

Las guías de práctica clínica



Javier González de Dios
Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante
Universidad Miguel Hernández. Alicante

Co-director de “Evidencias en Pediatría”



**Curso Universitario online de
Introducción a las prácticas basadas
en evidencias**

Objetivos

❖ OBJETIVO GENERAL:

- Saber la sistemática de realización y evaluación de una guía de práctica clínica (GPC)

❖ OBJETIVO ESPECÍFICOS:

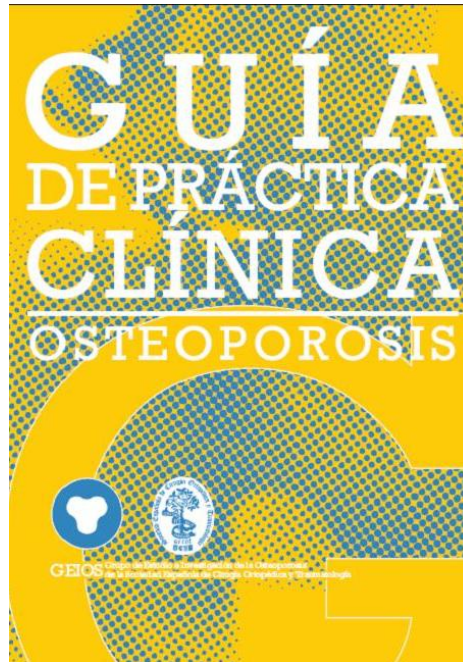
- Aprender los pasos esenciales para realizar una GPC
- Conocer las diferencias de elaboración de una GPC: opinión de expertos, consenso y evidencia
- Diferenciar entre centros elaboradores y de almacenamiento de GPC
- Reconocer 3 propuestas para valoración de una GPC: AGREE, GRADE y ADAPTE

Qué es y qué no es una GPC

No es GPC todo lo que reluce...

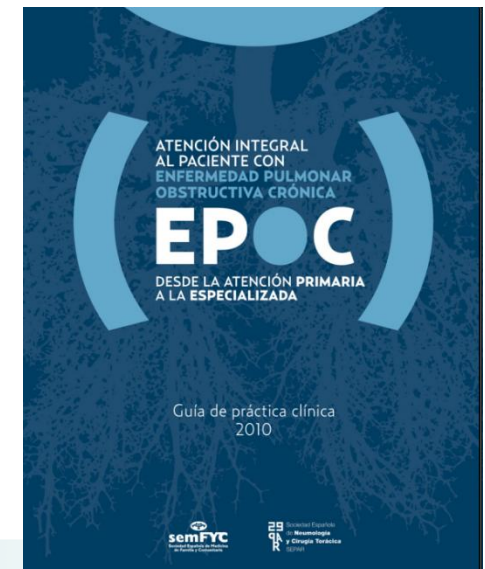


Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



SIGN

Scottish Intercollegiate Guidelines Network



DEFINICIÓN

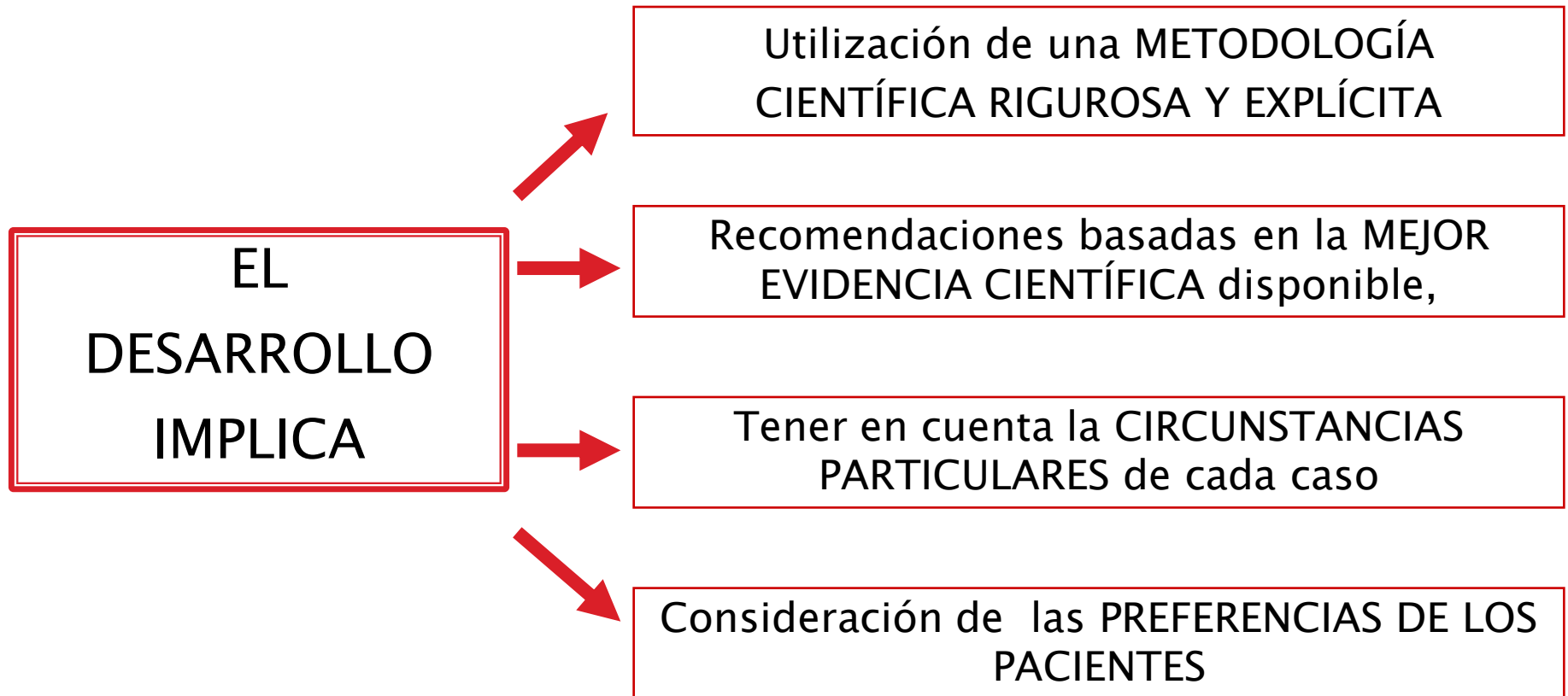
“Directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos”

Comitte To Advise The Public Heath Service On Practice Guidelines Del Institute Of Medicine Del Gobierno De Los EEUU

GENERALIDADES

- Aparecen en los años 90
- Respuesta de los sistemas de salud a la **VARIACIÓN** de las práctica, costes y resultados de la asistencia sanitaria
- Intentan promover intervenciones **APROPIADAS** para el paciente con una **CALIDAD TÉCNICA ALTA**, buscando la **SATISFACCIÓN** de sus necesidades, contando con su **PARTICIPACIÓN** y al **COSTE** más bajo posible

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



OTROS OBJETIVOS:

Detectar lagunas ↔ Orientar la futura investigación científica

¿Por qué una GPC ?

