

INFORME DE INVESTIGACION.
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA: SU VALIDEZ EN LA PRÁCTICA
MÉDICA EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL 2007.

INVESTIGADOR:

EDUARDO DELFÍN MENDOZA GUTIÉRREZ
(eduardomendozagutierrez@yahoo.com.mx)

POSGRADO:
AUDITORÍA EN SERVICIOS DE SALUD

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN
NOVIEMBRE 18 DE 2008

Contenido

PAG

iii

INTRODUCCION.

Justificación

Pregunta de la Investigación.

1.OBJETIVOS

1.1 Objetivo General.

1.2 Objetivos específicos

2. MARCO TEORICO

2.1 Guía clínica

2.2 Medicina basada en la evidencia

2.3 Marco jurídico colombiano

2.4 Documento Agree

3. METODOLOGIA

3.1 Enfoque Metodológico.Definición

3-2 Recolección de la información-

3.3 Técnicas de Procesamiento y análisis-

3.4 Control de errores y sesgos.

3-5 Variables

3.6 EJECUCION Y DESARROLLO DEL TRABAJO

3.7 Aplicación del documento Agree.

3.7.1 Alcance y Objetivo

3.7.2 Participación de los Implicados.

3.7.3 Rigor en la Elaboración.

3.7.4 Claridad y Presentación.

3.7.5 Aplicabilidad.

3.7.6 Independencia Editorial

4. CONSIDERACIONES ETICAS

5. RESULTADOS

6.(1) DISCUSIÓN 6.(2) conclusiones 6.(3) Nuestro aporte

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION.

Teniendo en cuenta la aplicación de la calidad en los servicios de salud tanto por los conductos legalmente reglamentados como por la mejora en la calidad de vida de los usuarios se ha podido evidenciar que:

1. En cada patología se pueden aplicar tratamientos a usuarios que según la evidencia no son efectivos.
2. La no unificación de criterios para el manejo de patologías basados en la evidencia, trae por consecuencia el aumento de costos en las instituciones por reconsultas y complicaciones de los usuarios.
3. Es probable una dispersión en el manejo de las patologías, trayendo como consecuencia la resistencia a los manejos convencionales de dichas patologías y las complicaciones que a largo plazo afectará la calidad de la atención.

Por problemáticas como estas, es de vital importancia la permanente exigencia de la modernidad y la necesidad de ser cada vez más competitivos, determinándose la razón por la cual cada una de las acciones y procedimientos en el área de la salud abren paso a la creación de niveles de estandarización cuantificables, a través de indicadores, de estándares relacionados con los procesos y con la gestión en salud en función a resultados esperados y a mas bajo costo. (1)

Así mismo el éxito de las organizaciones de salud estará sujeto a la formulación de una normatividad clara, precisa y a la vez flexible en donde se haga un uso eficiente de los recursos destinados para la prestación de los servicios para responder en forma rápida y oportuna a los cambios de un determinado contexto y para desarrollar conductas en los procesos de atención, con el fin de alcanzar los objetivos de cada institución. (1)

En las organizaciones de salud, dentro del proceso de atención que se brinda al usuario, existe una gran variabilidad de criterios de diagnóstico y de tratamiento; ya que cada profesional de la salud es independiente desde sus criterios, su experiencia y su experticia personal. En el componente de prestación de los sistemas de salud, el acto y el procedimiento médico son los procesos principales que impactan en la salud de las personas, por ello se hace menester tener un nivel de estandarización de los mismos con la finalidad de evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad, para facilitar el uso adecuado de los recursos, la satisfacción de los usuarios y la calidad técnica de la prestación de servicios que se brinda, en base a los más altos estándares internacionales y avances científicos y tecnológicos, que a su vez tengan impacto en los indicadores de salud de la población. (1)

Se hace necesario que los profesionales de la salud puedan mejorar sus procesos de atención, en la medida que dispongan de los instrumentos técnicos normativos que les facilite el manejo con calidad, oportunidad y costos accesibles a los usuarios que diariamente acuden a las instituciones que les prestan un servicio.
(1)

JUSTIFICACION

Para alcanzar la calidad esperada en los servicios de salud se debe recurrir por parte del personal médico a la aplicación de la medicina basada en la evidencia, la cual induce al desarrollo de las guías de práctica clínica, cuyo objetivo es la unificación de conductas para poder minimizar las variaciones en los patrones de práctica médica, reduciendo la mala calidad de la atención, controlando diferencias geográficas en los patrones del ejercicio profesional y racionalizando los costos. El hecho de aplicar la medicina basada en la evidencia permite ejecutar una integración entre la evidencia científica disponible con la experiencia y habilidad clínica y con el conocimiento de la fisiopatología y las preferencias de los usuarios, para una toma de decisiones fundamentada en datos e información cuya veracidad y exactitud estén rigurosamente comprobados, o sea una práctica médica basada en los resultados de la investigación científica de la mejor calidad.
(2)

A pesar de que hace muchos años han existido “guías”, “protocolos”, “estándares”, “políticas” y “recomendaciones” para la práctica médica, recientemente se ha despertado un interés creciente por las “guías de práctica clínica” como mecanismo para reducir la mala calidad de la atención, y poder así mismo dar un aprovechamiento adecuado a los recursos disponibles.(2).se hace necesario disminuir los eventos adversos, percibir los eventos centinelas, observar la variación de los procesos y eventos potenciales, que pongan en riesgo la seguridad del paciente en las IPS. Lo cual a su vez se refleja en los costos de la no calidad y de la calidad Per se.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Las institución prestadora de salud de primer nivel investigada, tiene guías de manejo (de calidad), validas y con el criterio de ser basadas en la evidencia?

