

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?



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

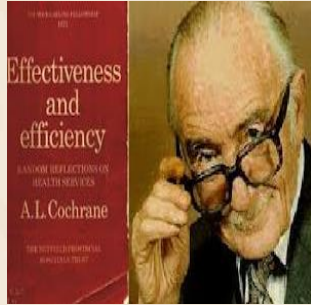
Trabajo sobre la **variabilidad** de la práctica clínica y crítica a la medicina



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

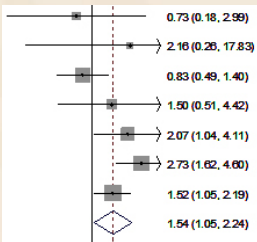


¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



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

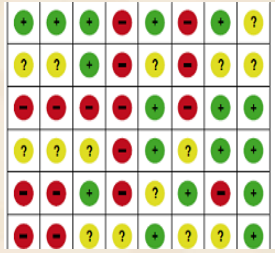


2000
GRADE

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

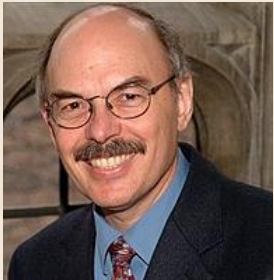


¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?



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**



CEBM – Oxford
SIGN SORT
NICE
CTFPH AHA
GRADE
USTFPP

Grade	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Investigación futura es poco probable que cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.
Moderada ⊕⊕⊕○	Investigación futura es probable que cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.
Baja ⊕⊕○○	Investigación futura es muy probable que tenga impacto en nuestra confianza en la estimación del efecto.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier estimación en el efecto es muy incierta.

Revisión sistemática
metaanálisis
Estudios de casos y controles
Series de casos/reportes



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. Schönemann

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



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-ADOLOPMENT

Holger J. Schönemann^{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^d, 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, 2301 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, Zahrawi 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

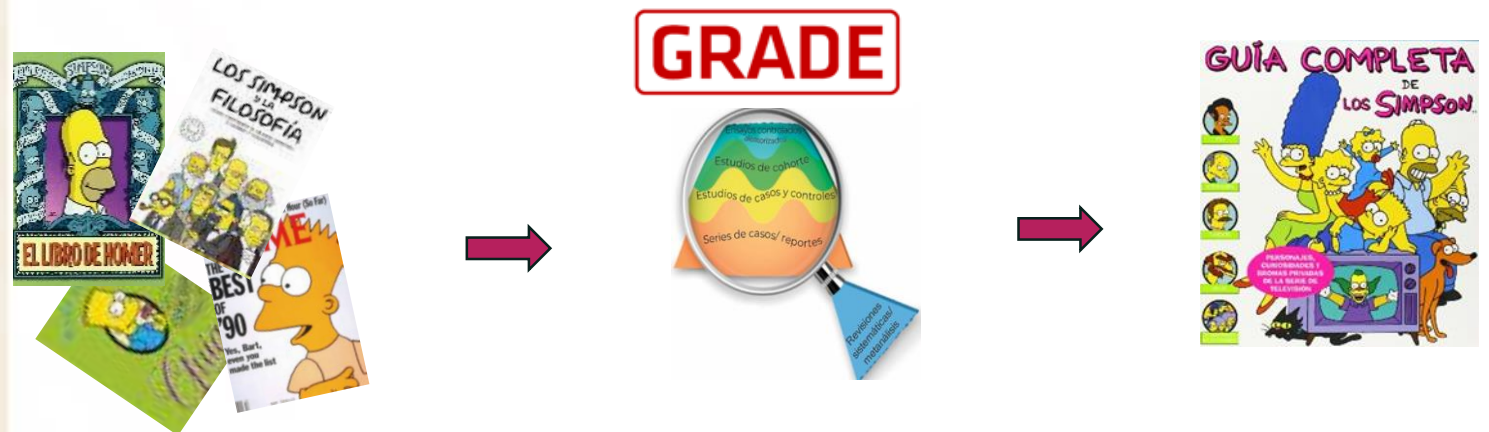
Son **RECOMENDACIONES** desarrolladas sistemáticamente, con la mejor Evidencia Científica, para **guiar** a los profesionales de la salud en la toma de decisiones, realizada con la metodología **GRADE** como **herramienta** que permita evaluar la **certeza de la evidencia** y **graduar la fuerza de las 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