Dar respuesta a la **VARIABILIDAD** en la práctica médica no explicable por las circunstancias clínicas concretas de los pacientes o sus preferencias, que supone una amenaza no sólo para los pacientes sino para la financiación de los sistemas sanitarios

¿Cuándo necesitamos una GPC?

1. Problemas de salud con **IMPACTO CLÍNICO**
2. **AMPLIA VARIABILIDAD** de la práctica clínica
3. **AUSENCIA DE CONSENSO** en el manejo de una patología determinada
4. Aparición de **NUEVAS EVIDENCIAS** (tratamiento, diagnóstico, prevención)
5. Pruebas diagnósticas o tratamientos con **EFFECTOS INDESEABLES** o **COSTES INNECESARIOS**
6. **LÍNEAS ESTRATÉGICAS** de las organizaciones sanitarias

Tipos de GPC

BASADAS EN LA OPINIÓN DE EXPERTOS

BASADAS EN EL CONSENSO

BASADAS EN LA EVIDENCIA

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

OPINIÓN DE EXPERTOS	CONSENSO	BASADO EN LA EVIDENCIA
No estructurado	Estructurado	Estructurado
Rápido y barato	Lento y caro	Lento y caro
Informal	Formal	Formal
Un único punto de vista seleccionado	Diferentes puntos de vista	Explícito Método reproducible
Evidencias implícitas	Evidencias implícitas	Evidencia explícita

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

OPINIÓN DE EXPERTOS	CONSENSO	BASADO EN LA EVIDENCIA
Definición de experto según el contenido	Posible enfrentamiento entre participantes	Metodología formal y rigurosa
Desavenencias entre expertos	Se puede llegar al consenso a expensas de la evidencia revisada	Todos los métodos y decisiones están disponibles para ver
Posible sesgo en muestreo resultados	Posible sesgo en selección estudios	Muestreo riguroso, explícito, reproducible

Características de una GPC

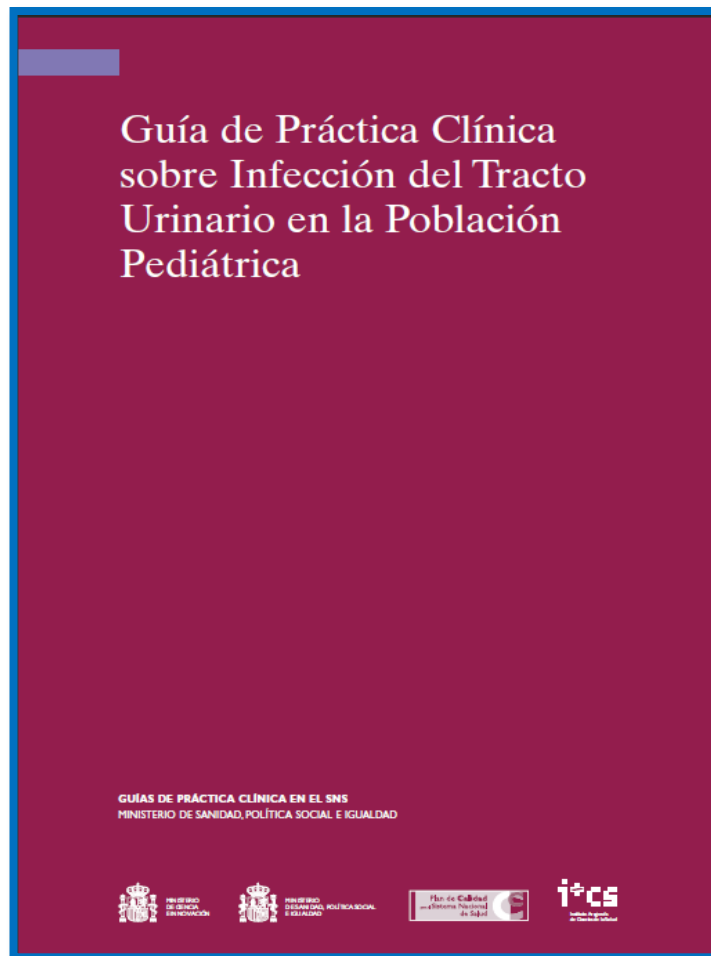
1. **VALIDEZ**: fruto de revisión rigurosa/ aplicación consigue resultados
2. **FIABILIDAD**: otros grupos pueden establecer las mismas conclusiones
3. **REPRODUCTIBILIDAD**: se aplican de igual forma en distintos sitios
4. **FLEXIBILIDAD**: están reflejadas todas las alternativas razonables
5. **APLICABILIDAD**: adecuación al contexto clínico
6. **CLARIDAD**: lenguaje asequible, formato adecuado, precisión
7. **MULTIDISCIPLINALIDAD**: participan todos los grupos implicados
8. **METODOLOGÍA EXPLÍCITA**: personas/método/ recomendaciones
9. **ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN PROGRAMADA**
10. **INDEPENDENCIA**: no hay conflicto de intereses

Fases de elaboración de una GPC

Paso a paso...

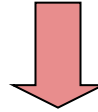


Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

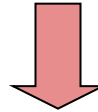


Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

1º.- ALCANCE Y OBJETIVOS: porqué, para qué, a qué profesionales va destinada, cual es la población diana.



2º.- COMPOSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO ELABORADOR: incluir profesionales de todas las especialidades, un experto metodológico, un documentalista, pacientes, colaboradores y revisores externos. Lider que dinamice. Conocimientos MBE



3º.- FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS CLÍNICAS: todos los problemas clínicos incluidos en el alcance de la guía. Formato PICO

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

2. Alcance y objetivos

El objetivo de esta guía de práctica clínica (GPC) es servir de instrumento para mejorar el manejo clínico de los niños y niñas con infección del tracto urinario (ITU). Estos pacientes son atendidos en diversos servicios —atención primaria, urgencias de centros hospitalarios y atención especializada hospitalaria—, con la implicación de múltiples y diversos profesionales: enfermería, pediatría general, nefrología pediátrica, urología pediátrica, radio-diagnóstico, microbiología, etc. Se trata por lo tanto de facilitar información relevante, que sea homogénea, a fin de que disminuya la variabilidad asistencial que existe en la actualidad. Asimismo se procura proporcionar información relevante para las familias y los cuidadores, con objeto de facilitar el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

La población diana de esta guía son todos los niños y niñas sospechosos de tener una ITU, desde un mes de edad hasta los 18 años.

