



GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO SALUD METROPOLITANO ORIENTE
HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE
"DR. LUIS TISNE BROUSSE"
DIRECCION
DR. JMV/DR. CGE/EMN/CGG/oac
N°044 16.08.2004

RESOLUCION EXENTA N° 000723

SANTIAGO, 16 AGO 2004

VISTOS:

Estos antecedentes, **a)** La Resolución Exenta N° 000556 de fecha 07 de Julio de 2004, que crea el Comité Ejecutivo de Calidad y Epidemiología Hospitalaria del Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse", **b)** Teniendo presente las atribuciones que me confiere el Decreto Ley N° 2763 de 1979; **c)** El Decreto Supremo 42/86, **d)** La Resolución Exenta N° 878 del 16 de Agosto de 2002 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y, **e)** En uso de las facultades que me confieren las Resoluciones N° 2227/98 y Modificatoria N° 1793/02 ambas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1.- APRUÉBENSE, las PAUTAS para la ELABORACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS DE PRÁCTICA CLÍNICA del COMITÉ EJECUTIVO de CALIDAD Y EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA, del HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE "DR. LUIS TISNE BROUSSE", de acuerdo al siguiente texto:

1.- INTRODUCCION

Si se analiza los documentos en el ámbito técnico emitidos en los últimos años por parte de las entidades científicas, se puede apreciar una amplia heterogeneidad en sus métodos de análisis, y en la forma y profundidad con que se exponen los fundamentos de las recomendaciones. En la última década, particularmente en países industrializados, se ha producido una convergencia de criterio en torno a la importancia de utilizar métodos explícitos para la selección, análisis crítico y síntesis de la literatura científica en la toma de decisiones en salud, y para la generación de consenso entre profesionales. Por su parte, en el marco del proceso de reforma que el sector salud ha emprendido durante el presente gobierno, el Ministerio de Salud se ha fijado como meta identificar intervenciones, procedimientos y estándares de calidad adecuados para dar respuesta a las necesidades de atención de las enfermedades que ocasionan los problemas de salud prioritarios para la población, y en concordancia con ello, generar protocolos de atención sustentados en evidencias científicas sólidas.

En el contexto de la mejoría continua que se encuentra nuestro establecimiento y basándonos en el instructivo ministerial al respecto, se ha elaborado el presente

documento que contiene los requerimientos básicos para el desarrollo de una Guía de Práctica Clínica de carácter oficial en nuestro hospital.

Desarrollar una GPC es un proceso complejo, en el que confluyen múltiples elementos, tales como los métodos de investigación en salud, el análisis crítico de los estudios clínicos, la correcta interpretación de sus resultados, la búsqueda de información en bases de datos electrónicas, la aplicación de métodos de consenso, las estrategias para la disseminación de la evidencia, y los procesos de mejoría de calidad en la gestión clínica, entre otros. Se ha intentado abordar la mayoría de estos aspectos en lo que a las GPC se refiere, al menos en sus elementos más esenciales, y se aportan algunas fuentes donde el lector podrá encontrar mayor información al respecto.

En el marco antes señalado, los objetivos del presente documento son:

- Estandarizar los elementos conceptuales y metodológicos más relevantes sobre la formulación de guías clínicas.
- Promover que se tome en consideración las mejores evidencias científicas en la formulación de guías clínicas.
- Promover la aplicación de métodos de consenso participativos, transparentes y explícitos para la formulación de guías clínicas.
- Establecer formatos de guías clínicas y protocolos clínicos uniformes y reconocibles para los usuarios

2.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Algunos conceptos que es importante reconocer al revisar una GPC o un documento que trate sobre ellas:

Guía de Práctica Clínica (GPC): Cualquier conjunto de recomendaciones cuyo objetivo sea apoyar la toma de decisiones de profesionales de salud o pacientes, acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas, que considere la mejor evidencia científica disponible, identificada a partir de una revisión sistemática de la literatura.

Norma Técnica Sanitaria: Documento que impone una o más acciones de carácter obligatorio, cuyo cumplimiento está regulado a través de una resolución exenta emanada del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, una ley u otro instrumento administrativamente válido, y se refiere directamente al manejo promocional, preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador de un problema de salud.

No existiendo una norma técnica sanitaria nacional, una Guía Clínica desarrollada a nivel local, se transforma en Norma Técnica Sanitaria cuando se encuentra respaldada por una resolución exenta del Director del Establecimiento siendo de carácter obligatorio para dicha institución.

Informe de Evaluación de Tecnologías de Salud: Cualquier documento desarrollado a través de una revisión sistemática de la literatura científica, cuyo objetivo sea analizar las consecuencias clínicas, económicas, éticas o sociales del empleo de las Tecnologías de Salud, en el corto o largo plazo, así como sus efectos directos o indirectos, deseados o no deseados.

Tecnología de Salud: Cualquier intervención, medicamento, dispositivo, procedimiento médico y quirúrgico usado en atención de salud, así como los sistemas organizativos con los que se presta dicha atención.

Protocolos: Instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios mediante resolución, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite.

Revisión sistemática de la literatura: Es una revisión exhaustiva de la literatura acerca de una pregunta claramente definida, que se realiza utilizando una metodología sistemática y explícita para identificar, seleccionar y evaluar críticamente las investigaciones relevantes y para recolectar y analizar los datos provenientes de los estudios incluidos en la misma.

Basada en Evidencia: Es el uso consciente, juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible, para la toma de decisiones en el ámbito clínico o gestión de salud.

Difusión: Distribución de la información (GPC o Protocolos) en forma pasiva, sin apoyo adicional. Por su carácter pasivo, la sola difusión no induce a cambios en la conducta de los profesionales.

Diseminación: Es el traspaso de información para mejorar el conocimiento y las destrezas, u otras estrategias para apoyar la adopción de las recomendaciones.

Implementación: Se refiere a una diseminación activa, que involucra estrategias para sobrepasar barreras de adopción.

Adopción: Se refiere a la decisión y compromiso de un profesional de salud de cambiar su práctica.

Gestión Clínica: "El más adecuado uso de recursos humanos, profesionales, tecnológicos y organizativo para el cuidado de los enfermos. Forma de utilización de los recursos cuyo objetivo es producir el mayor beneficio clínico y los menores efectos indeseados sobre los pacientes.

Resultado: Consecuencia, desenlace, resultado del tratamiento. Introducido como concepto formal en evaluación sanitaria en 1966 por Donabedian cuando categoriza los abordajes de la evaluación y distingue entre ***structure, process y out come***, Wenberg acuña el concepto ***out comes research***.

Meta – Análisis: Revisión sistemática que incorpora una estrategia cuantitativa específica para combinar los resultados de varios estudios y producir un estimador único que los integra.