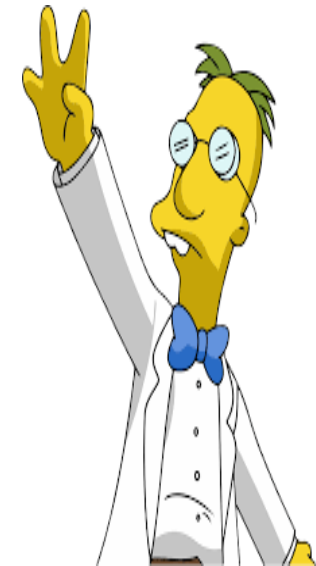
FASE DE ORGANIZACIÓN	FASE DE ADAPTACIÓN	FASE FINAL
<ul style="list-style-type: none">Módulo de preparación	<ul style="list-style-type: none">Alcance y propósitoBúsqueda y filtroValoraciónDecisión y selecciónPersonalización	<ul style="list-style-type: none">Revisión externa y agradecimientosPlanificación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

GRADE - ADOLOPMENT

FASE DE ORGANIZACIÓN
Módulo de preparación

Módulo de preparación

PROBLEMA DE SALUD



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



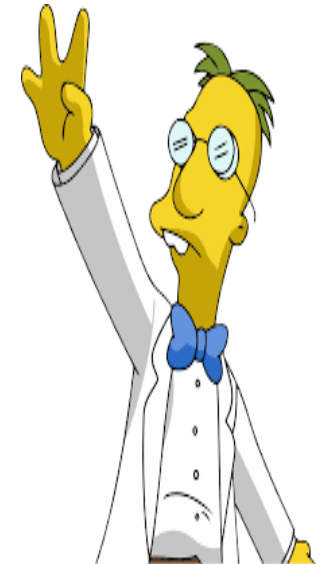
CRONOGRAMA DE REUNIONES



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

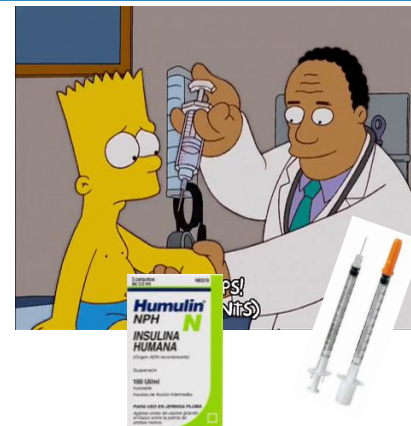
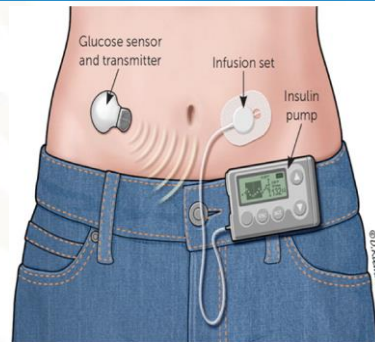
Alcance y propósito
Búsqueda y filtro
Valoración
Decisión y selección
Personalización

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?



¿ADOPTIÓN?



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)	⊕⊕⊕ 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)	⊕⊕⊕⊕ 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)	⊕⊕⊕ BAJA
PEF clínico - (seguimiento-hasta 6 semanas)											
1 ¹	ECA	No serio	No seria	No seria	Seria*	Serio*	193	195	-	-	⊕⊕⊕ 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)	⊕⊕⊕ 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)	⊕⊕⊕ 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
<p>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.</p>	<p>MODERADA GRADE Patte C, 2007</p>
<p>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)</p>	<p>MODERADA GRADE Patte C, 2007</p>
<p>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)</p>	<p>MODERADA GRADE Reiter A, 1999</p>
<p>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.</p>	<p>MODERADA GRADE Reiter A, 1999</p>
<p>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).</p>	<p>FUERTE GRADE Reiter A, 1999</p>