Se aborda también el manejo del paciente pediátrico que requiere sondaje en las siguientes situaciones: exploraciones y sondaje de tipo terapéutico (sondaje mantenido de corta duración y sondaje intermitente).

El texto no cubre aspectos clínicos concernientes a pacientes pediátricos inmunodeprimidos; pacientes pediátricos en unidades de cuidados intensivos u otras unidades de cuidados especiales, como las unidades de quemados; infecciones por virus; infecciones por hongos, o infecciones por parásitos.

Esta guía va dirigida a los profesionales de salud de atención primaria y atención especializada que dispensen asistencia y cuidados a pacientes pediátricos con sospecha de ITU en los servicios de salud tanto públicos como privados. También va dirigida a los pacientes y a sus cuidadores.

La guía resume la evidencia disponible sobre las cuestiones clave del manejo clínico de la ITU y pretende facilitar a los profesionales sanitarios y a los pacientes la toma de decisiones compartidas. Las recomendaciones que aquí figuran no son de obligado cumplimiento ni sustituyen al juicio clínico del personal sanitario.

Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la GPC sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica

Ramón Carlos Areses Trapote, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital Donostia, San Sebastián.

José Antonio Castillo Laita, Médico Especialista en Pediatría.
Centro de Salud de Fuentes de Ebro, Fuentes de Ebro, Zaragoza.

Joaquín Escribano Subías, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus.

Gloria María Fraga Rodríguez, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario de Sant Pau, Barcelona.

Ángeles García Díaz, Enfermera, Hospital Universitario Miguel Servet,
Hospital Materno-Infantil, Zaragoza.

Susana García Rodríguez, Farmacéutica, Instituto Aragonés de Ciencias
de la Salud, Zaragoza.

César Joaquín García Vera, Médico Especialista en Pediatría.
Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores, Zaragoza.

Andrés Gómez Fraile, Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.
Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Juan David González Rodríguez, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena.

Jesús Gracia Romero, Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.
Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Materno-Infantil, Zaragoza.

César Loris Pablo, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario Miguel Servet,
Hospital Materno-Infantil, Zaragoza.

Juan Ignacio Martín Sánchez, Médico Especialista en Medicina Preventiva
y Salud Pública, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Carlos Ochoa Sangrador, Médico Especialista en Pediatría.
Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Lidia Rocha Gancedo, Enfermera, Hospital Universitario Miguel Servet,
Hospital Materno-Infantil, Zaragoza.

Luis Miguel Rodríguez Fernández, Médico Especialista en Pediatría, Unidad
de Nefrología Pediátrica, Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), León.

Teresa Serrano Frago, Enfermera, Hospital Universitario Miguel Servet,
Hospital Materno-Infantil, Zaragoza.

Blanca Valenciano Fuente, Médico Especialista en Pediatría.
Unidad de Nefrología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Insular
Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Preguntas para responder

FACTORES DE RIESGO O PROTECCIÓN DE LA ITU

1. La falta de higiene relacionada con el uso del pañal, ¿tiene algún efecto sobre la incidencia de la ITU?
2. La falta de higiene relacionada con la presencia de oxiuriasis, ¿tiene algún efecto sobre la incidencia de la ITU?
3. La lactancia materna, ¿tiene algún efecto protector frente a la ITU?
4. Los niños no circuncidados, ¿tienen mayor posibilidad de padecer una ITU?

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ITU

5. ¿Cuál es la validez de los hallazgos clínicos para el diagnóstico de ITU en la población pediátrica?

DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA ITU

6. ¿Cuál debe ser el método de recogida de orina de elección para el diagnóstico de ITU?
7. ¿Cómo debe ser conservada y transportada la muestra de orina?
8. En población pediátrica, ante la sospecha de ITU, ¿cuál es la prueba diagnóstica en orina más válida para detectar ITU?
9. En población pediátrica con sospecha o ITU confirmada, ¿existe algún hallazgo clínico o test de laboratorio para diagnosticar la localización de la ITU?

DIAGNÓSTICO DE LA ITU POR IMAGEN

10. ¿Cuál es la prueba de imagen más efectiva para el diagnóstico de alteraciones estructurales de la vía urinaria y/o daño renal en niños y niñas con ITU?

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO RENAL CRÓNICO

11. ¿Existen criterios clínicos, radiológicos o de laboratorio para predecir el riesgo de daño renal crónico tras una primera ITU febril?

CRITERIOS DE INGRESO Y DERIVACIÓN

12. ¿Cuáles deben de ser los criterios de hospitalización ante una sospecha de ITU en la población pediátrica?
13. ¿Cuándo debe ser derivado un niño o una niña con ITU desde atención primaria a atención especializada?

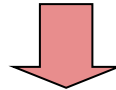
Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

4°.- BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA: revisión bibliográfica exhaustiva, rigurosa y sistemática.

Tipo de publicación esencial: revisiones sistemáticas de calidad

INCLUIR BASES DE DATOS ESENCIALES: Cochrane, DARE, HSTAT, Medline, EMBASE, CINAHL, Tripdatabase, otras bases específicas según el tema

Determinar el tipo de estudios que se va a incluir según la pregunta planteada



5°.- EVALUACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA: valoración crítica de la evidencia con extracción de los datos relevantes de los estudios con bajo riesgo de sesgo.

Síntesis de los estudios incluidos utilizando “tablas de evidencia”

CLASIFICADORES PARA CATEGORIZAR LA EVIDENCIA: SIGN, NICE (para intervenciones terapéuticas), CMBE (para diagnóstico), etc. Mejor GRADE

3. Metodología

La metodología empleada en la elaboración de esta guía de práctica clínica (GPC) es la que se recoge en el *Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud*¹.

Los pasos seguidos para la elaboración de esta guía comenzaron por la constitución del grupo elaborador de la guía (GEG), integrado por quince profesionales clínicos procedentes de distintos ámbitos sanitarios —atención primaria y atención hospitalaria— y de distintas especialidades: enfermería, pediatría, cirugía pediátrica y nefrología pediátrica. El GEG no incluyó grupo de pacientes o familiares, y se recurrió a 3 potenciales usuarios de la información dirigida a pacientes (padres y madres de niños en edad pediátrica) para la revisión de su contenido.