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Se Verificó que las guías de manejos médicos elaborados, actualizados y establecidos por resolución en una institución prestadora de salud de primer nivel, estaban acordes con la MBE y tuvieron VALIDEZ en la práctica clínica para mejorar la calidad de la atención a los usuarios y la optimización de los recursos.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se Determinó que las guías de manejo clínico están elaboradas y actualizadas en cada institución según el criterio de Medicina Basada en la Evidencia mediante la aplicación de las guías AGREE

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GUIA CLÍNICA: Una “guía” puede definirse como la conducta o política oficial para el manejo de condiciones clínicas específicas, con las indicaciones y contraindicaciones para la realización de procedimientos o terapias. (2)

Su objetivo general es la estandarización de conductas con base en evidencia científica, a fin de minimizar las variaciones en patrones de ejercicio y maximizar la calidad de la atención. Es de prioridad para todas las instituciones que prestan servicios en salud, estar en constante mejoramiento continuo de la calidad de atención, así mismo, se deben dedicar a optimizar el uso racional de medicamentos, basado en los principios de acceso, equidad, universalidad, integralidad, lo cual se hace factible a través del uso estandarizado de protocolos de atención o Guías de práctica clínica. (2)

En los últimos años las guías clínicas han tenido una evolución metodológica importante y su presencia es cada vez más trascendente en el ámbito médico; en formato de texto o de algoritmo, son una herramienta útil para asistir a los médicos en la toma de decisiones durante la atención rutinaria de sus pacientes; además, son utilizadas para actividades de educación médica continua y para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y para evaluar el desempeño médico. Su construcción es uno de los aspectos más desarrollados, lo que permite contar con guías robustas y aplicables.

Desde el punto de vista de la calidad de la atención médica, se ha identificado que existen deficiencias y errores importantes en la atención ambulatoria y hospitalaria, las cuales se reflejan en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia de pacientes. Por ejemplo, en el proceso diagnóstico destaca la falla médica en la clasificación del padecimiento y en la solicitud injustificada de exámenes de laboratorio. En la prescripción de medicamentos ocurren errores por comisión o por omisión; en el primer caso, la justificación, elección, dosificación y duración del tratamiento son componentes del proceso prescriptivo en los que frecuentemente se cometen errores; la omisión consiste en no prescribir un medicamento cuando es necesario, lo cual también es un problema común. Las guías contribuyen a abordar parte de esta problemática, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, reciban medicamentos innecesarios o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos injustificados.

Desde un punto de vista conceptual, las guías clínicas son un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico. Un atributo fundamental es que no deben interferir con el razonamiento clínico del médico, sino que su utilización cotidiana se debe acompañar de reflexión y crítica de sus recomendaciones. No obstante en la práctica, la utilización de guías por el médico en ejercicio diario es un reto por distintas

razones, dentro de las cuales se pueden mencionar la propia experiencia del médico, la credibilidad de las guías, su utilización selectiva, la aplicabilidad local y la posibilidad de modificarlas.

Las decisiones médicas no sólo tienen efecto en la calidad de la atención médica, sino también en los costos de atención. Hipotéticamente las guías representan gráficamente la secuencia lógica del pensamiento médico que permiten al médico elegir, con una valoración de riesgo-beneficio, la mejor alternativa, tomando en cuenta los limitados recursos que existen para la atención a la salud. Este último aspecto también ha sido poco evaluado; en algunos casos las consideraciones económicas se han enfocado hacia el costo del desarrollo y hacia el costo de la implementación.

La producción de guías clínicas inició hace más de diez años y se calcula que existen aproximadamente 2,500 guías clínicas, ya sea publicada o accesible electrónicamente. En su inicio, las guías fueron construidas como revisiones bibliográficas de un tema, o bien estaban basadas en el consenso de expertos. La metodología ha evolucionado. Actualmente están definidos los pasos para su construcción, los cuales se fundamentan en evidencia para cada una de las recomendaciones. Esto hace que las guías clínicas sean un material útil, que brinda al médico la oportunidad de incorporar en su práctica diaria información actualizada, producto de la investigación científica.

Existen principios básicos sobre los cuales las guías clínicas deben ser construidas:

1. Su desarrollo debe enfocarse a identificar las intervenciones que puedan asegurar que se obtendrá el mejor resultado posible en salud, producto de la aplicación de los criterios seleccionados.
2. Las recomendaciones deben ofrecer la máxima probabilidad de beneficio con el mínimo daño y ser aceptables en función de los costos. Las guías deben estar basadas en la mejor evidencia, preferentemente mediante revisiones sistemáticas o ensayos clínicos de alta calidad relacionados con los objetivos de la propia guía. La evidencia en la que se basa una recomendación puede clasificarse de acuerdo con el nivel, la calidad, la relevancia y la fortaleza del estudio. Esto es importante pero hay que reconocer que este ideal no siempre es fácil de alcanzar, como en el caso de estudios con enfoque de salud pública o de intervenciones sociales, en los que resulta imposible la aplicación rígida de la clasificación de la evidencia
3. Las guías clínicas requieren ser construidas con una visión que permita flexibilidad y adaptabilidad en el momento de su aplicación, considerando el contexto de la población a la que se va a aplicar en cuanto a edad, sexo, severidad de la enfermedad, comorbilidad y disponibilidad de recursos del paciente.
4. Los constructores de la guía deben considerar los recursos de los servicios de salud y la factibilidad de modificación de la estructura y procesos que pueden ser requeridos para la aplicación de los criterios de la guía. Es

- pertinente identificar las variaciones del equipo disponible, de capacitación y experiencia de los usuarios de la guía, así como la diversidad y competencia de los integrantes de los equipos multidisciplinarios de salud.
5. El equipo que construye una guía clínica debe desarrollar en forma paralela propuestas para su disseminación e implementación y establecer estrategias que la hagan accesible y con mayores posibilidades de adopción; esto debe incluir la identificación de las barreras potenciales para su implementación en contextos específicos.
 6. La evaluación del proceso de implementación es relevante para determinar el efecto en el conocimiento y en las conductas de los usuarios de la guía. El resultado de estas evaluaciones permite reconsiderar y, en caso necesario, modificar el proceso de implementación. No es apropiado considerar que la utilización de las guías tendrá un efecto similar al obtenido en ensayos clínicos. En el primer caso se considera la medición de la efectividad, es decir, el resultado de la aplicación de la guía en el trabajo rutinario de los médicos, mientras que en el segundo, se considera la eficacia, lo cual representa obtener resultados bajo condiciones ideales.
 7. Dado que las guías clínicas están basadas en la mejor evidencia disponible, deben ser revisadas con regularidad para incorporar, cuando sea necesario, los resultados de nueva investigación, nuevas tecnologías y la evaluación de resultados de otras guías clínicas.

