en pacientes con alto riesgo de LRA que se determinó con base a la presencia de un TFRAD < 2 (IC95% 1.07) en pacientes a la cirugía. El grupo de intervención tuvo la mejor incidencia de LRA moderada y grave, en comparación con el grupo control que recibió cuidados estándar de 55% vs 73% respectivamente, con una reducción de riesgo Absoluta de 18% (IC95% 5.5 - 27%) (p<0.0001).	ALTO GRADE Santoliga, 2023 Furman, 2021 Meerson, 2019
R	de implementar el uso de INICAL con un kit estático a la creación urinaria, útil en la práctica clínica para detección temprana de la LRA en niños. • LRA subclínica • Lesión renal intrínseca • En el seguimiento de la etapa de recuperación	DÉBIL GRADE Pon, 2022 Furman, 2021 Santoliga, 2023
R	En los pacientes no críticos, INICAL tiene mejor precisión diagnóstica, mientras que en los pacientes quirúrgicos, INICAL y CrClc tiene la mejor precisión diagnóstica de LRA.	DÉBIL GRADE Pon, 2022 Furman, 2021 Santoliga, 2023

Elaboración del DOCUMENTO FINAL



Diagnóstico y Tratamiento de Lesión Renal Aguda en pediatría en el segundo y tercer nivel de atención

Clasificación AKI/KIDGO Neonatal

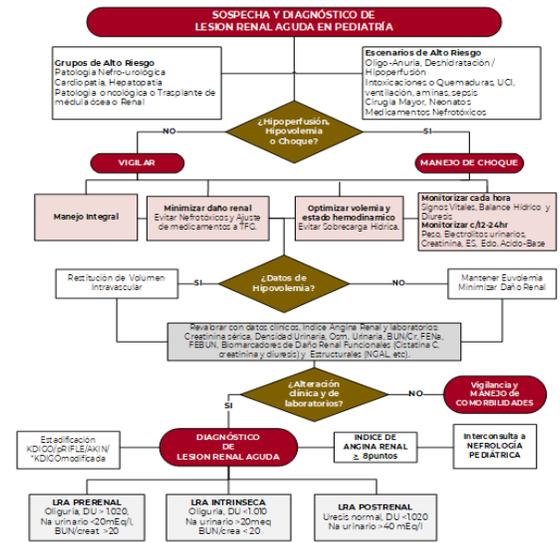
ESTADIO	CREATININA SÉRICA	GASTO URINARIO
0	Creatinina sérica: no cambios o incremento < 0.3 mg/dl	> 0.5 ml/kg/6h
1	Elevación de Creatinina sérica > 0.3mg/dl en 48hrs o Elevación de creatinina sérica ≥ 1.5-1.9 veces la creatinina basal* en 7 días	< 0.5 ml/kg/hora por 6 a 12hrs
2	Elevación de Creatinina sérica ≥ 2.0 - 2.9 veces la creatinina basal*	< 0.5 ml/kg/6h ≥ 12hrs
3	Elevación de Creatinina sérica ≥ 3 veces la creatinina basal* o creatinina sérica ≥ 2.5mg/dl** o inicio de diálisis	< 0.3 ml/kg/6h ≥ 24hrs o Anuria ≥ 12hrs

*Creatinina basal = valor de creatinina sérico previo más bajo / **Cr ≥ 2.5mg/dl corresponde a TFG < 10 ml/min/1.73.

Cuadro 4. Índice de Angina Renal (IAR)

Índice de Angina Renal (IAR)		PUNTAJUE
A- RIESGO DE LESIÓN RENAL AGUDA		
MODERADO	Ingreso a UCI	1
ALTO	Trasplante renal o de médula ósea	3
MUY ALTO	Intubación + inotrópicos o vasopresores	5
B- EVIDENCIA DE LESIÓN RENAL AGUDA		PUNTAJUE
Diminución de Depuración de creatinina	% SOBRECARGA DE VOLUMEN	
Sin cambios	< 5%	1
0 - 25 %	≤ 5%	2
25 - 50 %	≤ 10%	4
50 %	≤ 15%	8

Índice IAR = Riesgo de LRA (puntuaciones de la A) + Evidencia de lesión renal aguda (puntuaciones de la B). Un valor ≥ 8 el día de ingreso, es predictivo de lesión renal aguda al tercer día.