La generación y selección de las preguntas clínicas se llevó a cabo en sucesivas reuniones mediante tormenta de ideas y posterior priorización por parte del GEG concluyendo el total de las preguntas recogidas en esta guía: preguntas relacionadas con epidemiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento de la ITU en la población pediátrica, y preguntas relacionadas con los cuidados del catéter en la población pediátrica sondada. La elaboración de las preguntas clínicas se realizó considerando el formato PICO (Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o resultado).

Una vez planteadas las preguntas que se debían responder, se inició una primera búsqueda bibliográfica en bases de datos y otras fuentes especializadas (Medline, Embase, Excelencia Clínica, Trip Database, GuíaSalud, National Guideline Clearinghouse, G.I.N), con el objetivo de localizar otras GPC, nacionales o internacionales, de temática similar. Esta búsqueda dio como resultado la localización de doce guías, de las cuáles se descartaron cinco en las que población, temas, intervenciones, fecha de realización o metodología no cumplían con los objetivos y alcance de esta GPC. Las siete guías restantes^{11,29-34} fueron evaluadas, mediante el instrumento AGREE, por cuatro evaluadores, de forma indepen-

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención¹

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendación para preguntas sobre diagnóstico¹

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1.
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de nivel 1	Cumplen: • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de nivel 2	Presentan solo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios de casos-control.
Estudios de nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

Otras consideraciones adicionales que el GEG ha tenido en cuenta están relacionadas con la necesidad de ponderar la eficacia de las manifestaciones clínicas de presentación para el diagnóstico de certeza de la ITU y de su gran impacto clínico, al demostrarse en la RS, mediante cálculo de los coeficientes de probabilidad de los diferentes signos y síntomas aislados o en combinación, en los 2 grupos de edad, que la probabilidad posprueba de tener una ITU a partir de las manifestaciones clínicas iniciales no supera el 30% (incluso tras la combinación de varios signos y síntomas)¹⁸. El GEG concluye, por tanto, que la sospecha diagnóstica requerirá la confirmación mediante análisis de muestras de orina.

Resumen de la evidencia

Ia	En población pediátrica de 0-24 meses de edad, la presencia de fiebre > 39 °C durante más de 48 horas, sin foco aparente de fiebre, es la manifestación clínica más útil para identificar una ITU (CPP 4,0; IC95% 1,2 a 13,0) ¹⁸ .
Ia	En población pediátrica de más de 24 meses de edad, la presencia de dolor abdominal (CPP 6,3; IC95% 2,5 a 16,0), dolor lumbar (CPP 3,6; IC95% 2,1 a 6,1), disuria, polaquiuria o ambos (CPP rango de 2,2 a 2,8) y la aparición de nueva incontinencia (CPP 4,6; IC95% 2,8 a 7,6) son los síntomas más útiles para detectar una ITU ¹⁸ .
Ia	Todos los signos y síntomas presentes en población pediátrica de menos de 24 meses de edad generan cambios pequeños en la probabilidad de confirmar una ITU (CPP < 5, CPN > 0,2) ¹⁸ .
Ia	La mayoría de los síntomas presentes en población pediátrica de más de 24 meses de edad generan cambios pequeños en la probabilidad de confirmar una ITU (CPP < 5, CPN > 0,2) ¹⁸ .
3	En población pediátrica en fase preverbal existen signos y síntomas inespecíficos (síntomas digestivos, ictericia, irritabilidad, orina maloliente, falta de medro, rechazo del alimento, dolor suprapúbico, hematuria) que pueden orientar a la presencia de una ITU ¹¹ .
3	En población pediátrica en fase verbal existen algunos síntomas (orina turbia o maloliente, hematuria, vómitos) que también pueden orientar a la presencia de ITU ¹¹ .

Recomendaciones

A	La sospecha clínica de ITU en población pediátrica a partir de las manifestaciones clínicas requiere confirmación analítica, por poseer baja capacidad discriminativa.
A	En población pediátrica de menos de 24 meses de edad con fiebre sin foco, se recomienda realizar un análisis de orina para descartar ITU.
A	En población pediátrica de más de 24 meses de edad, con clínica de dolor abdominal o lumbar febril, disuria, polaquiuria o ambos, o aparición de incontinencia, se recomienda confirmación de ITU mediante análisis de orina.

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

6º.- FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES: paso de los resultados de la investigación a las recomendaciones para un paciente. Sopesar la validez externa.

GRADE: iniciativa internacional formada por elaboradores de GPC, epidemiólogos, clínicos.

- Clasifican la IMPORTANCIA DE LA VARIABLE RESULTADO (0 a 9) resultados no importantes, importantes pero no claves, claves.

- Evaluación de la CALIDAD DE LA EVIDENCIA: cuatro categorías: alta, moderada, baja y muy baja.

- Graduación de la FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES: considerando el balance entre beneficios y riesgos, calidad de la evidencia, aplicabilidad y riesgo basal de la población. Dos categorías: recomendaciones fuertes o débiles.

Recomendaciones de la GPC

Factores de riesgo o protección de la ITU

La falta de higiene como factor de riesgo de la ITU: uso del pañal y presencia de oxiuros

✓	Se recomienda cambio de pañal frecuente.
D	Se recomienda descartar infección por oxiuros en niñas con ITU recurrente.

La lactancia materna y su papel protector frente a la ITU

C	Se recomienda informar a las madres de los beneficios y del efecto protector de la lactancia materna para la planificación de la alimentación del futuro lactante.
C	Se recomienda que la lactancia materna se prolongue más de 6 meses.

La fimosis como factor de riesgo de ITU

B	En todo niño con ITU, asociada o no a alteraciones estructurales del tracto urinario, se recomienda la exploración y evaluación del estado del prepucio.
✓	La circuncisión no se debe realizar de manera rutinaria aunque exista asociación entre circuncisión y menor riesgo de ITU.
C	En aquellos lactantes varones o niños con infecciones urinarias febriles de repetición, con o sin malformaciones o disfunciones del tracto urinario asociadas a fimosis, se recomienda realizar un tratamiento médico para conseguir la retracción del prepucio.
B	En aquellos lactantes varones o niños con infecciones urinarias febriles de repetición, con o sin malformaciones o disfunciones del tracto urinario asociadas a fimosis, se recomienda circuncidar cuando persista la fimosis tras tratamiento médico.