Sesgo: Error que se produce de manera sistemática en un estudio clínico, dando lugar a asociaciones que no existen en la realidad o son de magnitud distinta a la observada. Al analizar la evidencia se debe seleccionar los estudios que, ***por sus características de diseño ofrezcan menor riesgo de sesgo***.

Variabilidad clínica: La variabilidad en las prácticas clínicas se caracteriza por tratar de distintas formas a pacientes con condiciones similares. La variabilidad se manifiesta, desde el punto de vista de la gestión, por sobre o sub utilización de recursos, y por exponer a pacientes similares a tratamientos de distinta eficacia o riesgos innecesarios. Visto de otra forma, la variabilidad expresa un uso

inapropiado de las tecnologías de salud. Este fenómeno se observa en establecimientos hospitalarios dentro del mismo país o de un mismo Servicio de Salud, aun más este fenómeno también se observa al interior de los propios hospitales, y entre profesionales de un mismo servicio clínico.

3.- MARCO TEÓRICO

Las guías de práctica clínica (GPC) han sido caracterizadas como “Enunciados desarrollados de forma sistemática, para apoyar la toma de decisiones de médicos y pacientes acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas” (*). Esto se refiere, en términos prácticos, a un documento formal, elaborado habitualmente por un grupo de expertos de una organización que goza de reconocimiento -sociedad científica, Ministerio de Salud- que resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de una patología o problema de salud, y a partir de ello, formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. En el caso de los profesionales a nivel asistencial que deseen desarrollar GPC en sus establecimientos, deberán seleccionar para los grupos de trabajo, especialistas en la materia a protocolizar y especialistas en la metodología de elaboración de GPC.

Es importante recalcar que estas definiciones dan cabida a una gama amplia de documentos que pueden diferir considerablemente no sólo en aspectos de formato, sino también en sus objetivos, los individuos blanco a los cuales van dirigidos, o en su proceso de formulación. A partir de esto emergen las siguientes interrogantes:

(*) Definición del Institute of Medicine de Estados Unidos. Es la citada con mayor frecuencia en la literatura. ¿Qué distingue una GPC de otros documentos afines?

Al respecto cuál es la diferencia de una GPC de otros conceptos de uso corriente como “protocolo” o “normas de atención”. Es necesario admitir que, pese a sus peculiaridades, todos estos instrumentos poseen límites difusos y pueden llegar a compartir muchas de sus propiedades.

Quizás el elemento más distintivo entre una GPC y una norma es el carácter impositivo de esta última, frente a la condición de recomendación de las GPC. Sin embargo, aún esta diferencia ha sido puesta a prueba en términos prácticos al momento de implementar las guías, al hacer virtualmente obligatorio su cumplimiento o el de parte de las mismas.

No obstante, más allá de la superposición de conceptos que se da en la práctica, las GPC son esencialmente documentos orientadores, que contribuyen a tomar decisiones, pero no reemplazan el necesario ejercicio del juicio clínico frente a cada paciente en particular.

En contraste con lo “académico” de las guías, los **protocolos** son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una GPC, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

El concepto de procedimiento, por último, tiene la connotación más práctica de todos los enunciados previamente. Se refiere a la secuencia pormenorizada de acciones que se debe llevar a cabo para cumplir cada etapa de un protocolo, por ejemplo, cómo llevar a cabo un examen de laboratorio, cómo ejecutar un

procedimiento diagnóstico, con que fármacos y en que dosis precisas tratar un cuadro clínico específico, etc..

¿Cuál es el elemento esencial de la definición de GPC?

El elemento esencial de una GPC es el que se refiere al carácter sistemático de la formulación de las GPC. Esta condición de sistemático, no es simplemente formal sino que asume contenidos bastante precisos, que poco a poco han sido adoptados por la comunidad científica, y que tienen que ver con el desarrollo de la medicina basada en evidencias.

Lo sistemático se relaciona en primer lugar, con que las recomendaciones contenidas en las GPC deben sustentarse en la mejor evidencia científica disponible, obtenida a través de un método exhaustivo y explícito conocido como "Revisión Sistemática de la Literatura".

Lo anterior lleva implícito además una calificación del nivel o calidad de la evidencia que apoya cada recomendación, y la utilización de procedimientos de consenso reglados cuando la evidencia por sí sola no es suficiente para establecer directamente qué hacer o cómo hacerlo ante una situación clínica determinada.

Surge entonces el concepto de Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias para poner un sello distintivo a las GPC sobre otras formas tradicionales de elaborar una guía de atención, en las cuales el peso relativo de la opinión de los especialistas es mucho mayor y la discrecionalidad para seleccionar la literatura científica es amplia, lo que favorece la introducción de sesgos.

Cuando hablamos de GPC entonces nuestra mirada estará orientada hacia este tipo de documentos "basados en evidencias". Se debe recordar sin embargo que la línea divisoria no siempre es clara y que lo que en la práctica encontrará será un continuo entre la GPC ideal, rigurosamente elaborada, y guías basadas exclusivamente en la opinión de uno o más expertos sin siquiera una bibliografía de referencia.

La mayoría de las guías se situará en un punto intermedio. Lo importante será saber reconocer las bondades y limitaciones del documento al cual nos veamos enfrentados, y si tenemos la responsabilidad de formular una, que realicemos el mejor esfuerzo porque cumpla condiciones de rigor científico, claridad, contenidos, y de aplicabilidad en nuestro entorno local.

Marco Teórico - Claves para recordar

- Las GPC resumen la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema de salud.
- El elemento más distintivo entre una GPC y una norma es el carácter impositivo de esta última, mientras las GPC son esencialmente documentos orientadores.
- Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una GPC.
- El concepto de procedimiento se refiere a la secuencia pormenorizada de acciones que se debe llevar a cabo para cumplir cada etapa de un protocolo.
- El método esencial de las GPC son las "Revisiones Sistemáticas de la Literatura". Con frecuencia, incluyen también una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación.

4.- OBJETIVOS DE LAS GPC

Las GPC tienen por objetivo fundamental orientar las conductas clínicas, es decir, apoyar el proceso a través del cual los profesionales de salud toman la decisión de estudiar, tratar o intervenir sobre los pacientes de una determinada forma. El supuesto es que las GPC constituyen un patrón –fundado en bases científicas– hacia el cual debe aproximarse la conducta de los profesionales, y que si ello ocurre, los pacientes se verán beneficiados en términos sintomáticos, de calidad de vida, o pronóstico vital.

La elaboración de GPC cumple además un objetivo educativo, que permite la actualización de quienes participan en el proceso, y les proporciona una base científica de conocimientos altamente sólida.