- Perfiles de Evidencia GRADE
- Tablas GRADE

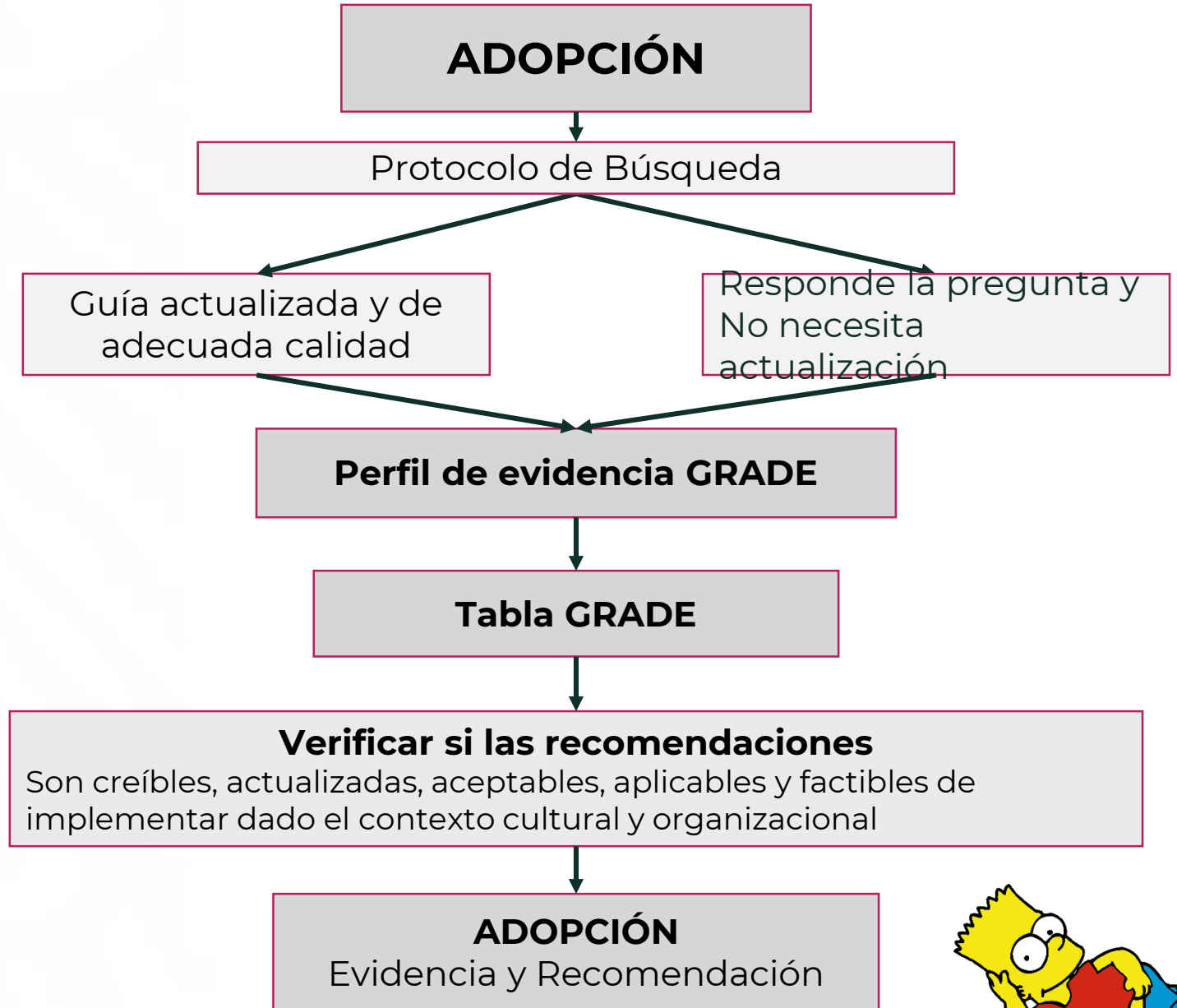


Colocar los perfiles de evidencia

ADOPCIÓN DE LA EVIDENCIAS



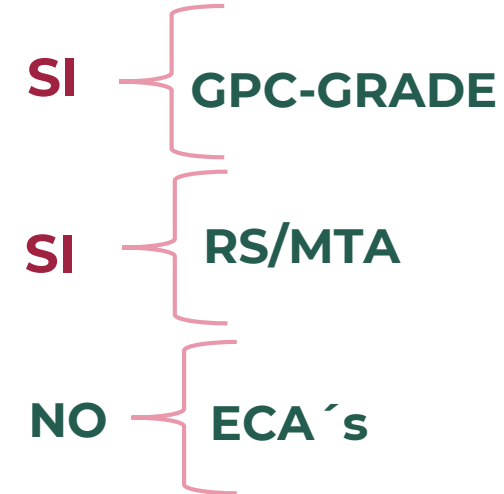
ADOPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN



Fase II. ADAPTACIÓN

PICO	P	I	C	O

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



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

GRADE

GRADE - ADOLOPMENT

¿Están reportados?