Diagnóstico clínico de la ITU

A	La sospecha clínica de ITU en población pediátrica a partir de las manifestaciones clínicas requiere confirmación analítica, por poseer baja capacidad discriminativa.
---	--

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

7º.- REVISIÓN EXTERNA: por un grupo de profesionales con experiencia y prestigio; la versión final del texto de la guía se revisa y aprueba por el grupo elaborador; se contacta con las Sociedades Científicas implicadas



8º.- EDICIÓN DE LA GPC: versión completa (electrónica) y resumida (papel y electrónica); versión dirigida a pacientes y familias; actualización cada 5 años



9º.- DISEÑO DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN : no basta elaborar una GPC interesa que los profesionales y organizaciones sean capaces de aplicarla en la práctica diaria

20. Difusión e implementación

Las GPC son una herramienta de ayuda para profesionales y usuarios en la toma de decisiones sobre la asistencia sanitaria más apropiada. Por tanto, son necesarias, la introducción e implementación de las recomendaciones de esta guía en aquellos sectores del entorno sanitario en los que sea pertinente su aplicación; con ese fin se recomiendan las siguientes estrategias:

- Presentación de la GPC por parte de las autoridades sanitarias a los medios de comunicación.
- Presentación de la GPC a las distintas asociaciones y sociedades nacionales de pediatría, nefrología pediátrica y urología pediátrica.
- Presentación de la GPC a las asociaciones pertinentes de ámbito regional.
- Distribución de la versión resumida a diversas instituciones y organizaciones del entorno sanitario.
- Colaboración con las sociedades científicas que han participado en la revisión de la GPC, para fomentar la difusión de la misma.
- Envío y distribución de la GPC a diferentes bases de datos recopiladoras de GPC, para su valoración e inclusión en las mismas.
- Acceso libre a las diferentes versiones de la GPC en la web de GuíaSalud <http://www.guiasalud.es>
- Difusión e información sobre la GPC en actividades científicas relacionadas con pediatría, urología, nefrología y enfermería.
- Traducción de la versión completa al inglés.

21. Líneas de investigación futura

7.1 La falta de higiene como factor de riesgo de la ITU: uso del pañal y presencia de oxirris

Se recomienda realizar estudios de buena calidad metodológica para evaluar cómo influye el uso y el tipo de los pañales en la incidencia de la ITU en población pediátrica.

9.4.1 Validez diagnóstica de signos y síntomas clínicos

Se recomienda la realización de estudios diagnósticos sobre procedimientos no invasivos mediante muestras biológicas de sangre y orina que detecten la presencia de daño renal agudo o crónico.

10 Diagnóstico de la ITU por imagen

Se necesitan estudios que evalúen las indicaciones de la realización de pruebas diagnósticas por imagen, teniendo en cuenta el rendimiento diagnóstico de las mismas.

Se necesitan estudios de seguimiento en aquellos niños y niñas que tras primera ITU febril confirmada no hayan sido sometidos a DMSA.

13.7 Medicación sintomática en el tratamiento de la ITU

Se necesitan ECA bien diseñados en pacientes en edad pediátrica que investiguen la utilidad real de antiinflamatorios no esteroideos y esteroideos en el tratamiento de la ITU.

14.4 Otras medidas preventivas: vacunas con cepas uropatógenas, ácido ascórbico, zumo de arándanos y probióticos

Se recomienda la realización de estudios rigurosos y bien diseñados en población pediátrica con ITU que permitan establecer el efecto protector de posibles alternativas profilácticas, como vacunas de cepas uropatógenas, ácido ascórbico, zumo de arándanos y probióticos.

16.2 Prevalencia de daño renal crónico en población pediátrica con ITU

Se recomienda investigar sobre el significado pronóstico de las cicatrices renales unilaterales y de pequeño tamaño que no afectan a la función renal.

18.2.2 Sondaje intermitente

Se recomienda investigar en el ámbito extrahospitalario si las sondas recubiertas de uso único son mejores (coste-efectivas) que las sondas no recubiertas de uso único.

Se recomienda investigar si las sondas no recubiertas de uso único son mejores (coste-efectivas) que las sondas no recubiertas de uso múltiple, para comprobar si la esterilidad de la sonda o el uso único de la sonda es de importancia.

Anexo 2. Consideraciones generales sobre la información para las familias y pacientes

Como en cualquier actuación médica, cuando se inicia el estudio, tratamiento o cuidados de niñas y niños con una ITU, habrá que tener en cuenta el derecho, tanto del paciente (en función de su edad) como de sus familiares o cuidadores, a ser plenamente informados. Solo tras recibir una correcta información podrán ser capaces de tomar las decisiones pertinentes y dar el consentimiento oportuno para recibir las atenciones propuestas. Aunque el consentimiento se otorgue por representación de familiares o cuidadores, se deberá escuchar la opinión de los pacientes de entre 12-16 años de edad²⁷¹.

Los profesionales médicos deberán ofrecer un trato respetuoso, sensibilidad y comprensión, y procurar proporcionar una información sencilla y clara sobre la ITU. La información deberá incluir detalles sobre los posibles beneficios y riesgos del tratamiento y de las pruebas que vayan a programarse.

Se recomienda estimular a los familiares y pacientes a formular preguntas sobre cualquier aspecto relacionado con la ITU. Asimismo, se deberá tener en cuenta las necesidades religiosas, étnicas y culturales del medio familiar, así como las dificultades relacionadas con el lenguaje o el idioma.

RESUMEN

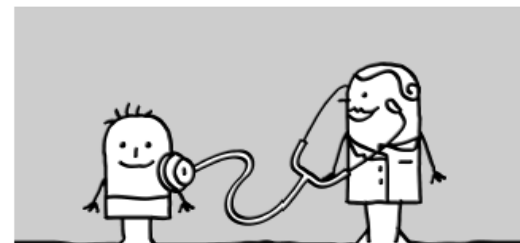
Hay que hacer un esfuerzo por dar la mejor información sobre este proceso.

La información debe abarcar los aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, las medidas preventivas y el pronóstico.

Cuando se hagan pruebas especiales, debe informarse sobre la naturaleza de las mismas, beneficios y perjuicios de la prueba, cuándo debe hacerse, si necesita o no de hospitalización; y dar la información adecuada sobre los resultados.

La información debe adaptarse a las condiciones personales, familiares, sociales y culturales de los pacientes.

Anexo 3. Información para pacientes. Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica



Contenido

- Introducción
- ¿Qué es la infección del tracto urinario (ITU) y cuál es su frecuencia?
- ¿Cuáles son los **signos y síntomas** que pueden hacer sospechar la presencia de una ITU?
- ¿Cómo se realiza el **diagnóstico** de la ITU?
- ¿Cómo se **trata** una ITU?
- ¿Qué es la **recurrencia** de ITU?
- ¿Cómo podemos actuar para **prevenir** las recurrencias de ITU?
- ¿Qué tipo de **exploraciones** se realizan cuando aparece una ITU?
- ¿Cuál es el **pronóstico** tras una ITU?