Complementariamente, las GPC pueden servir de instrumento para:

- a) Plasmar acuerdos (consensos) en torno al manejo de patologías cuando la evidencia no es concluyente.
- b) Disminuir la variabilidad en la atención entre un profesional y otro, o entre instituciones. Ello a su vez puede ser ventajoso en términos de:
 - La familiaridad del personal técnico con los procesos de atención, la simplificación de los mismos, y consecuentemente, menor riesgo de error humano. ¹⁰
 - La provisión de insumos y medicamentos: facilita la gestión de farmacia, permitiendo limitar el número de proveedores, obtener economías de escala y un mejor control de costos.
 - La evaluación de los costos asociados a diagnósticos: permite hacer más homogéneos los costos de atención de cada patología (similar número de exámenes por paciente, de tipos y cantidades de fármacos, etc.).
- c) Procesos de mejoría de calidad de la gestión clínica. En tales casos, la GPC o parte de ella constituye el estándar hacia el cual se orienta el proceso de mejoría, y la calidad se mide por el nivel de cumplimiento de las recomendaciones entre los profesionales del equipo de salud, y por los resultados clínicos derivados de ello.

Por ejemplo, un estándar fijado localmente podría ser que a lo menos un 90% de las cesáreas de urgencia reciban oportunamente profilaxis antibiótica, de acuerdo a la recomendación de la GPC vigente en el servicio y que la tasa de infecciones se mantenga bajo la media nacional promedio de los últimos 3 años.

- d) Hacer explícitos criterios de costo-efectividad para la selección de las tecnologías a aplicar. Esto permite fijar institucionalmente un nivel de atención exigible dentro del marco financiero del hospital o servicio, con fundamentos primariamente técnicos, centrados en la efectividad de las acciones, y no en el simple racionamiento de recursos.

Por ejemplo, en base a este tipo de criterios se puede definir las mejores opciones de tratamiento antibiótico en patologías específicas o en profilaxis.

Objetivos de las GPC - Claves para recordar

- Las GPC tienen por objetivo fundamental beneficiar a los pacientes, por inducción al uso de intervenciones efectivas, apoyando la toma de decisiones clínicas.
- La lectura de una GPC reciente y bien elaborada puede reemplazar muchas horas de búsqueda de artículos en Internet y de revisión de literatura sobre el tema.
- Las GPC permiten plasmar consensos cuando la evidencia no es concluyente, disminuir la variabilidad en la atención, y apoyar los procesos de mejoría continua de la calidad.

5.- PROCESO DE ELABORACIÓN DE UNA GPC

El enfoque que se ha intentado dar aquí a los aspectos metodológicos de la construcción de una guía es eminentemente práctico y adaptado de las recomendaciones del Ministerio de Salud las que a su vez, se fundamentan en la experiencia internacional en esta materia.

El proceso para la elaboración de una GPC se divide en los siguientes componentes principales:

- 5.1. Estrategia general
- 5.2. Selección y priorización de temas
- 5.3. Definición de preguntas específicas.
- 5.4. Recopilación y síntesis de evidencia
- 5.5. Interpretación de la evidencia
- 5.6. Los métodos de consenso
- 5.7. Evaluación de consecuencias secundarias
- 5.8. Formulación de recomendaciones
- 5.9. Validación y aspectos de formato

En el presente documento se abordaran algunos componentes y son los siguientes: 5.1, 5.2, 5.3. Con relación al 5.4 se describen los dos primeros pasos para Recopilar información y realizar análisis crítico de una GPC. Se incluyen también en estas recomendaciones los aspectos de formato de una GPC.

5.1 Estrategia general

No existen recetas únicas ni probadamente mejores en esta materia. Cada contexto debe ser analizado cuidadosamente por quienes tomen a su cargo la iniciativa. En términos generales, los aspectos a considerar en la formulación de la estrategia incluyen:

El escenario donde tiene lugar el proceso

Se han considerado tres escenarios posibles de construcción de GPC. Más allá de las decisiones de política frente al tema, estos escenarios representan niveles de decisión concretos que no son excluyentes entre sí y que debieran de alguna forma complementarse a futuro:

- a).- Un primer nivel de decisión está dado por el Ministerio de Salud. La elaboración de GPC tiene una larga tradición al interior del nivel central. Si bien su difusión ha sido extensa, ésta se ha realizado fundamentalmente en forma pasiva. La conveniencia de centralizar el proceso de elaboración de GPC es materia de debate.
- b).- Otro nivel de decisión está representado por los Servicios de Salud. La experiencia en la elaboración de GPC desde una perspectiva regional o de Servicios de Salud en Chile es mínima.
- c).- El tercer nivel está dado por los hospitales y servicios clínicos. En este escenario la elaboración de GPC presenta grandes ventajas por los siguientes factores:

- Quienes elaboran la guía son en general los mismos que deben implementarla y aplicarla. Esto ofrece una oportunidad única en cuanto al compromiso de los usuarios.
- La comprensión del origen y fundamento de cada una de las recomendaciones es mucho más directo al haber sido partícipe del análisis y discusión de las mismas.
- La aplicabilidad de la GPC es mayor en la medida que se tienen presentes las condiciones locales al formularla.

Sin embargo existen algunas limitaciones, ya que a este nivel es más difícil de obtener el apoyo metodológico –por ejemplo, para calificar la calidad de la evidencia-, y también resulta difícil la asignación de tiempo específico al desarrollo de estas tareas, a expensas de las horas asistenciales. Esto hace que muchos vean la elaboración de GPC como una carga más que un aporte o desafío profesional.

Mandatos Institucionales

Cualquiera sea el escenario de desarrollo de las guías, existen mandatos institucionales ("reglas del juego") que establecen condiciones que debe cumplir el proceso de elaboración de GPC

Conformación del grupo de trabajo . El grupo a cargo de la formulación de las GPC debiera disponer a lo menos de:

Representatividad: debe incluir representantes de todos los sectores profesionales que se espera hagan uso de la GPC a futuro.

Credibilidad: es importante que el grupo esté integrado por profesionales que gocen de reconocimiento entre sus pares, y a lo menos dos o más especialistas reconocidos en el área clínica sobre la que trata la GPC.

Base conceptual y capacidades metodológicas mínimas al interior del grupo, con relación a:

- a) La ejecución de búsquedas bibliográficas efectivas, especialmente a través de Internet, y en bases de datos biomédicas como Medline.
- b) Analizar críticamente la literatura científica (profesionales con conocimientos de epidemiología clínica y métodos de investigación, nociones de medicina basada en la evidencia).
- c) Revisión de los aspectos de formato que sean parte del programa.