- Perfiles de Evidencia GRADE
- Tablas GRADE

Fase II. ADAPTACIÓN

¿Adecuada calidad en la metodología de la RS y GPC?

- Hay muchas RS de baja calidad, con **gran cantidad de sesgos**.



GRADE



Year	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
Agosto 2016	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2016	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2017	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2018	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2019	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2020	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2021	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2022	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2023	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Octubre 2024	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green



¿Se encuentran RS de adecuada calidad metodológica?



¿ADAPTACIÓN?



¿NUEVA?



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	Grupo		Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000		
							Fluticasona	Control				
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)	⊕⊕⊕⊕	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)	⊕⊕⊕⊕	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)	⊕⊕⊕⊕	BAJA
PEF clínico - (seguimiento hasta 6 semanas)												
1'	ECA	No serio	No serio	No serio	Serío*	Serío*	183	195	-	-	⊕⊕⊕⊕	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			
						[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	
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 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

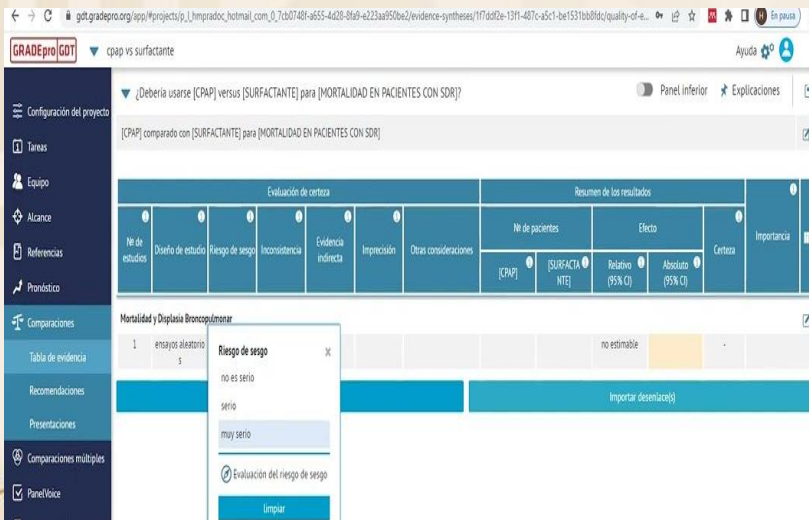


DECIDE <small>GRADE</small>	FUERTE	DÉBIL
PACIENTE	La mayoría de las personas estarían de acuerdo	Un número importante de las personas no están de acuerdo
PROFESIONAL SANITARIO	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	Diferentes opciones son apropiadas para diferentes pacientes 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

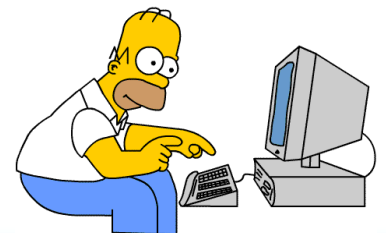
Realizar un Protocolo de Búsqueda de RS o GPC actualizadas y buscar los estudios primarios

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 - ADOLPMENT

¿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**.



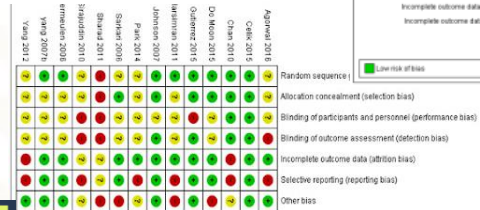
AMSTAR 2



Claudio Intimayta-Escalante
Coordinador de Herramientas para Investigación en Salud
Correo: ccico.intimayta@necp.org

ROBINS-I

GRADE



AGREE II

¿Se encuentran estudios de adecuada calidad metodológica?



¿NUEVA?