2.2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: La comprobación de la existencia de variaciones inaceptables en la práctica médica y que sólo una minoría de las intervenciones médicas de uso diario estaban apoyadas en estudios científicos fiables, llevó a un grupo de médicos radicados en la Universidad de McMaster a iniciar un nuevo movimiento dentro de la enseñanza y práctica de la medicina, que denominaron "Evidence Based Medicine". (4)

Entendemos por Medicina Basada en la Evidencia el uso consciente, explícito y de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones referentes al cuidado individual de la salud de los pacientes, integrando la experticia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa proveniente de la búsqueda sistemática. (10)

El concepto de "*Evidence based medicine*", traducido como medicina basada en la "evidencia" (MBE) fue presentado en el año 1991 a través de un editorial en la revista ACP Journal Club. Se comenzó a difundir al año siguiente, cuando un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos vinculados a la Universidad MC Master, en Canadá, constituyeron el grupo de trabajo de MBE, y publicaron un artículo en JAMA. El término fue acuñado en Canadá en los años 80 para describir la estrategia de aprendizaje utilizada en la MC Master Medical School. Con él se pretende aludir, como afirman en el mencionado artículo, a un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina, en el que se resalta la importancia del examen de las pruebas o "evidencias" procedentes de la

investigación y de la interpretación cautelosa de la información clínica derivada de observaciones no sistemáticas.(8)

Al margen de la polémica en torno a la traducción de “*evidence*” por evidencia, en la actualidad se extiende el término de *medicina* a *atención* basada en la evidencia, englobando así la enfermería y distintas profesiones o especialidades que intervienen en la prestación de cuidados sanitarios a los pacientes. (8)

En resumen, la MBE es un intento de dar respuesta a esta nueva situación, fundamentalmente a través de tres estrategias: el aprendizaje de su metodología, la búsqueda y aplicación de los resúmenes e información científica recopilada por otros y la aceptación de protocolos y guías desarrollados por terceros. (8)

La MBE se puede aplicar en el trabajo diario con cualquier tipo de intervención clínica, sea diagnóstica, terapéutica o preventiva. Incluso puede ser un buen instrumento para valorar los resultados de estas intervenciones. Ayuda a optimizar el tiempo del profesional, la información y el conocimiento obtenido para una situación o paciente concreto, mejora la accesibilidad a la información y contribuye a disminuir la incertidumbre. Aún cuando nuestra experiencia clínica y práctica local no siga las recomendaciones de la literatura, la decisión que finalmente adoptemos posiblemente estará más contrastada y razonada, pues con frecuencia esta situación nos llevará a discutir el asunto con nuestros colegas y con especialistas. Nuestras sugerencias serán más sólidas si somos conscientes del grado y la fuerza de las recomendaciones respecto de una intervención determinada. (8)

No se trata de sustituir o eliminar el arte de la práctica clínica, que se fundamenta en la intuición, las interpretaciones cualitativas y la comunicación, sino de complementarla. La utilización de la MBE es un elemento más en la compleja toma de decisiones del profesional. Con ella se intenta disminuir la variabilidad no justificada de las intervenciones, no de aplicar fórmulas iguales para situaciones diferentes. (8)

Tampoco se trata de una metodología que tenga como objetivo minimizar costos, sino de conseguir mayor calidad. De hecho, el objetivo en este aspecto sería disminuir el uso inadecuado de recursos, lo que comprende no sólo el exceso, sino también el defecto de utilización. Lo que no justifica desdeñar los costos de las opciones, sobre todo en un contexto asistencial de un sistema nacional de salud, en el que la equidad es un principio que sustenta el sistema. (8)

La MBE no es una metodología invariable y rígida, sino que está en constante evolución y sometida a los cambios que la investigación sobre su propio rendimiento y beneficios vaya aportando, y a la credibilidad conseguida. (8)

A pesar de su indudable éxito en los últimos años, el movimiento basado en las pruebas no ha estado exento de críticas, muchas derivadas de aquellos que se resisten a abandonar una aproximación tradicional de la Medicina. Algunos médicos e instituciones sienten que es una innovación peligrosa que limita su autonomía. La ven como una amenaza a su ejercicio profesional y piensan que, en

el fondo, no es más que una iniciativa al servicio de los que pretenden reducir el gasto sanitario o rebajar la autoridad de los que siempre han detentado la jerarquía científica. (4)

Estas críticas han sido respondidas en su mayor parte, pero no ocultan que este recurso sigue presentando algunas limitaciones. El profesional debe sustituir, en aras de una mayor pertinencia y validez, unas fuentes de información fáciles de obtener, por otras que impliquen búsquedas bibliográficas y valoración crítica, para las que no se le ha instruido. Requieren un esfuerzo y tiempo del que no se dispone habitualmente, además de una inversión en formación e infraestructuras de tecnología de la información, que nuestros empleadores no creen necesario proporcionar. (4)

Pero el principal obstáculo es que no siempre, y especialmente en atención primaria, la literatura médica tiene las repuestas para las decisiones que se deben tomar en la práctica. El desarrollo de más y mejor investigación clínica y realizada en nuestro entorno, será sin duda la solución a este problema, sin olvidar que cuando un paciente acude a nuestra consulta, busca algo más que una respuesta científica a una cuestión clínica.(4)

La MBE es la integración de la experiencia clínica con la mejor evidencia clínica externa y con los valores y expectativas de los pacientes. Existen tres opciones para su aplicación (9):

1. aprendiendo a aplicar la MBE por sí mismo
2. actualizando y aplicando resúmenes de MBE realizados por otras personas
3. aplicando las estrategias ya aceptadas dentro del ámbito clínico.