Estrategia General - Claves para recordar

- El apoyo en aspectos metodológicos y la destinación de tiempo específico para la formulación de GPC es difícil de obtener en el ámbito hospitalario.
- El grupo a cargo de la formulación de las GPC debiera reunir condiciones de representatividad, credibilidad, y capacidades metodológicas mínimas (búsquedas bibliográficas, análisis crítico de la literatura científica)

5.2 Selección y priorización de temas

En una primera etapa se hace necesario identificar, en forma amplia, la gama de tópicos y patologías hacia las cuales estará enfocada la formulación de GPC. Los criterios a utilizar para ello dependen de las siguientes variables:

Importancia epidemiológica de la patología (carga de enfermedad): medidas de frecuencia (prevalencia, incidencia), demanda asistencial, morbimortalidad asociada, etc.

Variabilidad en la práctica clínica: existencia de variación significativa en la forma de diagnosticar y tratar la patología en el área de interés, entre establecimientos, entre profesionales del mismo establecimiento o del mismo servicio etc.

Evidencias de uso inapropiado de las tecnologías disponibles para el manejo de la enfermedad (sobre utilización, sub utilización, indicaciones inadecuadas).

Tecnologías de alto riesgo: necesidad de limitar accidentes potenciales o eventos no deseados asociados al uso de una tecnología.

Alto costo: necesidad de racionalizar la aplicación de ciertas tecnologías a las indicaciones probadamente efectivas o a los casos que ofrecen una mayor relación de costo-efectividad.

Llegado este punto, es importante recalcar que la formulación de GPC tiene justificación sólo en la medida que existan claros objetivos por los cuales realizarlas, y aún más, la firme decisión de promover su aplicación por parte de los usuarios para los cuales han sido pensadas. En ausencia de estas condiciones, las GPC resultantes pasarán a engrosar la larga lista de GPC ya disponibles en la literatura, que pocos conocen, y menos utilizan.

Es importante además calificar los temas candidatos en función del impacto que puede llegar a producir la formulación de GPC sobre la gestión institucional. Las GPC deben ser entendidas como herramientas del proceso de mejoría de la gestión clínica, y no como simples documentos de acuerdo sobre el manejo de patologías. Mientras mayor sea el impacto potencial de una GPC, mayor será la justificación para elaborarla.

Impacto sobre el uso: Se refiere a la posibilidad de que a través de la diseminación de la GPC se consiga disminuir la variabilidad en el uso de la tecnología, incrementar su uso apropiado, o disminuir los riesgos de su aplicación.

Impacto sobre los resultados: Se refiere a la posibilidad de que a través de la GPC y su diseminación se consiga mejorar los resultados clínicos en los pacientes (mejoría de sobrevida, menores complicaciones post-operatorias, menor incidencia de infecciones, menor dolor, rapidez de recuperación funcional, etc.).

Impacto económico: Se refiere a la posibilidad de que a través de la GPC y su diseminación se consiga limitar la aplicación de intervenciones innecesarias o de baja costo-efectividad, y así reducir costos operacionales.

Selección de temas - Claves para recordar

- Preferentemente, los temas a seleccionar deben ser áreas potencialmente mejorables, en las que se ha detectado deficiencias que las GPC contribuirán a resolver.
- La selección de los criterios de prioridad son muy importante al momento de decidir la elaboración de una GPC.

5.3 Definición de preguntas específicas

Un segundo nivel de decisión se relaciona con la extensión del documento. La información debe acotarse a sus contenidos específicos. Preferentemente, una GPC debe tener una extensión razonable, que resulte amigable leer, y no convertirse en un tratado de medicina. Además debe tener un destinatario claramente identificable, por ejemplo, determinados especialistas, médicos de servicios de urgencia de adultos, profesionales a cargo de programas de IIH, enfermeras de UTI, sin combinar aspectos que correspondan a niveles de complejidad muy disímiles o a variedades muy distintas de pacientes

Contenido de las preguntas

El equipo de trabajo establecerá las preguntas específicas que deberá responder la GPC, y cuál es el nivel de información que debieran aportar las respuestas. A continuación se describen los siguientes formatos de preguntas y respuestas, que le servirán al grupo de trabajo para dirigir la búsqueda de literatura y el análisis de la evidencia obtenida (Nota: el esquema propuesto es una guía que puede servir de orientación general, y por lo tanto debe ser adaptado a las características propias del problema de salud abordado por cada GPC):

Cuestiones sobre tratamiento o prevención

1. ¿Cuál es la efectividad del tratamiento en pacientes con la enfermedad? ¿Cómo es ésta comparada con la de otras alternativas de tratamiento disponibles?

Respuesta: Indicadores de efectividad (riesgo relativo, Odds Ratio) aportados por ensayos clínicos y meta-análisis.

2. ¿Es la efectividad similar en todos los grupos de pacientes o existen diferencias clínicamente significativas entre uno y otro? ¿Qué factores afectan la efectividad de la terapia?

Respuesta: Identificar grupos con distinto pronóstico de respuesta a la terapia si los hubiere, los factores pronósticos relevantes (análisis multivariado), y marcadores de respuesta a la terapia que sean importantes, a partir de ensayos clínicos y estudios de cohorte.

3. ¿Existen efectos adversos relevantes que se deba considerar?

Respuesta: Identificar la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos por el tratamiento a través de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, y series o reportes de casos.

Cuestiones sobre diagnóstico

1. ¿Cuál es la precisión del examen? ¿En qué grupos de pacientes tiene mayor justificación?

Respuesta: identificar estudios en los que el examen haya sido comparado con estándar de referencia, y que aporten datos sobre su sensibilidad, especificidad, razones de probabilidad o valores predictivos en distintos grupos de riesgo.

2. ¿Ha sido comparado con otros exámenes diagnósticos en esta patología?

Respuesta: Identificar estudios que comparen los distintos exámenes disponibles.

3. ¿Existe evidencia de que el examen puede afectar las decisiones clínicas, inducir cambios de importancia en el manejo de los pacientes, o mejorar su pronóstico final, más allá de aportar diagnósticos más precisos?

Respuesta: identificar estudios en los que se haya evaluado el impacto del uso del examen sobre esas variables (Ej. ensayos randomizados).

Cuestiones sobre programas de tamizaje

1. ¿Cuál es la precisión del examen disponible para realizar tamizaje?

Respuesta: identificar estudios que aporten datos sobre la sensibilidad, especificidad, razones de probabilidad o valores predictivos en distintos grupos de riesgo.

2. ¿Existe evidencia de que el tratamiento de la enfermedad, en la etapa en la que la detecta este examen, permite obtener mejores resultados que con los métodos tradicionales de diagnóstico?

Respuesta: Identificar resultados de ensayos clínicos; análisis de desenlaces en grupos de pacientes con distinto estado de avance de la enfermedad.

3. ¿Existe evidencia de que programas de tamizaje de este tipo hayan mejorado el pronóstico de los pacientes?

Respuesta: Identificar estudios en los que se haya evaluado la aplicación de programas de tamizaje en esta patología.