Comparación 1: BALD + GCIs a dosis bajas-medias vs. Doblar dosis de GCIs (Ver en ANEXO III la tabla de estudios incluidos)

Evaluación de la calidad						Resumen de los Resultados			Calidad		
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes BALD+GCIs	Magnitud del efecto			
Nº de pacientes con ≥1 exacerbaciones que requieren corticoides orales (media de seguimiento: 19 semanas)											
2 ¹	ECA	Serio ²	No sería	Serio ²	Serio ²	Serio ²	8/228 (3.5%)	5/233 (2.1%)	OR 1.68 (de 0.53 a 5.29)	14 más por 1000 (de 10 menos a 82 más)	⊕○○○ MUY BAJA
Nº de pacientes hospitalizados (media de seguimiento: 17 semanas)											
2 ²	ECA	Serio ²	No sería	Serio ²	No sería	Serio ²	3/108 (2.8%)	0/113 (0%)	OR 4.16 (de 0.46 a 37.49)	-	⊕○○○ MUY BAJA
% días sin síntomas o % pacientes sin síntomas (media de seguimiento: 15 semanas)											
3 ³	ECA	Serio ²	Serio ²	Serio ²	Serio ¹⁰	Serio ²	366	378	Rango de DM de 0.4% a 8.7% ¹¹	-	⊕○○○ MUY BAJA
Uso de b-agonista (mediana del % de días sin tratamiento de rescate) (media de seguimiento: 10 semanas)											
2 ¹²	ECA	Serio ²	No sería	Serio ²	Serio ¹⁰	Serio ²	288	298	Rango de DM de 1.4% a 8%	-	⊕○○○ MUY BAJA
Cambio en PEF diario (L/min) o PEF/R% (media de seguimiento: 15 semanas)											
3 ³	ECA	Serio ²	Serio ¹²	Serio ²	No sería	Serio ²	366	378	Rango de DM de 7.6L/min a 8.6L/min ¹⁴	-	⊕○○○ MUY BAJA

PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

FASE FINAL

Validación interna de contenido científico
Validación interna de Protocolo de búsqueda
Validación externa de contenido científico
Validación externa de Protocolo de búsqueda
Plan de cuidados posteriores
Implementación del producto final

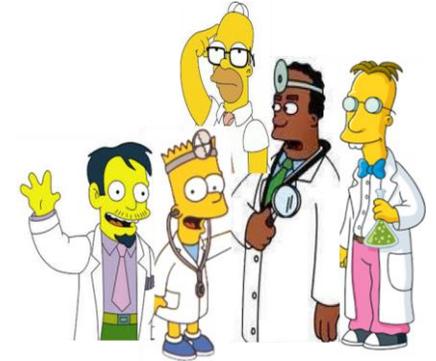


PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

Fase III. FINALIZACIÓN

Módulo de VALIDACIÓN INTERNA

- Validación de contenido científico
- Validación de Protocolo de búsqueda



Módulo de VALIDACIÓN EXTERNA

- Validación interna de contenido científico
- Validación interna de Protocolo de búsqueda



Módulo de Planeación de CUIDADOS POSTERIORES

- Plan para los cuidados posteriores de la Guía adaptada
- Implementación

PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

FASE FINAL

Revisión
externa
Planificación
posterior
Producción
Final

Fase III. FINALIZACIÓN

Módulo de Producción Final



SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

PEMEX®
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ISSSTE

DIF

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL
CSG

Proceso GRADE ADOLOPMENT



Guías de Práctica Clínica con el tema a desarrollar y Revisiones sistemáticas (con fecha mas actualizada)

Tienen tablas y Perfil de Evidencia GRADE, usando metodología GRADE

Perfiles de Evidencia y las Tablas GRADE, completa y actualizada

Perfiles de Evidencia y Tablas GRADE, incompleto y No actualizados

Información insuficiente, no cuenta con tablas GRADE

AGREE II

Requieren actualizaciones importantes; realizar nueva búsqueda de la literatura agregando RE, MA, ECA's (evaluar calidad metodológica)

Se solicita autorización de uso al Grupo desarrollador de la guía a utilizar

Perfil de Evidencia revisada y verificada; las recomendaciones originales son útiles y se encuentran tablas GRADE

Actualizar los Perfil de Evidencia con información disponible y relevante para el contexto, actualizar tablas GRADE

Realizar los perfiles de evidencia y Tablas GRADE



ADOPCIÓN



ADAPTACIÓN



NUEVA CREACION



GRACIAS

Dra. Bustamante Lambarén Lourdes Amanecer

Marina Nacional 60, piso 1, Col. Tacuba C.P. 11410,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Cd Mx
Teléfono: (55) 63924300
lourdes.bustamante@salud.gob.mx