Anexo 6. Declaración de intereses

Los siguientes miembros del grupo elaborador han declarado ausencia de intereses: Ramón Carlos Areses Trapote, José Antonio Castillo Laita, Gloria María Fraga Rodríguez, Susana García Rodríguez, César Joaquín García Vera, Andrés Gómez Fraile, Jesús Gracia Romero, César Loris Pablo, Juan Ignacio Martín Sánchez, Carlos Ochoa Sangrador, Lidia Rocha Gancedo, Teresa Serrano Frago y Blanca Valenciano Fuente.

Joaquín Escribano Subías ha recibido financiación de GlaxoSmithKline para la realización de programas educativos.

Ángeles García Díaz ha recibido financiación de Izasa y Teleflex Medical S.A para la asistencia a reuniones y congresos.

Juan David González Rodríguez ha recibido financiación de Ferring para la asistencia a reuniones y congresos.

Luis Miguel Rodríguez Fernández ha recibido financiación de Ferring para la asistencia a reuniones y congresos.

Los siguientes colaboradores expertos han declarado ausencia de intereses: Antonia Andréu Domingo, M.ª del Mar Bruna Martín, Luisa Ceres Ruiz, Laura Espinosa Román, Victor Manuel García Nieto.

Juana Abadía Mainer ha recibido financiación de INO Therapeutics para la asistencia a reuniones y congresos.

Juan José García García ha recibido financiación de Sanofi Pasteur para la asistencia a reuniones y congresos; honorarios de MSD, Gilead y Sanofi Pasteur en concepto de ponencias y consultoría; financiación de Fardi por participación en investigación; honorarios de Laboratorios Menarini por autoría en revista patrocinada y ayuda económica de Brahms Diagnóstica para la financiación de una investigación.

Roberto Hernández Marco ha recibido financiación de GlaxoSmithKline para la asistencia a reuniones y congresos.

Javier Piñón Chacón ha recibido financiación de Ferring Pharmaceuticals y Coloplast para la asistencia a reuniones y congresos, y honorarios de Ferring Pharmaceuticals en concepto de ponencias.

Los siguientes revisores externos han declarado ausencia de intereses: Mar Espino Hernández, Elena García Martínez, Serafín Málaga Guerrero, Ángel Villanueva Mateo.

Javier González De Dios ha recibido honorarios de Mead Johnson en concepto de ponencias.

Centros elaboradores y de almacenamiento de GPC

Los mejores recursos
a su alcance...



Centros elaboradores

- SIGN (Escocia)
- NICE (Inglaterra y Gales)
- NZGG (Nueva Zelanda)
- NHMRC (Australia)
- GuiaSalud (España)

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



Scottish Intercollegiate Guidelines Network



Home

- Home
- Guidelines
- Consultation
- Events
- Implementation
- Patient Involvement
- Trainees
- Methodology
- Search
- About SIGN
- About HIS

New on the site

November 2012
[Patient Podcast Autumn 2012](#) published.

November 2012
[Autism Spectrum Disorders parent booklet, Bengali translation](#) published.

10 October 2012
[Patient Newsletter Autumn 2012 edition](#) published.



Managing bacterial urinary-tract infection in adults Patient Booklet available now

Based on the recommendations from SIGN 88: Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults, the Patient Booklet is about caring for and treating adults who have a suspected urinary-tract infection (UTI). It has been written for patients, carers, families or anyone who has an interest in the condition.

It aims to make patients and their families aware of the care and treatment that should be available. It also aims to help patients and their families manage their condition by understanding the latest research evidence.



Autumn Patient News

now available on PDF and YouTube



YouTube

National Open Meeting SIGN guideline on chronic pain

Wednesday 12 December 2012
Royal College of Physicians of Edinburgh

Online registration now open

Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults

Updated edition now available

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

**National Institute for
Health and Clinical Excellence**

Sign in | Register

Home | News | Get involved | About NICE

Find guidance ▾ | NICE Pathways | Quality standards | Into practice | QOF

Got a question for NICE?

NICE Question Time is taking place in Shrewsbury on 21 November 2012.

[Book your place today](#) for the chance to put questions to NICE's Chief Executive and Chair.

NICE Question Time is followed by NICE's bi-monthly Board meeting, which is also open to the public.

Scientific Advice homepage image seminars



About NICE

News and

NICE Guidance

NICE Pathways

Into practice

NHS Evidence

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

[Inicio](#)

▼ Inicio

- [Catálogo de GPC](#)
- [Guías de Práctica Clínica](#)
- [Otros Productos Basados en la Evidencia](#)
- [Herramientas y Recursos](#)
- [Formación / Capacitación](#)
- [Comunicación y Participación](#)
- [Actualidad](#)
- [Entidades](#)
- [Información para Pacientes y Ciudadanos](#)
- [Búsquedas](#)

Acceso miembros

Acceso

Facilitamos el acceso a Guías de Práctica Clínica a través de...

Catálogo de Guías de Práctica Clínica [que](#) [valora y muestra guías \(actualmente 74 guías\)](#)

Formulario para solicitar la inclusión de una guía [que](#)

Programa de guías del Sistema Nacional de Salud (SNS) [que](#) [elabora guías con una metodología común](#) [que](#) (actualmente **26 guías**) en múltiples formatos

Información dirigida a pacientes y ciudadanos en general de las guías del Programa [que](#)

Información sobre las guías del Programa que están en elaboración [que](#)

Aplicación móvil para consultar las guías del Programa de GPC del SNS [que](#)



Guías de	Metodología	Fuentes de	Difusión y
----------	-------------	------------	------------

Centros de almacenamiento

- NGC (Estados Unidos)
- CMA Infobase (Canadá)
- ACPG (Australia)
- GuiaSalud (España)
- GIN

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

 U.S. Department of Health & Human Services  www.hhs.gov

 **Agency for Healthcare Research and Quality**
Advancing Excellence in Health Care www.ahrq.gov/

Visit: [National Quality Measures Clearinghouse](#) [Agency for Healthcare Research Quality](#) [AHRQ Home](#) [Sign In](#)

[Help](#) | [RSS](#) |  [Subscribe to weekly e-mail](#) | [Site map](#) | [Contact us](#) | [For web developers](#)

 **National Guideline Clearinghouse** T- T+

[Home](#)
[Guidelines](#)
[Expert Commentaries](#)
[Guideline Syntheses](#)
[Guideline Resources](#)
[Annotated Bibliographies](#)
[Compare Guidelines](#)
[FAQ](#)
[Submit Guidelines](#)
[About](#)
[My NGC](#)

NGC is a public resource for evidence-based clinical practice guidelines.