Definición de preguntas específicas - Claves para recordar

- La GPC debe tener un destinatario y objetivos claramente identificables, y no combinar aspectos que correspondan a niveles de complejidad muy disímiles, o a variedades muy distintas de pacientes.
- Es de utilidad identificar las preguntas específicas que abordará la GPC, y anticipar qué tipo de estudios puede responder a cada una de ellas.

5.4 Recopilación y análisis crítico

La ejecución de una revisión sistemática escapa normalmente a las condiciones existentes en nuestro medio, tanto en términos de recursos como de destrezas metodológicas. Ello se resuelve gracias a la gran cantidad de revisiones y de GPC ya disponibles en la literatura –especialmente en Internet-, que nos permitirán abordar la elaboración de las guías propias con gran parte del trabajo ya hecho. Por este motivo esta sección está orientada a entregar nociones prácticas sobre cómo acceder a estos documentos, cómo evaluar su validez, y cuáles son los aspectos que debe cuidar al momento de adaptarlas para uso local.

Paso 1: ¿Existe alguna GPC ya publicada sobre el tema?

Algunas de las principales fuentes de GPC disponibles hoy en día incluyen:

Fuentes Locales (Literatura Nacional)

Chile no posee una tradición muy amplia en materia de GPC, aunque sí existen "normas de tratamiento" desarrolladas localmente en muchos hospitales.

Sin perjuicio de ello, se han hecho algunos esfuerzos serios por desarrollar GPC basadas en evidencia en algunos centros universitarios, especialmente la Universidad de Chile, y en el Ministerio de Salud.

NGC: National Guideline Clearinghouse

Base de datos de Guías de Práctica Clínica desarrollada y operada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), ECRI, U.S. Department of Health and Human Services, American Medical Association (AMA), y la American Association of Health Plans (AAHP). Incluye análisis comparativos de guías existentes sobre un mismo tópico. Contiene predominantemente guías de práctica clínica "basadas en evidencia". El número de GPC disponibles a fines del 2001 era 1.671.

Dirección Internet: www.guidelines.gov _

CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Infobase

Guías recopiladas por la Asociación Médica Canadiense, producidas por distintas organizaciones médicas nacionales y provinciales, sociedades profesionales, agencias gubernamentales, y paneles de expertos. Hacia fines de 2001 contenía aproximadamente 2000 registros.

Dirección Internet: www.cma.ca

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

El SIGN es un programa de elaboración de GPC basadas en evidencia fundado por el Clinical Resource & Audit Group (CRAG) del Departamento Ejecutivo de Salud de Escocia que contempla 60 tópicos prioritarios para The National Health Service (NHS). Las guías se encuentran disponibles a texto completo en su sitio Web en formato PDF. Dirección Internet: www.sign.ac.uk

Guías Clínicas en Español

Hoy en día es posible encontrar también gran cantidad de GPC escritas en idioma castellano, especialmente por autores españoles, y lo que es más importante, la mayoría de ellas se apoya en la recopilación de evidencia científica de buena calidad. La fuente más importante de ellas, "fisterra" (Tabla 8).

Dirección Internet: www.fisterra.com

Otras fuentes

Uno de los directorios que vale la pena revisar es el desarrollado por el Dr. Rafael Bravo de España, contiene 24 áreas temáticas y su dirección en Internet es: www.infodoctor.org/rafabravo/guidelines.htm

Paso 2: ¿Cuál es la calidad de las GPC disponibles?

No todas las GPC aportadas por las bases de datos a que se ha hecho son necesariamente útiles o válidas para los efectos de formular una GPC local. Como este resumen está dirigido a los profesionales que deben enfrentar el proceso de elaboración de GPC pero que no son metodólogos, ni tienen en este tema su única responsabilidad o preocupación, es que a continuación se detallan algunas de las múltiples variables que debieran cumplir una GPC, al momento de revisar - por lo tanto al formular una GPC- con cierto sentido crítico.

Las variables que debiera cumplir la GPC al menos son:

1. ¿Se identifica claramente la institución responsable del desarrollo de la guía? Debe constar, preferentemente en la tapa de la guía
2. ¿Incluye la GPC una descripción precisa de sus objetivos?
3. ¿La GPC incluye una descripción precisa de los problemas clínicos tratados?
4. ¿Incluye una descripción precisa de los pacientes hacia los cuales se espera aplicar los contenidos de la GPC? Además deben describirse las circunstancias (clínicas o no clínicas) en las cuales pudieran no ser aplicables las recomendaciones de la guía, por ejemplo, en ciertos tipos de pacientes, en casos de urgencias, ante ciertas limitaciones de equipamiento o personal, etc.
5. ¿El grupo a cargo de la elaboración de la guía incluye a personas de todos los grupos profesionales relevantes cuya conducta se verá afectada por las recomendaciones de la GPC? y ¿Se encuentra explicitado en el documento?
6. ¿La búsqueda de evidencia se hizo a través de métodos sistemáticos? ¿Se describen las fuentes de información usadas para seleccionar la evidencia sobre la cual se basan las recomendaciones? Debe existir una lista de todas ellas: bases de datos, sitios de Internet, revistas específicas, otras. ¿Si es así, son las fuentes de información adecuadas? Las fuentes deben ser lo más amplias posibles, incluyendo **a lo menos**: Revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane y Medline.
7. ¿Se describen claramente los criterios utilizados para seleccionar la evidencia? Esto incluye la descripción de las escalas de evidencia aplicadas, si es que se utilizó alguna.
8. Si es así, ¿Son satisfactorios los métodos usados? Los métodos deben privilegiar la evidencia de mejor calidad en cada caso (Ej. meta-análisis de ensayos randomizados para la evaluación de los tratamientos)
9. ¿Existe una conexión explícita entre las recomendaciones y la evidencia que las sustenta? Las recomendaciones deben ser coherentes con los hallazgos de la revisión, y con las conclusiones respecto a la calidad de la evidencia encontrada.
10. ¿La GPC fue sometida a revisión externa antes de su publicación? Ejemplo, por expertos del área clínica, metodólogos.
11. ¿Se especifica la fecha de emisión de la guía, el período cubierto por la revisión de la literatura y la fecha de la próxima revisión?
12. ¿Las recomendaciones contenidas en la guía son específicas y carentes de ambigüedades?
13. ¿Se presentan claramente las diferentes opciones disponibles para manejar la enfermedad?
14. ¿Las recomendaciones clave o más importantes son claramente identificables a través de claves para recordar?
15. ¿Se han discutido las potenciales barreras institucionales para la aplicación de la GPC?
16. ¿Se han considerado las potenciales implicancias económicas de la aplicación de la GPC?
17. ¿La GPC presenta criterios de revisión claves (indicadores que permitan verificar más tarde el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los profesionales)?
18. ¿La GPC es editorialmente independiente de su fuente de financiamiento? ¿Hubo financiamiento u otro tipo de apoyo externo para el desarrollo de la

guía, que pudiera considerarse objetable o haber sesgado sus recomendaciones, por ejemplo, financiamiento de la impresión por un laboratorio farmacéutico?)