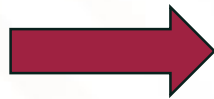
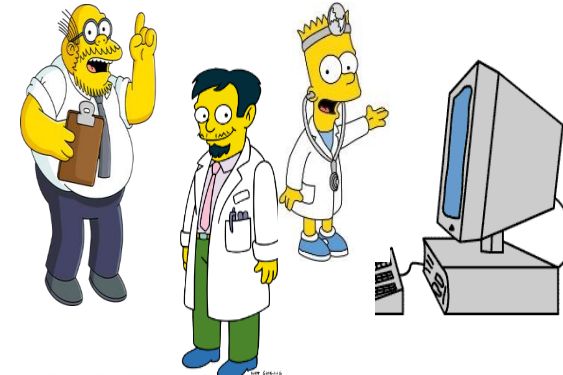


PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

Fase II. NUEVA CREACIÓN

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

PICO	P	I	C	O

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



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	1 per 1000 (0 to 3)	RR 0.10 (0.04 to 0.25)	2637 (9 studies)	High
	High risk population ^c 30 per 1000	3 per 1000 (1 to 8)			
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
						Nº de pacientes		Magnitud del efecto		
Diseno	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Grupo BALD+GCIs	Grupo GCIs (doblar dosis)	Relativa (95% CI)	Absoluta por 1000	
pacientes con ≥1 exacerbaciones que requieren corticoides orales (media de seguimiento: 19 semanas)										
ECA	Seria ²	No seria	Seria ²	Seria ⁴	Seria ⁵	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)										
ECA	Seria ²	No seria	Seria ²	No seria	Seria ⁶	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	Seria ²	Seria ²	Seria ²	Seria ³	Seria ⁵	366	378	Rango de DM de 0,4% a 8,7% ¹¹	-	@000 MUY BAJA
b-agonista (mediana del % de días sin tratamiento de rescate) (media de seguimiento: 10 semanas)										
ECA	Seria ²	No seria	Seria ²	Seria ³	Seria ⁵	288	298	Rango de DM de 1,4% a 8%	-	@000 MUY BAJA
en PEF diario (L/min) o PEFR% (media de seguimiento: 15 semanas)										
ECA	Seria ²	Seria ³	Seria ²	No seria	Seria ⁵	366	378	Rango de DM de 7,6L/min a 8,6L/min ¹¹	-	@000 MUY BAJA

Fase II. NUEVA CREACIÓN

NUEVA CREACIÓN



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 seria	No seria	Seria*	Seria*	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*	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 seria	No seria	Seria*	Seria*	193	195	-	-	⊕⊕⊕⊕ BAJA



Módulo de la EVIDENCIA a la DECISIÓN



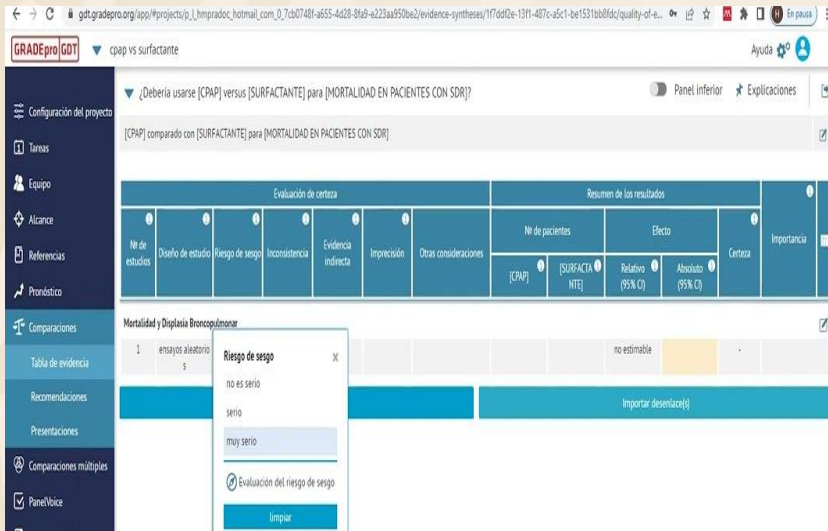
2.1.1. ¿Cuál es el tratamiento con mejores tasas de supervivencia global en estadios localizados y avanzados en pacientes de 0 a 18 años de edad con LNH de células B?