2.3. MARCO JURIDICO COLOMBIANO:

2.3.1. RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006 del MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (del 3 de abril de 2006)

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. (6)

ARTÍCULO 1° CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación con los estándares de dicha resolución. (6)

ARTÍCULO 4º ESTANDARES DE HABILITACIÓN. Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” de la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” como Anexo Técnico No.2º. (6)

2.3.1.1. ANEXO TÉCNICO NO.1 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 de 3 de abril de 2006 Página 138 de 238

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

5.1 Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.

5.3 La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado

2.3.1.2. ANEXO TÉCNICO No. 2 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 de 3 de abril de 2006 - GLOSARIO

Procesos prioritarios asistenciales: Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbi mortalidad del país.

Estándar: conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida ó la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

Para cada uno de los servicios, los estándares fueron elaborados a través de un proyecto que incluyó la revisión de la literatura y su posterior validación con las diferentes agremiaciones científicas y profesionales para evaluar su aplicabilidad. De esta manera, todos los estándares fueron revisados por profesionales expertos en el tema. No obstante, el Decreto 1011 de 2006 define que se podrán revisar periódicamente.

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de

una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia.

Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud: Son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud

2.3.2. DECRETO NUMERO 1011 DE 2006-3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. (7)

El Ministerio de la Protección Social con respecto a las guías en medicina basada en la evidencia no da una guía como referente obligatoria porque cada institución es responsable de su elaboración y aplicación conforme a sus características propias. Cuando se habla de Medicina Basada en la evidencia, precisamente se está haciendo referencia a la aplicación de conocimientos validados por la literatura científica y aplicada a la funcionalidad de las instituciones. (7)

2.4. INSTRUMENTO AGREE

Las guías son valoradas de diferentes formas, pero el consenso general y universal, mas aceptable es la aplicación del instrumento Agree-

El objetivo del Instrumento AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica es ofrecer un marco para la evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica.

Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de salud, y al paciente a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas. Su objetivo es elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la practica de los clínicos. (11)

Se entiende por calidad de las guías de practica clínica la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía han sido señalados de forma adecuada y en que las recomendaciones son validas tanto interna como

externamente y se pueden llevar a la practica. Este proceso incluye valorar los beneficios, daños y costes de las recomendaciones, así como los aspectos prácticos que conllevan. Por tanto la evaluación incluye juicios acerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación.

El instrumento AGREE evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad que la guía logre los resultados esperados. No valora el impacto de una guía sobre los resultados de un paciente. (13)

La mayor parte de los criterios incluidos en el documento AGREE se basan en asunciones teóricas, más que en evidencias empíricas, han sido elaboradas mediante discusiones entre investigadores de varios países que tienen amplia experiencia y conocimiento sobre guías de practica clínica-Por ello el documento AGREE debe ser considerado como reflejo del estado actual del conocimiento en este campo. (12-14)

3. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1. DEFINICIÓN: el método aplicado estuvo basado en la evaluación de los siguientes ítems relacionados con:

- Guías Clínicas Basadas en la Evidencia

- La validez de las guías y su calidad en las instituciones de primer nivel

Para la realización de este trabajo de investigación se aplicó el método DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO con base a un proceso exigido en las instituciones de salud por normatividad y pensando en la calidad de la prestación de servicios de salud tanto para el usuario como para las mismas ESE, se hizo la recolección de información oportuna que llevó al análisis e interpretación pretendiendo llegar a conclusiones válidas para tomar decisiones racionales, las cuales estarán sometidas a condiciones de incertidumbre.

3.2. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La metodología que se adoptó se basó en el análisis de las guías de manejo médico de las primeras cinco causas de morbilidad reportados del año 2007 en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización en una institución de primer nivel. (Ver anexo 1)

De acuerdo a las variables que se utilizaron en la investigación y a partir de las fuentes de información usamos:

1. Formato de evaluación de Guías mediante la técnica AGREE (anexo 2)

3.3. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Luego de recogida la información, se tabuló la que ameritaba este proceso y se realizó cruce de variables para obtener datos que finalmente sirvieron para el análisis, conclusiones y toma de decisiones.

3.4. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se llevó a cabo la adecuada aplicación de la plantilla de las guías AGREE

3.5. VARIABLES

NOMBRE	INDICADOR	CÓDIGO	OBJETIVO
---------------	------------------	---------------	-----------------

Guías de manejo según Medicina Basada en la Evidencia	Resultados de la aplicación de las Guías AGREE a las guías de manejo existentes en las instituciones	1= SI 2= NO	OBJETIVO 1.
Fecha de actualización de las guías en las instituciones	No tiene	1= SI 2= NO	OBJETIVO 1.
Validez y calidad dada por la aplicación de las guías en las instituciones de primer nivel	Dadas por la puntuación del documento AGREE	1= SI 2= NO	OBJETIVO 2.

3.6 EJECUCION DESARROLLO DEL TRABAJO.

Para una mayor cobertura y validez de este estudio que pretendemos del análisis de las guías de una IPS de primer nivel y por lo extenso del tema decidimos priorizar dos guías relevantes a saber = Hipertensión arterial en las Guías de consulta externa y Atención del trabajo de parto esta última aplicable a las cinco primeras causas de morbilidad en la atención de Urgencias y en la de Hospitalización. Además esto nos facilitó la comparación de estas guías con las recomendadas por JNC (anexo 3) y las Normas Típicas de Maternidad segura del ministerio de la protección social de Nuestro país (Colombia), actualizadas (anexo 4) para nov. de 2007 -Y TRABAJOS INTERNACIONALES SIMILARES (anexo 5 y 6).