19. ¿Se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo a cargo de su elaboración?

De todo este conjunto de criterios, cuyo cumplimiento es deseable en todo proceso de formulación de GPC, lo más importante de todo sigue siendo sin duda el uso de métodos sistemáticos de búsqueda de la evidencia, el análisis crítico de la misma, y que exista un claro enlace entre ésta y las recomendaciones contenidas en el documento.

A modo de ejemplo, si la GPC recomienda el uso de profilaxis antibiótica en un determinado tipo de cirugía, esa recomendación debe estar asociada a resultados objetivos de estudios clínicos que hayan demostrado una disminución en la frecuencia de infecciones postoperatorias en los pacientes que recibieron profilaxis.

Paso 3: Cómo obtener evidencias científicas cuando no existen GPC ni revisiones sistemáticas disponibles en la literatura.

Si la búsqueda de GPC y de revisiones sistemáticas ha sido infructuosa, se deben encontrar los estudios primarios –artículos originales- publicados sobre el tema.

Para este efecto se debe identificar en primer término qué tipo de investigaciones clínicas o estudios epidemiológicos pueden aportar luz para la construcción de la guía en ese aspecto en particular sobre el cual no existen trabajos de síntesis.

Llegado este punto, lo recomendable es buscar la asesoría de alguien con conocimientos sobre epidemiología clínica, diseños de investigación, o con alguna experiencia en análisis crítico de literatura científica. En cuanto a la identificación de los estudios, la fuente más efectiva probablemente sea la base de datos Medline, accesible en forma gratuita a través de la Interfase Pubmed de la National Library of Medicine.

Recopilación y análisis crítico - Claves para recordar

- En la mayoría de los casos, la mejor fuente para elaborar una GPC es una GPC ya publicada de buena calidad. Existe un cúmulo importante de GPC accesibles a través de Internet en forma gratuita, muchas de ellas en español.
- Tanto las GPC como las revisiones sistemáticas que se obtenga deben ser analizadas críticamente para establecer su validez.
- Para el análisis de estudios primarios –artículos originales- es recomendable buscar la asesoría de alguien con conocimientos sobre epidemiología clínica, o con experiencia en análisis crítico de literatura científica.

6. Aspectos de formato

Las guías clínicas deben seguir un formato único que destaque su calidad de tales, y las distinga de otros documentos producidos en el establecimiento o Servicio de Salud, de forma que los profesionales se familiaricen con ellas. Se entregan a continuación un conjunto de recomendaciones sobre la materia.

(Anexo 1)

La guía debe ser un documento formal con los siguientes contenidos mínimos:

1. Portada

- Título en forma destacada (denominación oficial del documento)
- Fecha de elaboración (o de última actualización)
- Institución responsable, servicio, unidad según corresponda

2. Páginas iniciales

- Editor responsable (Ej. director del establecimiento)
- Identificación de los autores directos, colaboradores, revisores
- Tabla de contenidos o índice
- Presentación: Nota introductoria sobre el contexto bajo el cual se desarrolló la guía, sus objetivos generales, y los destinatarios del documento (a qué profesionales específicos va dirigida la guía). Debe señalar además cuál es el problema de salud (enfermedad) que va a abordar y cuáles son los ámbitos que serán considerados (diagnóstico, tratamiento, otros cuidados, pronóstico, etc), expresados en forma breve y precisa.

3. Contenidos

3.1 Metodología

Descripción del proceso de elaboración en sus aspectos más relevantes:

- Fuentes bibliográficas y proceso de búsqueda: deben quedar registrados al inicio de la guía de manera simple, Ej.: Búsqueda en National Guidelines Clearinghouse y en la base de datos de la Cochrane Collaboration
- Criterios de inclusión aplicados, para seleccionar los estudios utilizados en la elaboración de la guía, por ejemplo, meta-análisis, ensayos randomizados mayores, etc.
- Modalidad de extracción y síntesis de los datos: generalmente los datos de resultados serán extraídos directamente de los estudios recopilados y se utilizarán sin mayor procesamiento para elaborar las recomendaciones. Cualquier otro componente del proceso debe citarse según el caso: revisión por dos o más investigadores independientes, análisis crítico de los estudios y selección de los más robustos, ejecución de un meta-análisis, etc.
- Formulación de recomendaciones: debe definirse aquí el tipo de clasificación, si es que se utiliza alguna, para calificar la evidencia y las recomendaciones.

3.2 Descripción del problema

Explicación del problema clínico a abordar. Ella debe ser breve, aportando sólo elementos básicos para comprender la importancia de la GPC, el contexto sobre el cual se aplicará y el impacto que se espera de ella.

3.3 Síntesis de Evidencia, Recomendaciones y Referencias

Como se indicó anteriormente, uno de los aspectos que distingue a una GPC basada en evidencia es lo explícito de sus contenidos, y ello se traduce en que el lector pueda identificar claramente cuál es el respaldo científico de las acciones a seguir con el paciente. Para esto tampoco existe una receta única, pero básicamente, el esquema sugerido es que cada recomendación tenga asociada inmediatamente la evidencia que la respalda.

3.4 Mecanismo de evaluación de la GPC

Detalle de indicadores sugeridos para la evaluación del cumplimiento de la GPC.

3.5 Gráficos, Tablas y Algoritmos

El uso de gráficas y tablas hará más amigable la comprensión de los contenidos de la GPC. Igualmente, para ciertas situaciones clínicas frente a las cuales el profesional debe seleccionar dos o más opciones de manejo, puede ser útil incluir algunos flujogramas o algoritmos de decisión simple.

7. FORMULACION DE PROTOCOLOS

Cuando las instituciones prestadoras de salud consideran que la formulación de GPC es un desafío excesivo y difícil de abordar, el concepto de protocolo, como instrumento de adaptación de los contenidos de GPC existentes a un formato más sencillo y práctico, pareciera ser la solución más adecuada.

El elemento distintivo de un protocolo, entonces, debe ser su capacidad de integrar las recomendaciones de manejo de un problema de salud, basadas en la mejor evidencia científica disponible, con las particularidades de un medio específico, en términos epidemiológicos, económicos, éticos, culturales, de formación, y de recursos.

No se han descrito métodos formales para analizar la calidad de un protocolo clínico, y por lo tanto, tampoco existen criterios universales para formularlos. Todos los instrumentos disponibles están orientados a la evaluación de GPC.

En ocasiones, un protocolo es el subproducto específico de una GPC claramente identificada, y le serán atribuibles todas las cualidades de la GPC de origen, en lo que a la síntesis de la evidencia se refiere. La mayoría de las veces, sin embargo, los protocolos se construyen a partir de diversos documentos fuente (GPC, revisiones sistemáticas y meta-análisis, estudios primarios), en cuyo caso deben reunir ciertas condiciones metodológicas mínimas, similares a las de toda GPC.

Estas incluyen:

1. Que el proceso de búsqueda de la literatura haya sido lo más amplio posible, para evitar el sesgo de publicación.
2. Que se haya realizado un análisis crítico de los estudios encontrados, mediante métodos explícitos.
3. Que se haya hecho una selección de los estudios que ofrecen mejores condiciones de rigor científico.
4. Que haya una vinculación explícita entre las recomendaciones y las fuentes en las que se sustenta.

Desde el punto de vista formal, son requisitos deseables de todo protocolo:

(Anexo 2)

- Que su extensión sea breve
- Reducir al mínimo indispensable la información sin valor práctico
- Que las recomendaciones sean claramente interpretables, precisas, sin ambigüedades

Todas las etapas descritas en este documento para la elaboración de GPC son de alguna forma aplicables a los protocolos. El desafío último de quien decide formular un protocolo es el de obtener un documento que, junto a su orientación práctica, ofrezca garantías de que las recomendaciones son las más costo-efectivas para sus pacientes, y no traduzca simplemente "el modo de hacer las cosas en la organización".

Una fuente útil para el desarrollo de protocolos es The Medical Algorithms Project, recopilación de casi 4.000 algoritmos médicos organizados en 45 capítulos, disponibles en www.medal.org . Los algoritmos disponibles incluyen sistemas de clasificación de estados clínicos, clasificaciones de riesgo en patologías específicas, modelos predictivos, pautas para decisiones de tratamiento, y otros, muchos de ellos basados en modelos matemáticos a partir de evidencias epidemiológicas obtenidas de la literatura. Formulación de protocolos - Claves para recordar

- Los protocolos deben integrar las recomendaciones de manejo de un problema de salud, basadas en la mejor evidencia científica disponible, con las particularidades de un medio específico, en términos epidemiológicos, económicos, éticos, culturales, de formación, y de recursos.
- No existen criterios universales para formular protocolos clínicos, no obstante, todas las etapas para la elaboración de GPC descritas en esta pauta, son de alguna forma aplicables ellos.
- Los protocolos no deben contener simplemente "el modo de hacer las cosas en la organización", sino orientar las conductas hacia la utilización de las intervenciones más costo-efectivas y seguras.

8. CONCLUSIONES

Las guías de práctica clínica se han introducido en el quehacer de salud, sirviendo como instrumentos de actualización profesional y de gestión clínica. Las GPC pueden acercar la práctica hacia estándares deseados, derivados de la mejor evidencia científica disponible.

La formulación de una GPC de calidad no es un proceso sencillo, pues exige destrezas y recursos no siempre disponibles de manera expedita en las instituciones de salud. Existen también barreras culturales a la aplicación de métodos formales de consenso entre pares.

Afortunadamente, existe un amplio universo de GPC "basadas en evidencias", revisiones sistemáticas de la literatura y otros recursos afines ya disponibles y fácilmente accesibles a través de Internet.

En consecuencia, el desafío principal hoy es tener la capacidad de evaluar la validez de estos recursos, y de adaptarlos a nuestro medio, diseñando protocolos en los que se compatibilice la calidad de los fundamentos, con la epidemiología local y las características propias de nuestra organización.

9. REFERENCIAS Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. Institute of Medicine. (1990). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. M.J. Field and K.N. Lohr (eds.) Washington, DC: National Academy Press.
2. Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Unidad de Calidad y Regulación. "Rol Regulador, Fundamento, Definición y Procedimientos". 1999
3. Ministerio de Salud, Calidad de Prestadores, ETESA" Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de Guías de Práctica Clínica"
3. Baker R, Fraser RC. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. BMJ. 1995 Aug 5; 311(7001):370-3.
4. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. Arch Intern Med. 1990 Sep; 150(9):1811-8. Review.
5. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med. 1992 May;152(5):946-52. Review.
6. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. Arch Intern Med. 1993 Dec 13; 153(23):2646-55. Review.

Anexo 1

Estructura de las Guías de Práctica Clínica

Sección Inicial

1. Tapa con título en forma destacada, identificación y logo del Hospital, Servicio Clínico y Unidad de Origen, según corresponda.
2. Identificación del grupo de trabajo a cargo de la formulación de la GPC, y su coordinador responsable. Identificar profesión, cargo y representatividad de los miembros del grupo, según proceda.
3. Fecha de publicación de la GPC; fecha de expiración; fecha de próxima revisión.
4. Agradecimientos.
5. Índice de contenidos (incluyendo número de página).
6. Índice de tablas (incluyendo número de página).
7. Índice de figuras (incluyendo número de página).
8. Resumen estructurado: a. Propósito de la GPC b. Metodología c. Síntesis de recomendaciones
9. Lista de abreviaturas
10. Definición de términos
11. Objetivos
12. Recomendaciones
13. Validación de la GPC. Especificar según corresponda: Revisores internos (Hospital Santiago Oriente). Revisores externos (sociedades, grupos universitarios, otros).
14. Herramientas de ayuda para la decisión: versiones abreviadas de bolsillo, posters, material educativo, folletos para pacientes (si se han definido, se deben identificar y anexar al documento).
15. Indicadores de control (monitoreo) y evaluación (criterios de revisión del cumplimiento y de resultados clínicos): a. Indicadores sugeridos de procesos y/o resultados b. Requisitos de registro de datos para el monitoreo y evaluación de los indicadores
16. Repercusiones económicas potencialmente relevantes de la aplicación de la GPC.
17. Referencias (toda la bibliografía debe encontrarse vinculada con el texto de la GPC, mediante los correspondientes numerales en formato superíndice)

Anexo 2

Estructura de los Protocolos Clínicos (PC)

Consideraciones generales

Preferentemente, su extensión debe ser breve. Debe reducir al mínimo indispensable la información sin valor práctico. Las directrices deben ser claramente interpretables, precisas, sin ambigüedades