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

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 - ADOLPMENT

Fase II. ADOPCIÓN/ADAPTACIÓN/ NUEVA CREACIÓN

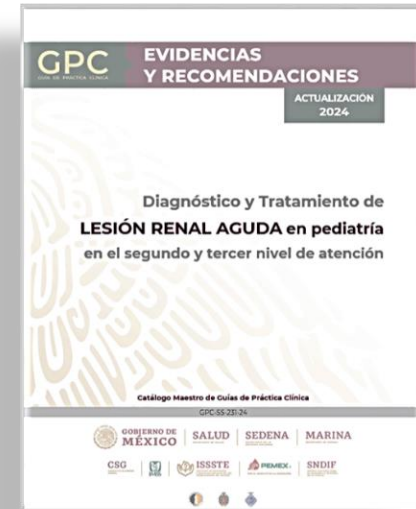
Módulo de Personalización

- 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 metanálisis de Santoliga 2023, incluyó 887 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 metanálisis de Fazel 2020, de los niveles uricémicos en niños con LRA, estados 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, estados 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 0.80 (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 metanálisis que demuestran que otros biomarcadores tienen una mejor precisión diagnóstica que el INICAL, por lo que es mejor no usarlo para predecir la LRA en niños.	ALTO GRADE Fazel, 2020
E	Una Revisión Sistemática con metanálisis de Jia 2017, donde se incluyó un total de 1886 pacientes + 18 años, encontraron que el producto de Tropon-T, CK-MB y Tropon-T 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 0.5, 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% 0.77) 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 rápido a la consulta externa, 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 UCr y sólo tiene la mejor precisión diagnóstica de LRA.	DÉBIL GRADE Pon, 2022 Furman, 2021 Santoliga, 2023

Elaboración del DOCUMENTO FINAL



Comparación 1: BALD + GCIs a dosis bajas-medias vs. Doble 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

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

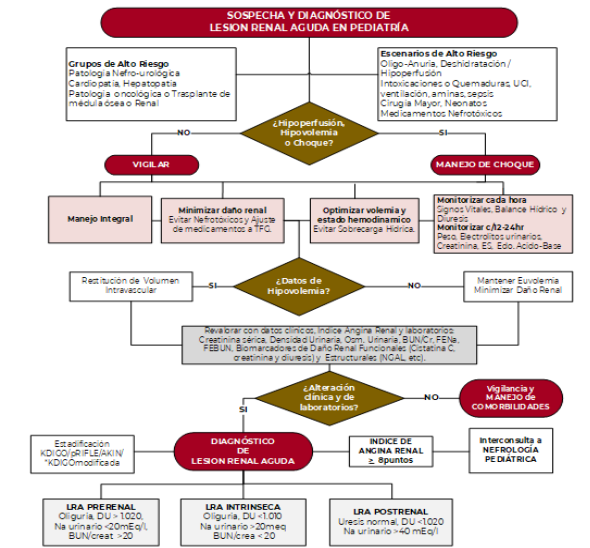
ESTADIO	Clasificación AKI/KDIGO Neonatal	
	CREATININA SÉRICA	GASTO URINARIO
0	Creatinina sérica: no cambios o incremento < 0.3 mg/dl	> 0.5 ml/kg/h _{cr}
1	Elevación de Creatinina sérica > 0.3mg/dl en 48hrs o Elevación de creatinina sérica ≥ 1.5-1.9 veces la creatinina basal* en 7 días	< 0.5 ml/kg/hora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

*Creatinina basal = valor de creatinina sérico previo más bajo / **Cr ≥ 2.5mg/dl corresponde a TEG < 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		
Diminución de Depuración de creatinina	% SOBRECARGA DE VOLUMEN	PUNTAJUE
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 LRA (puntuaciones de la B). Un valor ≥ 8 el día de ingreso, es predictivo de lesión renal aguda al tercer día.



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

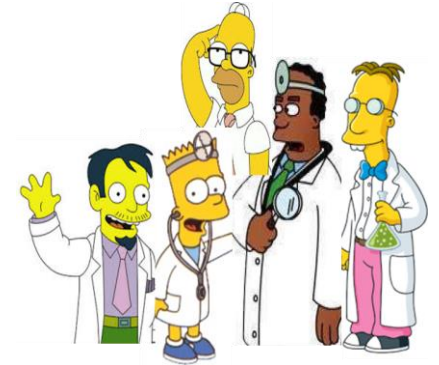


PROCESO DE GRADE - ADOLOPMENT

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 III. FINALIZACIÓN

FASE FINAL

Revisión
externa
Planificación
posterior
Producción
Final

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