3.7. APLICACION DEL DOCUMENTO AGREE

A continuación aplicamos el documento Agree así=

G1 es la guía no 1 y G2 es la guía no 2

La calificación escogida va de: Muy de acuerdo = 4; De acuerdo = 3 en
Desacuerdo= 2 Muy en desacuerdo = 1 y se enmarca en un paréntesis.

En la guía 2 para no repetir solo se enmarca la respuesta escogida.

3.7.1 ALCANCE Y OBJETIVO₁

1. El objetivo general de la guía esta específicamente descrito=

G 1	Muy de Acuerdo	4	(3)	2	1	Muy en Desacuerdo
G 2	"	(4)				"

Comentarios:

___En base a un documento anexo de seguimientos a riesgo, se oficializa la importancia de las GUIAS DE ATENCION CLINICA, en cuanto a definir las y documentarlas, y actualizarlas de acuerdo a las 10 primeras causas de consulta o egreso, oficialmente reportadas en los servicios de Consulta Externa, urgencias y cirugía general-

2, Los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos,

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en Desacuerdo
G 2	"	(4)				"

Comentario: Se hace énfasis en las diez primeras causas de morbilidad en los servicios priorizados y estandarizados, con una descripción completa de su aplicación clínica para el primer nivel de complejidad,

3, Los pacientes a quienes se les pretende aplicar las guías están especifica-
Específicamente descritos,

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en Desacuerdo
G 2	"		(3)			"

Comentario: <no hay alusión, al tipo de paciente, en la primera guía. Se considera y extrapola la paciente típica colombiana, mencionada en las guías de maternidad segura del ministerio de la protección social de Colombia.

3.7.2 PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

4. El grupo que desarrolla la guía incluye Individuos de todos los grupos profesionales relevantes,

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en Desacuerdo
G 2	"				(1)	"

Comentario: Solo están incluidos, un medico, especialista en Auditoria de la calidad en salud y un ingeniero de sistemas,

5- Se han tenido en cuenta los puntos de vistas del paciente y sus Preferencias,

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en Desacuerdo
G 2	"				(1)	"

Comentario: En la primera guía no identificamos este punto de vista Si mencionamos la tecnología de ETS, tales como tener el parto en posición de pie, es evidente que no se tuvieron en cuenta los puntos de vista del paciente, hace alusión a la posición durante el trabajo de parto en cuclillas, deambulando y no menciona para nada la aplicación de encuestas de satisfacción,

6- Los usuarios diana de la guía están claramente definidos

G1	Muy de Acuerdo	4	(3)	2	1	Muy en Desacuerdo
G 2	"		(3)			"

Comentario. <se infiere, ya que las guías están dirigidas a primer nivel de atención primaria, donde solo atienden médicos generales con (médicos de planta) ò sin experiencia (rurales) y enfermería superior y sus auxiliares de enfermería.

7- La guía ha sido probada entre los usuarios diana

G 1	Muy de Acuerdo	4	(3)	2	1	Muy en desacuerdo
G 2	"		(4)			

Comentario: La primera guía ha sido probada en hipertensos y la segunda se han aplicado a tal punto, que los usuarios de la misma no se someten a condiciones de incertidumbre, sino que son remitidos, ante cualquier riesgo en la seguridad del binomio materno-infantil, atendiendo previa identificación los trabajos de parto y partos de bajo riesgo obstétrico y neonatal.

3.7.3. RIGOR EN LA ELABORACION

8- Se han usado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	(2)	1	Muy en desacuerdo
G 2	"			(2)		"

Comentario: Solo se menciona la bibliografía como tal, correspondiente al investigador, corroborarlo mediante la consulta de estas fuentes bibliografiías y sus odss ratios,

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

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	(2)	1	Muy en desacuerdo
G 2	"			(2)		"

Comentario: <se seleccionan invocando los atributos de calidad, tales como pertinencia, oportunidad, adecuación y seguridad ,en la primera guía basada

en criterios de JNC americana y en la segunda la mención bibliográfica de reconocidos textos en el medio, tales como < obstetricia y ginecología, de los autores, Jaime Botero y Jubiz Hazbun, de reconocida trayectoria . así como delineamientos avanzados y actualizados de la Sociedad de obstetricia y ginecología del Canada 2004 y referencia a publicaciones francesas actualizadas.del 2006.

10-Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos,

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en desacuerdo
G 2	"				(1)	"

Comentario: No hay metodología descrita.

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

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo
G 2	"	(4)				"

Comentario: Son considerados en detalle, como recomendaciones universales y que son aplicables a la población objeto.

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

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo
G 2	"	(4)				"

Comentario: Las evidencias tienen relación explícita en cuanto, en que son tomadas en recomendaciones de Comités conjuntos como en el caso de la hipertensión, que basan sus criterios en MBE-y las recomendaciones de maternidad segura del ministerio de la protección social y la bibliografía que se menciona.

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

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en desacuerdo
G 2	"				(1)	"

Comentario: No se mencionan revisiones externas.

14-Se incluye un procedimiento para actualizarla guía.

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	(2)	1	Muy en desacuerdo.
G 2	“			(2)		“

Comentario: No lo menciona, pero se infiere que de acuerdo a la fuente de los Datos que son de alta confiabilidad, son fáciles de actualizar mediante su sustitución por las nuevas recomendaciones o sustituciones de la fuente original-

3.7.4 CLARIDAD Y PRESENTACION

15-Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

G1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo.
G 2	“	(4)				“

Comentario: Muy explícitas, de acuerdo al grado de hipertensión, y al riesgo En el caso de esta guía y muy aproximada las de maternidad con referencia A las guías de maternidad segura del ministerio de la protección social.

16- Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se Presentan claramente

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo.
G 2	“	(4)				“

Comentario: Las opciones de manejo son sumamente claras, no admiten comentario alguno al respecto.

17- Las recomendaciones claves son fácilmente identificables.

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo.
G 2	“	(4)				“

Comentario: Son fácilmente identificables mediante Links, diagramas de flujo, esquemas-

18- La guía se apoya con herramientas, para su aplicación.

G 1 Muy de Acuerdo 4 3 (2) 1 Muy en desacuerdo.
G 2 “ (2) “

Comentario: Faltan elementos para su socialización, por ejemplo folletos, resúmenes, adicionales a la guía. Aunque el link es una guía de consulta rápida.

3.7.5. APLICABILIDAD

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

G 1 Muy de Acuerdo 4 3 (2) 1 Muy en desacuerdo.
G 2 “ (2) “

Comentario: Simplemente se aplica como guía actualizada, el obstáculo estaría en no darla a conocer, en el momento de ingreso o inducción de personal medico nuevo, debido además a una alta rotación de personal de este género.

20- Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las Recomendaciones-

G 1 Muy de Acuerdo 4 3 (2) 1 Muy en desacuerdo.
G 2 “ (2) “

Comentario: En términos de atributos de la garantía de la calidad, tales como la seguridad del paciente, su satisfacción, la continuidad y en especial la pertinencia con que se aplican los diferentes criterios para ejecutar procesos y procedimientos.

21- La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar Monitorización y/o auditorias-

G 1 Muy de Acuerdo (4) 3 2 1 Muy en desacuerdo.
G 2 “ (4) “

Comentario: Si los ofrece, ya que son formulados en base a un consenso de expertos, que aplican la medicina basada en la evidencia, tales como las guías de H/ta. Del Comité Conjunto que se pueden renovar anualmente y o las de maternidad, que también es tomada de protocolos aplicables a hospitales de tercer nivel que también manejan su renovación periódicamente.

3.7.6. INDEPENDENCIA EDITORIAL

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

G 1	Muy de Acuerdo	(4)	3	2	1	Muy en desacuerdo
G 2	"	(4)				"

Comentario: Esta hecha exclusivamente para aplicar en el primer nivel de atención en base a los primeras diez causas de morbilidad local y no esta influida por intereses de diferente fin al ya estipulado.

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

G 1	Muy de Acuerdo	4	3	2	(1)	Muy en desacuerdo
G 2	"				(1)	"

Comentario: No están registrados.

COMENTARIOS ADICIONALES.....ver discusión

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Nuestro estudio no violento las normas establecidas para investigaciones en seres humanos. La intervención que se realizó en las guías tiene connotaciones en la auditoría de la calidad y busca el beneficio tanto de los usuarios como de las IPS.

En relación con la confidencialidad en la divulgación de los resultados obtenidos en las instituciones objeto del estudio, el nombre de éstas se tendrá bajo reserva.

5. RESULTADOS.

A continuación aplicamos el documento Agree cuyos resultados tabulados fueron los siguientes:

5.1 TABULACION DE DATOS Y ETAPA DESCRIPTIVA-

La Tabulación de Datos de la aplicación del documento Agree, de acuerdo a sus seis dimensiones o áreas de criterios cumplidos en base al análisis simultáneo de las dos guías mencionadas, fue la siguiente:

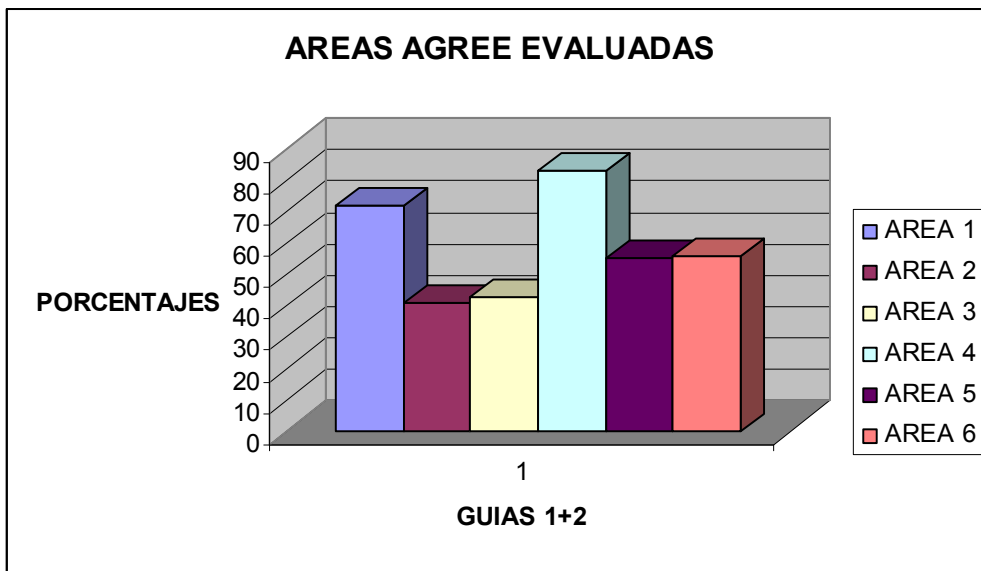
Las puntuaciones de las áreas se calcularon, sumando todos los puntos de los ítem individuales de un área y estandarizando el total como porcentaje del total o de la máxima puntuación de esa área

AREAS	FX:	Puntuación obtenida - puntuación mínima										X 100
		Puntuación máxima- puntuación mínima										
		punta jes										
		1	2	3	T							
I.	ALCANCE Y OBJETIVOS											
	ITEMS no											
GUIA 1		3	4	1	8	8-3/12-3	X100	5/9 X100	55,5%			
GUIA 2		4	4	3	11	11-3/12-3	X100	8/9 X 100	88,8%			
Total Área I		7	8	4	19	19-6/24-6	X 100	13/18X	100	72,2%		
II.	PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS											
	ITEMS no	4	5	6	7							
GUIA 1		1	1	3	4	9-4/16-4	X 100	5/12 X 100	41,6%			
GUIA2		1	1	3	4	9-4/16-4	X 100	5/12 X 100	41,6%			
Total Área II		2	2	6	8	18-8/32-8	X 100	10/24 X	100	41,6%		
III.	RIGOR EN LA ELABORACION											
	ITEMS no	8	9	10	11	12	13	14	T			
GUIA 1		2	2	1	4	4	1	2	16	16-7/28-7	9/21X100	42,85%
GUIA2		2	2	1	4	4	1	2	16	16-7/28-7	9/21X100	42,85%
Total Área III		4	4	2	8	8	2	4	32	32-14/56-	18/42X100	42,85%

IV. CLARIDAD Y PRESENTACION		15	16	17	18	T			
ITEMS no									
GUIA 1		4	4	4	2	14	14-4/16-4 X 100	10/12 X 100	83,3%
GUIA 2		4	4	4	2	14	14-4/16-4 X 100	10/12 X 100	83,3%
Total Área IV		8	8	8	4	28	28-8/32-8 X 100	20/24 X 100	83,3%
V. APLICABILIDAD		19	20	21	T				
ITEMS no									
GUIA 1		2	2	4	8	8-3/12-3	8-3/12-3	5/9 X 100	55,5%
GUIA 2		2	2	4	8	8-3/12-3	8-3/12-3	5/9 X 100	55,5%
Total Área V		4	4	8	16	16-6/24-6	16-6/24-6	10/18 X 10	55,5%
VI INDEPENDENCIA EDITORIAL		22	23	T					
ITEMS									
GUIA 1		4	1	5	5-2/8-2	5-2/8-2	5-2/8-2	3/6 X 100	50%
GUIA 2		4	1	5	5-2/8-2	5-2/8-2	5-2/8-2	3/6 X 100	50%
Total Área VI		8	2	10	10-4/16-4	10-4/16-4	10-4/16-4	6/12 X 100	50%
EVALUACION GLOBAL									
ITEMS									
GUIAS 1+2		23	123			123- 46/184- 46	123- 46/184- 46	77/138 X 100	55,7%
									55.7%

CALIFICACION FINAL DE LAS AREAS

100 A 75%	MUY RECOMENDADA
75 A 50%	RECOMENDADA CON CONDICIONES Ò MODIFICACIONES
50 A 25%	NO RECOMENDADA
< A 25%	NO SE SABE



AREA 1 (I) ALCANCE Y OBJETIVOS.	72.2 %
AREA 2 (II) PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS	41,6 %
AREA 3 (III) RIGOR EN LA ELABORACION	42,85%
AREA 4 (IV) CLARIDAD Y PRESENTACION.	83,3 %
AREA 5 (V) APLICABILIDAD	55.5 %
AREA 6 (VI) EVALUACION GLOBAL.	50 %

5.2 ETAPA ANALITICA

Las Guías objeto de nuestro análisis, una vez establecido el puntaje por áreas, son muy recomendadas en cuanto: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN, por ser recomendaciones específicas, explícitas, con opciones para el manejo de la enfermedad presentados claramente, las recomendaciones son fácilmente reconocibles mediante Links, Diagramas de flujo y esquemas-(ver anexo 1)

Las cinco áreas siguientes, son recomendadas con condiciones o modificaciones, destacándose EL ALCANCE Y LOS OBJETIVOS, ya que consideramos y estamos de acuerdo, que el objetivo general está específicamente descrito, los aspectos clínicos están específicamente descritos, así como los pacientes a quienes se les pretende aplicar las guías, están aceptablemente descritos-

EL RIGOR EN LA Elaboración, no ha sido revisada por expertos externos antes de su aplicación-

LA PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS, no es la mejor, el grupo que desarrollo la guía, no incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes, no se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente, ni sus preferencias.

LA APLICABILIDAD, no se incluyen la discusión de barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones. Destacándose la relación de criterios claves para realizar monitorización y auditoria.

LA INDEPENDENCIA EDITORIAL, no registra los conflictos de intereses de los

miembros del campo de desarrollo.

6.1 DISCUSION

El análisis de la aplicación del documento Agree, a las guías pretendidas en el presente trabajo, denotan deficiencias importantes en el reporte de la metodología utilizada para la elaboración de las GPC-.

Revisando e indagando vía Internet por medio de los buscadores Pubmed Mediline

(

Desde el 2002 que se publico este instrumento genérico con su traducción a diferentes idiomas, su aplicación a las guías existentes en diversos países evidencia que las guías y su producción se ha incrementado considerablemente y de manera constante, más no así su calidad-

Es así como en países como Argentina, donde la evaluación de 101 guías, por medio del instrumento Agree, permitió demostrar que la mayoría de las GPC presentan puntajes bajos ò muy bajos (no recomendables) en prácticamente todos los dominios (Áreas) del Agree. Más del 80% de las GPC fueron calificadas con puntajes menores al 50% excepto en los dominios (Áreas) “CLARIDAD EN LAS RECOMENDACIONES” Y “ALCANCE Y OBJETIVOS “

Extrapolando estos datos a nuestro análisis de las guías de una IPS de primer nivel de complejidad, de un municipio de nuestro departamento (Antioquia), donde se alcanzo 80% en la claridad de las recomendaciones y 72% en Alcance y Objetivos, con un puntaje menor ò ligeramente por encima del 50% en las otras áreas del dominio del AGREE (cuatro áreas = 41,6%, 42,8%, 50% y 55%) coinciden con los estándares internacionales.

Coincidimos en la apreciación además, que alcanzar en nuestro país (Colombia) los estándares metodológicos propuestos internacionalmente, en donde la mayoría de las instituciones de salud, no tienen los recursos y habilidades suficientes para desarrollar GPC validas; no es fácil. La elaboración primaria de novo es un proceso que consume tiempo (mayor de un año) y dinero. Por ello la adaptación de Guías, es una estrategia que debería considerarse, como una alternativa valida a este proceso.

6.2 CONCLUSIONES

Un proyecto de ò para el desarrollo, adopción o adaptación y difusión e implementación de Guías de Practica Clínica orientadas al primer nivel, incluiría que dicho proyecto se sustentara en la producción de Guías basadas en la evidencia a partir de la adaptación de Guías internacionales y revisiones sistemáticas de elevada calidad metodológica. Se pretendería generar guías basadas en la evidencia de elevada calidad, sino también como herramienta METODOLÒGICA, QUE PUEDE SER APLICADA POR INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DE SALUD DE NUESTRO PAIS, EN LOS PROCESOS DE ADAPTACION o ADOPCION DE GPC.

GPC de acuerdo al Institute of Medicine de los EEUU “Son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente, para asistir las decisiones de profesionales sanitarios y pacientes, acerca del cuidado de salud apropiado, en circunstancias

clínicas específicas. Para esto deben identificarse recomendaciones para el manejo apropiado y costo efectivo de condiciones específicas.

6.3 NUESTRO APORTE Y HALLAZGO : Ponemos en consideración nuestra modificación de la aplicación del instrumento en cuanto a reemplazar, un evaluador por una guía, siempre y cuando las mismas procedan del mismo equipo que las diseño, lo que permite reducir los sesgos, de tal manera que un solo evaluador de manera eficaz y rápida, pueda tener el estimativo de calidad y validez de las Guías de las primeras 10 causas de morbilidad en el servicio sanitario de urgencias, hospitalización y consulta externa de una IPS-del primer nivel de atención. Ver el ejemplo a continuación:

AREA I

ALCANCE Y OBJETIVOS:

4 EVALUADORES DAN LA SIGUIENTE PUNTUACION=

	Item1	Item 2	item 3	total
Evaluador 1	2	3	3	8
Evaluador 2	3	3	4	10
Evaluador 3	2	4	3	9
Evaluador 4	2	3	4	9
.....				
	9	13	14	36

4 GUIAS DAN LA SIGUIENTE PUNTUACION:

	Item1	Item 2	item 3	
Guía 1	2	3	3	8
Guía 2	3	3	4	10
Guía 3	2	4	3	9
Guía 4	2	3	4	9
.....				
	9	13	14	36

Máxima puntuación= 4 x 3 ítems 4 evaluadores= 48
 4 x 3 ítems x 4 guías = 48

Minima puntuación = 1x 3 ítems X 4 evaluadores= 12

$$1 \times 3 \text{ ítems} \times 4 \text{ guías} = 12$$

La puntuación estandarizada del área para ambos casos es =

$$\frac{\text{Puntuación Obtenida} - \text{PUNTUACION Minima}}{\text{PUNTUACION MAXIMA} - \text{puntuación minima}}$$

$$X \times 100 = \frac{36-12}{48-12}$$

Si usted estandarizara las 10 guías = la máxima puntuación del área sería 120 y la mínima 30

$$\frac{X - 30}{120 - 30} = 0, X \times 100 = x\%$$

En esta forma se determinaría la calidad de la evaluación incrementando su validez. Instrumento que podría utilizarse, para un estimativo y evaluación rápida de las guías, en auditorías de evaluación externa-

BIBLIOGRAFIA

1. NORMA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA, Ministerio de salud. 2005, p. 3 – 5.
2. Patiño R, José Félix. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. Santafé de Bogotá. D.C. 2005, p. 1- 7.
3. The AGREE collaboration-September de 2001. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org.
4. Bravo Toledo, Rafael y Campos Asenso, Concepción. MEDICINA BASADA EN PRUEBAS. Jano (EMC) 1997; LIII (1218):71-72.
5. Centro de Gestión hospitalaria.-RESUMEN DE LOS CRITERIOS Y ESTÁNDARES QUE CONFORMARÁN LOS REQUISITOS ESENCIALES. DIC 2000.
6. Ministerio de la Protección Social. RESOLUCIÓN NUMERO 1043 del 3 de abril de 2006
7. Ministerio de la Protección Social. DECRETO NUMERO 1011 del 3 abril .de 2006.
8. Quiroz.Hector Manuel. FUNDAMENTOS Y LEGISLACION DE LA CALIDAD, AUDITORIA EN SALUD. Editorial Zuluaga.Primer edición Medellín 2001.
9. Granados Alicia y Albert J. Jovell. PROTOCOLOS VERSUS GUIAS DE PRACTICA CLINICA. ¿UNA CUESTION SEMANTICA? Revista Calidad asistencial 1996.
- 10.Mejia Braulio. AUDITORIA MEDICA. PARA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD. Primera edicion.Bogotá 1997.
- 11.Tomas Pantoja, Healter Strain, Lorena Valenzuela. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN PRIMARY HEALTH CARE. A critical appraisal. Revista Medica de Chile 2007,135: 1282,-1290
- 12.PUBMED- MEDICINE PRACTICE GUIDELINES 20 ARTICULOS DE 929. AGREE COLABORATION. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice Guidelines: the agree project quall safe health care. 2003 Feb; 12 (1) 18-23 PMID: 12571340(Pubmed Indexed for Medline)

- 13.** Maria Eugenia Esandi. Docente de Maestría en gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Nacional de Rosario ARGENTINA. Desarrollo evaluación y uso de Guías de Practica clínica (GPC) Mayo de 2007.
- 14.** PUBMED. Guidelines of medicine based evidence and evaluation AGREE = 42 Articles
12) Vander Wess PJ. Hendriks EJ .Custer-JW Burgers JS Dekker J de Beira-
COMPARITION OF INTERNACIONAL GUIDELINE PROGRAMS TO EVALUATE AND UPDATE THE DUTCH O PROGRAM FOR CLINICAL GUIDELINE DEVELOPMENT IN PHISICAL THERAPY.
BMC Health serv res.2007.nov 23; 7: 191 PMID:
18036215(PUBMED-INDEXED FOR MEDILINE)