Search the site:
[Search Tips](#) [Advanced Search](#) [About Search](#)

New This Week
November 05, 2012
Expert Commentary

- Importance of Quality Metrics for Providing High Quality Melanoma Care

New/Undated Guideline

Announcements
U.S. Food and Drug Administration (FDA) Advisory

- November 2, 2012: [Pradaxa \(dabigatran etexilate mesylate\)](#) 

Conference News

- Save the Date! [G-I-N North](#)

Sign In to My NGC

Save your favorite guideline summaries and organizations, and create custom e-mail alerts.

E-mail:

Password:

☐ Remember Me

[Forgot your password?](#)
New User? [Create a free account](#)

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



[Ask a CMA librarian](#)

[A-Z textbooks](#)

[A-Z journals](#)

[Drug Information and alerts](#)

[CMAJ](#)

[MD Consult](#)

[DynaMed](#)

[Stat!Ref](#)

[AccessMedicine](#)

[BMJ Best Practice](#)

CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines (CPGs)

Find a CPG

 [Search Tips](#)

 [Browse by](#)

[Advanced Search](#)

[Conditions](#) | [Specialities](#) | [Recent Additions](#) | [Developers](#) | [Titles](#)

Need Help? Ask our [information specialist](#)

New / Updated CPGs

[Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults](#)

TOP 10 Most Accessed CPGs

A list of the 10 most frequently viewed clinical practice guidelines in the CMA Infobase during the past 30 days.

[Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults](#)

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



CLINICAL PRACTICE GUIDELINES PORTAL

Guideline Portal

Guideline Register

[Home](#) [News](#) [About us](#) [Contact](#) [Help](#)

[Advanced Search](#) [Advanced Search Help](#)

You are here: [Home](#)

Browse by:

Condition

Text Search:

Search by ID:

Welcome to the clinical practice guidelines portal

Welcome to Australia's Clinical Practice Guidelines Portal. It has been developed to help Australian clinicians and policy-makers access clinical practice guidelines via a single entry point.

This portal is an initiative of the [National Health and Medical Research Council](#) as part of our mandate to build a healthier Australia.

What will I find?

You will find links to clinical practice guidelines developed for use in Australian health care settings. Each guideline on this portal has been assessed according to rigorous selection criteria to help you find the type of guideline you are looking for.

This site provides direct links to guidelines or to guideline developer websites. The majority of guidelines we link to are free, however in a few instances payment is required.

[Find out more](#) about the way guidelines are chosen for this portal.

Health Tracker newsletter

Name:

Email:

 [News Feed \(RSS\)](#)

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



Guidelines International Network

- HOME
- ABOUT G-I-N
- ACTIVITIES
- LIBRARY
- EVENTS
- NEWSLETTER
- MEMBERSHIP
- CONTACT

You are here: Home

Site search

Guidelines search

GINDER search

G-I-N Website Search

Welcome

Dear fellow G-I-N members:

We are all back to work after celebrating the 10th anniversary of Guidelines International Network (G-I-N) and attending a very successful 9th annual meeting in Berlin. I was truly impressed by the high quality of the scientific content as well as lively and active



G-I-N Congress Follow up!

The G-I-N 2012 Conference was a full success which has broken all records: Almost 600 delegates across 45 countries attended the event. The conference programme included 5 stimulating plenary sessions and 19 interactive workshops and panel sessions, 80 short oral presentations and almost 200 posters.

- [Access the conference presentations](#)
- [Access the conference proceedings](#)
- [View the programme](#)
- [View pictures of the conference - selection](#)
- [View pictures of the conference via Flickr](#)
- [Access the conference press kit](#)
- [Access the German language satellite](#)

Cómo seleccionar una GPC de calidad

Disponemos de herramientas...



Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

Gran cantidad de GPC, a veces con duplicidad, inconsistencias y gran variabilidad en la calidad

HERRAMIENTAS

AGREE: determinar la calidad de una guía

GRADE: desarrollar un método común para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación

ADAPTE: colaboración internacional que tiene como objetivo desarrollar y validar un procedimiento genérico de adaptación que facilite el uso de las guías existentes, evitando duplicidades

AGREE

Método para la evaluación de la calidad de GPC validado y generado con la colaboración de 10 países Europeos, Canadá, EEUU , Nueva Zelanda. Publicado en 2003 (Agree II 2009)

ESTANDAR ORO en su campo

CARACTERÍSTICAS: exhaustivo, fácil de usar, independiente del tema que se aborde

Instrumento GENÉRICO desarrollado por un *grupo internacional de expertos* para evaluar la calidad de **todo tipo de GPC**, evaluando los **beneficios, daños, costes** y aspectos **prácticos** y la probabilidad de alcanzar resultados; **dirigido** a gestores, clínicos y educadores.

AGREE

23 CRITERIOS AGRUPADOS EN 6 ÁREAS:

1. Alcance y objetivos (3)
2. Participación de los implicados (3)
3. Rigor en la elaboración (8)
4. Claridad de presentación (3)
5. Aplicabilidad (4)
6. Independencia editorial (2)

Valoración de 0 a 7 para cada criterio: **1**: completamente de acuerdo que no lo cumple; **7**: completamente de acuerdo que lo cumple; **2-6**: duda si lo cumple

Se suman las puntuaciones de cada área y se calcula el porcentaje obtenido respecto al total

Mínimo 4 evaluadores

INSTRUMENTO AGREE II
INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN
DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



Consortio AGREE
Mayo de 2009

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

ALCANCE Y OBJETIVO

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita

1	2	3	4	5	6	7
May en desacuerdo						May de acuerdo

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Debe proporcionarse una descripción clara de la población diana de la guía (por ejemplo: pacientes, público, etc.). Deben proporcionarse datos sobre el rango de edad, sexo, descripción clínica y comorbilidad. Por ejemplo:

- Una guía para el manejo de la diabetes mellitus que sólo incluye pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente y excluye pacientes con comorbilidad cardiovascular.
- Una guía para el manejo de la depresión que sólo incluye pacientes con depresión mayor, de acuerdo con el criterio DSM-IV y excluye pacientes con síntomas psicóticos y a niños.
- Una guía para el cribado de cáncer de mama que sólo incluye mujeres, con edades entre 50 y 70 años, sin historia de cáncer previo y sin historia familiar de cáncer de mama.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos iniciales para encontrar una descripción de la población diana de la guía. La exclusión explícita de algunas poblaciones (por ejemplo, niños) también está cubierta en este ítem criterio. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: población de pacientes, población diana, pacientes relevantes, alcance, y propósito.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

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

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Es la información sobre la población lo suficientemente específica, de forma que individuos correctos y elegibles reciban la acción recomendada en la guía?