Sección Inicial

1. Tapa con título en forma destacada, identificación y logo del Hospital, Servicio Clínico y Unidad de Origen, según corresponda.
2. Fecha de publicación del PC; fecha de expiración (opcional); fecha de próxima revisión (opcional).
3. Índice de contenidos (incluyendo número de página).
4. Índice de tablas (incluyendo número de página).
5. Índice de figuras (incluyendo número de página).
6. Lista de abreviaturas
7. Definición de términos Desarrollo del PC
8. Objetivos: dirigido a los propósitos específicos que se espera cumplir con el protocolo, tanto desde el punto de vista clínico (Ej., disminuir tasa infecciones), como de gestión (Ej., disminuir hospitalizaciones innecesarias), o administrativos.
9. Usuarios: Profesionales y técnicos que deben conocer y aplicar el protocolo en alguna de sus partes.
10. Escenarios clínicos a los que se refiere el PC y condiciones de aplicación
11. Recomendaciones- Las recomendaciones clave, de mayor importancia pronostica, serán destacadas en el texto y claramente identificables. Recomendaciones administrativas. Pueden formar parte del protocolo, e incluyen: • Modelos de atención • Requisitos de capacitación • Distribución de funciones / responsabilidades • Necesidades de registro • Participación del paciente / usuarios (Ej., necesidad de consentimiento informado)
12. Herramientas de ayuda para la decisión: versiones abreviadas de bolsillo, posters, material educativo, folletos para pacientes (si se han definido, se deben identificar y anexar al documento).
13. Indicadores de monitoreo y evaluación (criterios de revisión del cumplimiento y de resultados clínicos): a. Indicadores sugeridos de procesos y/o resultados b. Requisitos de registro de datos para el monitoreo y evaluación
14. Referencias de los documentos fuente de los que deriva el protocolo: reportes técnicos ad-hoc, informes Etesa, guías clínicas oficiales del Minsal u otros.

ANEXO 3**PAUTA PARA EL ANALISIS CRÍTICO DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA**

Versión adaptada de “Pautas para elaboración, aplicación y evaluación de las Guías Clínica”

Ministerio de salud

Calidad de Prestadores

Unidad ETESA

Dimensión 1: RIGOR EN EL DESARROLLO DE LA GUIA	SI	NO	Parcial/ Dudoso	N/A	OBSERVACIONES
RESPONSABILIDAD POR EL DESARROLLO DE LA GUÍA					
1. Se identifica claramente la institución responsable del desarrollo de la guía					Debe constar, preferentemente en la tapa de la guía
2. Se describen los individuos que estuvieron involucrados en el desarrollo de la guía					Nombre, especialidad institución, servicio, cargo etc.
3. Si es así, contiene el equipo representantes de todas las disciplinas relacionadas con el tema de la guía					Debe ser lo más representativo posible, incluyendo miembros de todos los grupos cuyo trabajo se verá afectado con sus recomendaciones
4. Se describen las fuentes de información usadas para seleccionar la evidencia sobre la cuál se basa la guía					Debe explicitarse las bases de datos, sitios de Internet, revistas etc.
5. Si es así, son las fuentes de información adecuadas					Las fuentes de datos deben ser lo más amplias posibles, incluyendo al menos -Colaboración Cochrane -Medline
6. Fue revisada la guía por alguien independiente antes de ser emitida					Ejemplo, por expertos del área clínica, metodólogos u otros
7. Se especifica la fecha de emisión de la guía, y el período cubierto por la revisión de la literatura					Deben estar indicados
8. Se especifica la fecha de una próxima revisión a fin de mantenerla actualizada					Debe estar indicado

Dimensión 2: CONTEXTO Y CONTENIDOS	SI	NO	Parcial/ Dudoso	N/A	OBSERVACIONES
1. Se definen claramente los objetivos de la guía					El lector debe conocer los objetivo para los cuales se elaboró el documento
2. Existe una descripción satisfactoria de los individuos en los cuales será aplicable la guía					Como mínimo, grupo etéreo y condición clínica
3. Es clara la descripción de la condición clínica a ser detectada, tratada o prevenida sin ambigüedades					Lenguaje preciso y directo
4. Se presentan las recomendaciones de manera clara					Juicio general sobre claridad del formato de la guía
5. Se reconocen con claridad las diferente opciones de manejo de los individuos					Esto incluye detallar los criterios principales para la selección de una opción u otra
6. Hay una descripción adecuada de los beneficios clínicos o sanitarios que pudieran derivar del manejo recomendado en la guía					A lo menos en las recomendaciones principales
7. Se describen adecuadamente los riesgos potenciales o efectos adversos de las intervenciones recomendadas en la guía					Los más importantes descritos en la literatura

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

DR. JULIO MONTT VIDAL
DIRECTOR
HOSPITAL "DR. LUIS TISNE BROUSSE"

TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCION:

- Dr. Carlos Gómez- Subdirector Médico.
- Sr. Elizardo Muñoz N. Subdirector Administrativo.
- Sra. Marianela Chacón, Enf. Supervisora Pensionado H.S.O.
- Sra. Ana María Demetrio, Enf. Coordinadora IIH. H.s.o.
- Dra. Cynthia Arguello, Médico IIH. y Epidemiología Hospitalaria.
- Dr. Alberto Pérez Castilla, Médico Jefe Servicio Médico Quirúrgico y U.E.R.
- Dr Marco Muñoz, Servicio Médico Quirúrgico.
- Dra Teresita Cleger, Jefe Equipo de Medicina Interna.
- Dra Sandra Zapata, Médico Quirúrgico Médico Quirúrgico
- E.U. Maria Elena Carreño, Jefe Servicio Médico Quirúrgico del Adulto.
- E.U. Marcela Navarro G., Jefe Unidad de Emergencia del Adulto.
- Dr. Patricio Gayán B.-Jefe Servicio Ginecología Obstetricia.
- Dr Manuel Sedano, SubJefe Servicio Ginecología Obstetricia
- Matrona Sra. Wilma Schmied, Jefe Servicio Ginecología Obstetricia
- Dra. Pilar Lora L. Médico Jefe Unidad Cuidados Intensivos del Adulto.
- E.U. Sra María Luisa Montero, Jefe Unidad Cuidados Intensivos del Adulto.
- Dr Hugo Salvo, Médico Jefe Servicio de Neonatología.
- Matrona Sra. Sonia Riadi, Jefe Servicio de Neonatología.
- Dr. Ricardo Mizraji, Médico Jefe Pabellones Quirúrgicos.
- E.U. Angélica Alarcón, Jefe Pabellones Quirúrgicos.
- Matrona Sra. María Eugenia Labra, Jefe Pabellones Obstétricos.
- Dra Fancy Gaete, Médico Jefe Unidad Anatomía Patológica.
- T.M. Sra Patricia Sánchez, Jefe de Medicina Transfusional.
- E.U. Sra Andrea Salomón, Jefe ASPE.
- Dr Eduardo Salgado, Médico Jefe Turno
- Dr Erasmo González, Médico Jefe Turno
- Dr Andrés Roos, Médico Jefe Turno
- Dr Omar Osorio, Médico Jefe Patología Cervical
- Archivo Dirección Hospital Dr. Luis Tisné B.
- Oficina de Partes.