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVO

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

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

Comentarios:

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

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

Comentarios:

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

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

Comentarios:

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

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

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

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12

Puntuación estandarizada del dominio sería

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}}$$
$$53 - 12 / 84 - 12 \times 100 = 41 / 72 \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57 \%$$

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

II) Interpretar la puntuación del dominio

Aunque las puntuaciones de los dominios pueden ser útiles para comparar guías y para recomendar su empleo, el Consorcio no ha establecido puntuaciones mínimas o patrones de puntuación entre dominios que diferencien entre guías de alta y baja calidad. Estas decisiones deben hacerse por el usuario y guiadas por el contexto en el cual se utilice el AGREE II.

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias

Tabla 2. Valoración Global de la Guía*

MUY RECOMENDADA
• La guía puntúa alto (3 a 4) la mayoría de los ítems y la mayoría de las puntuaciones de las áreas son superiores a 60 • Esto indica que la guía tiene una alta calidad general y que podría ser considerada para su uso en la práctica sin tener que modificarla.
RECOMENDADA
• La guía puntúa alto (3 a 4) o bajo (1 o 2) en un número similar de ítems y la mayoría de las puntuaciones de las áreas se encuentran entre 30 y 60%. • Esto indica que la guía tiene una moderada calidad general. (Podría ser debido a una insuficiente información sobre los ítems). • Se considera que introduciendo algunas modificaciones siempre que la información sobre el método de elaboración esté bien descrita, esta guía podría ser considerada para su uso, especialmente cuando no hay otras disponibles sobre el mismo contenido clínico.
NO RECOMENDADA
• La guía puntúa bajo (1 o 2) en la mayoría de los ítems y la mayoría de las puntuaciones de las áreas son inferiores a 30%. • Esto indica que la guía tiene una baja calidad general y serias deficiencias. Por tanto no debería ser recomendada para su uso en la práctica.
*No se recomienda utilizar la puntuación total de los 23 criterios, sino valorar por dimensiones, al considerarse que las dimensiones tienen significados de distinta significación y que por tanto no pueden agregarse de esta forma

HERRAMIENTAS

AGREE: determinar la calidad de una guía

GRADE: desarrollar un método común para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación

ADAPTE: colaboración internacional que tiene como objetivo desarrollar y validar un procedimiento genérico de adaptación que facilite el uso de las guías existentes, evitando duplicidades

GRADE

Desde el año 2000, un grupo internacional de 60 expertos (clínicos y metodólogos) constituyeron la iniciativa GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)

ESTANDAR deseable para niveles de evidencia y grados de recomendación.

Tres CARACTERÍSTICAS diferenciales:

- 1) Categoriza las variables de resultado e importancia relativa (0–9)
- 2) Evalúa la calidad de la evidencia: alta, moderada, baja, muy baja
- 3) Gradúa la fuerza de las recomendaciones en dos categorías: fuertes o débiles, bien a favor o en contra

Introducción a la medicina basada en Evidencias

P
I
C
O

Resultado Crítico
Resultado Crítico
Resultado Importante
Resultado No importante

importante

Revisión sistemática



Variable	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Resumen de hallazgos		Calidad	Importancia
							Riesgo	Beneficio		
Variable 1 (Resultado crítico)	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Riesgo	Beneficio	Calidad	Importancia
Variable 2 (Resultado crítico)	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Riesgo	Beneficio	Calidad	Importancia
Variable 3 (Resultado importante)	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Riesgo	Beneficio	Calidad	Importancia
Variable 4 (Resultado importante)	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Riesgo	Beneficio	Calidad	Importancia
Variable 5 (Resultado No importante)	Grupos	Evidencia	Evidencia directa	Evidencia indirecta	Principio	Otros aspectos	Riesgo	Beneficio	Calidad	Importancia

Resumen de los hallazgos
y estimación del efecto de
cada resultado

Alta
Moderada
Baja
Muy baja

D
I
S
M
I
N
U
Y
E

1. Riesgo de sesgo
2. Inconsistencia
3. Result. Indirectos
4. Imprecisión
5. Sesgo publicación

A
U
M
E
N
T
A

1. Dosis-respuesta
2. Efecto grande
3. Fact. confusión

Desarrollo de una GPC

Formular recomendaciones:

- A favor o en contra (dirección)
- Fuertes o débiles (intensidad)



Considerando:

- ☐ Calidad de la evidencia
- ☐ Balance riesgo-beneficio
- ☐ Valores y preferencias

Revisarlas si es necesario considerando:

- ☐ Uso de recursos (coste)



Calificar

la calidad de las pruebas
a través de los resultados basándose
en la calidad más baja de los resultados
críticos

- "Recomendamos utilizar..."
- "Sugerimos utilizar..."
- "Recomendamos en contra de utilizar..."
- "Sugerimos que no se utilice..."

HERRAMIENTAS

AGREE: determinar la calidad de una guía

GRADE: desarrollar un método común para clasifica la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación

ADAPTE: colaboración internacional que tiene como objetivo desarrollar y validar un procedimiento genérico de adaptación que facilite el uso de las guías existentes, evitando duplicidades

ADAPTE

Colaboración internacional con un procedimiento genérico de adaptación que facilite el uso de las guías existentes, evitando duplicidades

ESTANDAR deseable de adaptación de GPC a diferentes contextos culturales u organizativos

Tres FASES diferenciales:

- 1) Preparación
- 2) Adaptación
- 3) Finalización

Introducción a las Prácticas basadas en Evidencias



CONTACTO:

Dr. Javier González de Dios
Department of Pediatrics. Alicante University General Hospital
Miguel Hernández University. Alicante (Spain)

Correo-e: javier.gonzalezdedios@gmail.es

Web: <http://www.evidenciasenpediatria.es/>

Blog: <http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/>

Slideshare: <http://www.slideshare.net/jgdedios>

Facebook: <http://www.facebook.com/profile.php?id=1684983984>

Google +: <https://plus.google.com/u/0/>

Twitter: <http://twitter.com/jgdd>

LinkedIn: <http://es.linkedin.com/in/javiergonzalezdedios>

Youtube: <https://www.youtube.com/user/JavierGlezdeDios>

Agradecimiento a los compañeros del Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia.