

INSTRUMENTO AGREE II

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



AGREE II
Consortio AGREE
Mayo de 2009

IX Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y VII Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Zaragoza

12 de junio de 2011

Susana García Rodríguez^a
Itziar Etxeandia Ikobaltzeta^b
Juan Ignacio Martín Sánchez^a

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Secretaría de GuíaSalud

^bOsteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Programa

1ª. Sesión. Introducción

- GuíaSalud-Biblioteca de GPC del SNS
- Antecedentes del Instrumento AGREE-II
- Objetivos del Instrumento AGREE-II

2ª. Sesión. Instrucciones de Uso

- Explicación de los dominios e ítems

3ª. Sesión. Evaluación de una guía de práctica clínica

- Trabajo en grupo utilizando el Instrumento AGREE-II

4ª. Sesión. Presentación de los resultados

- Cálculo de puntuación de los dominios y valoración global
- Interpretación de la puntuación de la guía

5ª. Sesión. Discusión general

- Fortalezas y limitaciones del instrumento AGREE-II
- Evaluación de la utilización del Instrumento AGREE-II

Evaluación y finalización del Taller



GuíaSalud

Un organismo del Sistema Nacional de Salud en el que participan las 17 Comunidades Autónomas

promover la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica y otras herramientas y productos basados en la evidencia científica

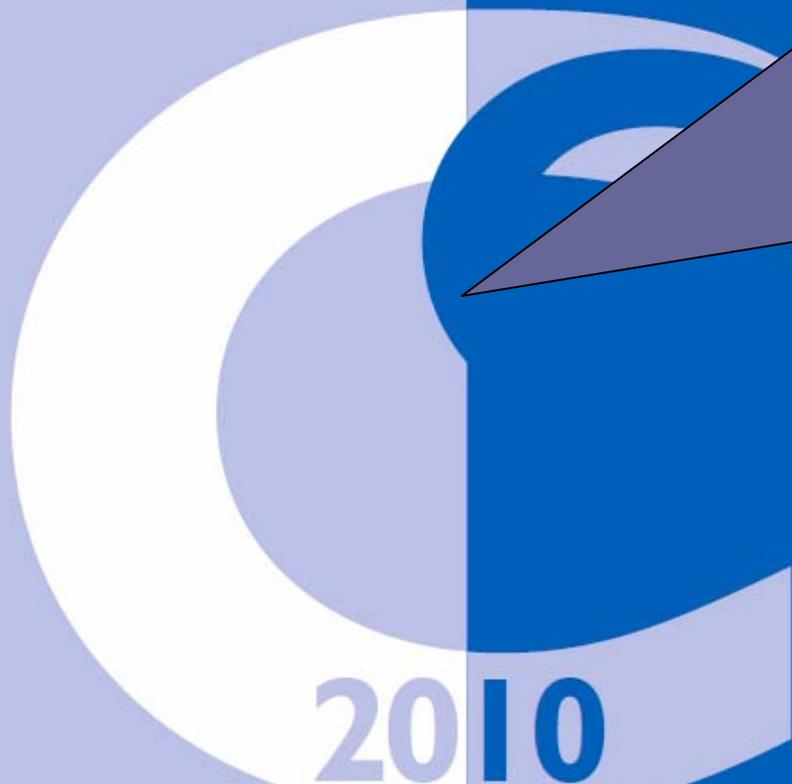


Evolución

En **abril de 2007**, el Ministerio de Sanidad y Consumo presenta, en el marco ofrecido por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, **un salto cualitativo y cuantitativo de GuíaSalud** hacia **GuíaSalud - Biblioteca de GPC en el SNS**.



Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

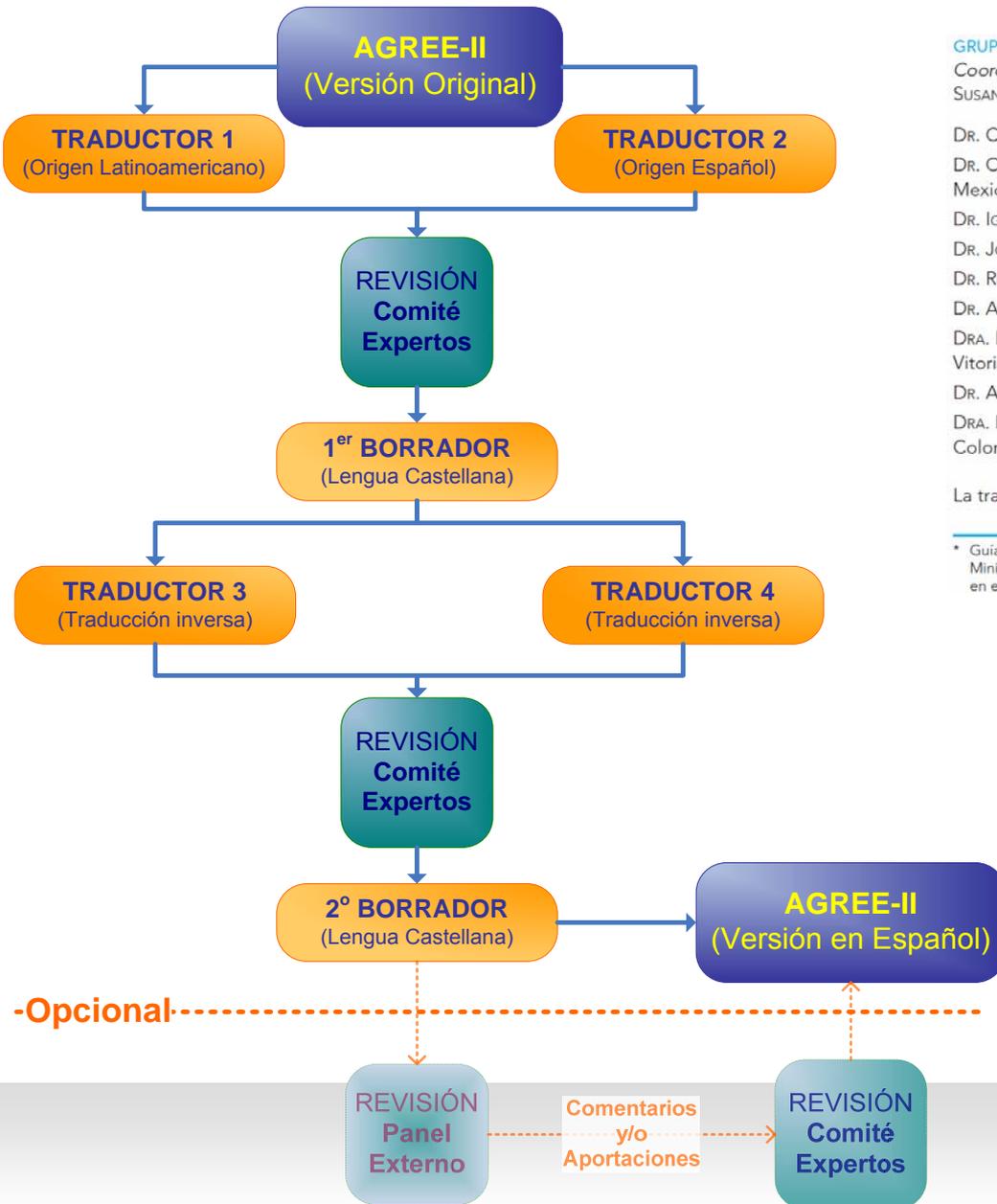


Estrategia 10: Mejorar la práctica clínica

Objetivos:

- **Ob 10.1:** Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica
- **Ob 10.2:** Impulsar la elaboración y el uso de guías de práctica clínica vinculadas a las estrategias de salud, consolidando y extendiendo el Proyecto – Guía-Salud y formando a profesionales
- **Ob 10.3:** Facilitar el acceso a información de calidad sobre salud a profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanía

Traducción AGREE-II al Español



GRUPO PARA LA TRADUCCIÓN DE LA VERSIÓN AL ESPAÑOL

Coordinación:

SUSANA GARCÍA RODRÍGUEZ Y MARIA JOSÉ VICENTE EDO. GuíaSalud. I+CS. Zaragoza, España

DR. CÉSAR CÁRCAMO. Hospital Mutual. Santiago de Chile. [Chile](#)

DR. CARLOS JIMÉNEZ GUTIÉRREZ. Hospital de la Mujer/Instituto Nacional de Pediatría/Red Cochrane Mexicana. Red Cochrane Iberoamericana. México DF, [Mexico](#)

DR. IGNACIO MARÍN LEÓN. Fundación Enebro. Red IBAM-GPC. Sevilla, España

DR. JOSÉ MARIA MENGUAL GIL. GuíaSalud. I+CS. Zaragoza, España

DR. RODRIGO PARDO TURRIAGO. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, [Colombia](#)

DR. ALEJANDRO PISCOYA. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima, [Perú](#)

DRA. ROSA RICO ITURRIOZ. Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. España

DR. ALBERTO ROMERO ALONSO. Hospital Universitario Valme. Sevilla, España

DRA. MARCELA TORRES. Universidad Nacional de Colombia-Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia

La traducción de la versión al español ha sido financiada por una ayuda de GuíaSalud*.

* GuíaSalud está financiado mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



Instrumento AGREE-II

Objetivos

Evaluar la calidad
de las GPC

Proporcionar estrategia
metodológica

Establecer qué información
y forma de presentación

Seleccionar GPC



Estructura del Taller

1. Presentación del Proyecto AGREE-II

- ✓ Antecedentes de la Colaboración AGREE - Consorcio AGREE-II

2. Instrumento AGREE-II: estructura, dominios, ítems, escala de respuestas y puntuación de las dominios.

3. Evaluación de una guía en grupos pequeños

4. Resultados evaluación de los grupos y discusión general



Definición de GPC

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas.



Calidad de una GPC

Se entiende que una GPC es de calidad cuando:

✓ hay confianza en que se han evitado los **sesgos** potenciales producidos en su desarrollo.

⇒ Las **recomendaciones** son **válidas interna y externamente** y son útiles para la práctica clínica



Procedimiento clínico⁽³⁴⁾

- Se podrá introducir esponja de fibrina (Spongostan®) o celulosa oxidada (Surgicel®) en el alveolo^(39,8,28,31)

31. Vinckier F, Vermylen J. Blood loss following dental extractions in anticoagulated rabbits: effects of tranexamic acid and socket packing. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;59(1):2-5.



¿Por qué evaluar guías?

- ✓ Una guía es una forma de intervención sanitaria
- ✓ Puede afectar a una gran cantidad de pacientes
- ✓ Los usuarios de las guías necesitan tener confianza en sus recomendaciones
- ✓ Los grupos profesionales y organismos oficiales deben asegurar que las guías son buenas antes de recomendarlas.



Objetivos de la Colaboración AGREE

- ✓ Desarrollar aproximaciones compatibles para la elaboración de GPC's.
- ✓ Establecer un modelo para la **evaluación y monitorización** de las GPC's.
- ✓ Definir **criterios de calidad** relevantes para las guías.
- ✓ Promover y estimular la **difusión de esos criterios** mediante intercambios y relaciones de colaboración.



Propósito del Instrumento AGREE

- ✓ Aportar un marco sistemático para la evaluación de la calidad de las GPC's
- ✓ Ayudar a quienes elaboran guías a seguir una metodología estructurada y sistemática.
- ✓ Ayudar a los proveedores de cuidados de salud a evaluar guías antes de adoptar sus recomendaciones en la práctica clínica.
- ✓ Ayudar a los decisores de diferentes niveles y organismos a recomendar guías para su uso en la práctica



Instrumento AGREE. Evolución.

2003

2009



LA COLABORACIÓN AGREE



<http://www.agreecollaboration.org/>

CONSORCIO AGREE

Reino Unido



Holanda



Francia



Canadá



EEUU

<http://www.agreetrust.org/>

¿Por qué la colaboración internacional?

- ✓ Las GPC's juegan un papel cada vez más importante en la **práctica clínica** de la mayoría de los países.
- ✓ Asegurar su **calidad** es una preocupación compartida.
- ✓ Era necesario un **acuerdo** internacional para la **elaboración** de GPC's.
- ✓ El conjunto es superior a la suma de sus partes.



AGREE. Áreas de Mejora



Estudio 1

- Rendimiento de la escala de 7 puntos
 - Diferencias e.s. para cada dominio según tipo de evaluador (salvo dominio aplicabilidad)
- Propiedades de medición
 - Consistencia interna (Cronbach α)
 - Entre 0,64 y 0,89
 - Fiabilidad entre evaluadores (CI=0,7)
 - Necesario entre 2 (Aplicabilidad) y 6 (Rigor en la elaboración) evaluadores
- Utilidad de los ítems y dominios
 - Ítem 14 (se incluye un procedimiento para actualizar la guía) 4,8
 - Ítem 12 (existe relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan) 6,53
 - Aplicabilidad 4,98
 - Alcance y objetivos 6,32
- Predicción de resultados
 - Por cada Δ 10% en un dominio \rightarrow Δ 0,8 en puntuación del evaluador
- Mejora de ítems y dominios
 - Participación de los implicados (40% sugieren modificaciones)
 - Eliminar o modificar (Ítem 7 y 18)
- Conclusiones
 - Introducción prometedora de la escala de 7 puntos
 - Los ítems AGREE tienen un valor universal y pueden predecir resultados importantes asociados a la adopción de la guía

Table 3: Performance of AGREE (as shown by scores for domain percentage and mean outcome measures by user type), and measurement properties of the seven-point scale (as shown by Cronbach α and inter-rater reliability)

Domain (D) or outcome measure (O)	Performance of AGREE					Measurement properties of seven-point scale					
	AGREE domain percentage score, mean (SD), or outcome measure score, mean (SD), by user type				Significance (D v. C v. P)	Cronbach α	Inter-rater reliability (intraclass correlation average of <i>n</i> raters)				
	Overall (83)	D (38)	C (28)	P (17)			1	2	3	4	R
D1: Scope and purpose	74 (22)	67 (23)	80 (19)	78 (21)	0.03	0.89	0.42	0.59	0.68	0.74	4
D2: Stakeholder involvement	52 (23)	45 (23)	55 (22)	62 (19)	0.03	0.73	0.40	0.57	0.67	0.73	4
D3: Rigour of development	69 (19)	62 (22)	74 (17)	75 (12)	0.01	0.75	0.30	0.46	0.56	0.63	6
D4: Clarity of presentation	68 (19)	62 (22)	72 (15)	74 (15)	0.04	0.68	0.35	0.52	0.62	0.68	5
D5: Applicability	45 (28)	44 (30)	49 (27)	41 (28)	0.62	0.80	0.57	0.73	0.80	0.84	2
D6: Editorial independence	62 (30)	54 (31)	67 (29)	75 (21)	0.03	0.64	0.47	0.64	0.73	0.78	3
O1: Endorse (I would recommend this guideline for use in practice)	5.11 (1.51)	4.89 (1.64)	5.25 (1.40)	5.35 (1.41)	0.49	NA	NA	NA	NA	NA	NA
O2: Intend to use (I would make use of a guideline of this quality in my professional decisions)	5.12 (1.57)	4.97 (1.62)	5.11 (1.73)	5.47 (1.18)	0.56	NA	NA	NA	NA	NA	NA
O3: Guideline quality (Rate the overall quality of this guideline)	5.11 (1.31)	4.82 (1.52)	5.32 (1.19)	5.41 (0.80)	0.17	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Note: C = clinicians, D = developers or researchers, NA = not applicable, P = policy-makers, R = number of raters required to achieve inter-rater reliability of 0.7.

AGREE. Áreas de Mejora



Estructura y resultados. Estudio 2.

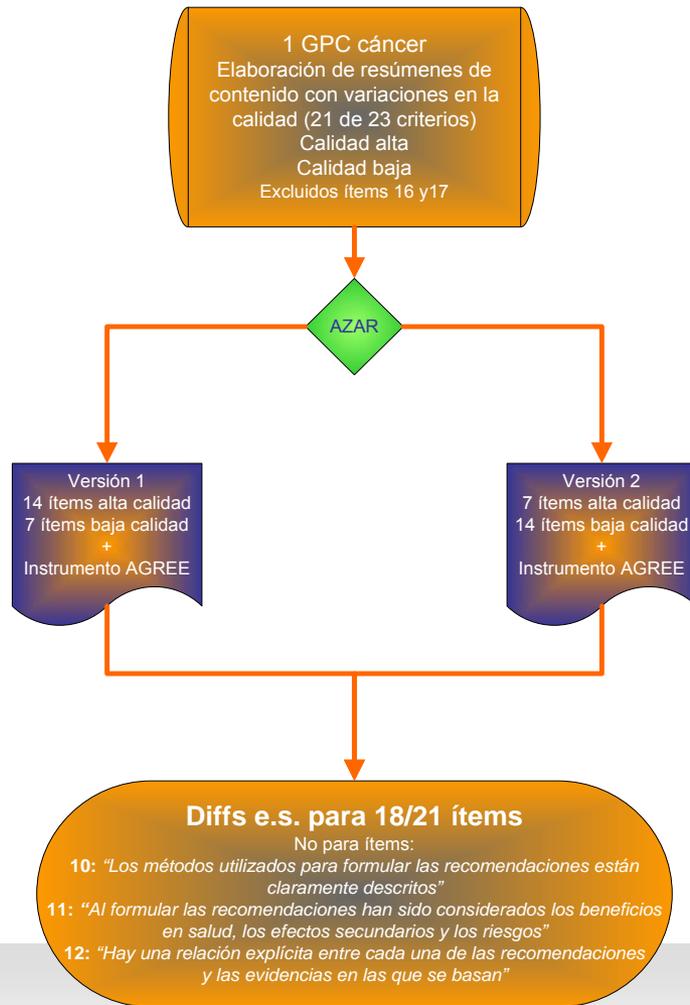


Table 1: Examples of guideline excerpts purposefully designed to represent high- and low-quality content (part 1 of 2)

AGREE Item	High	Low
Domain 1: Scope and purpose		
3. The patients to whom the guideline is meant to apply are specifically described.	This recommendation applies to adult patients (> 18 years) with single or multiple radiographically confirmed bone metastases of any histology corresponding to painful areas in previously non-irradiated areas without pathologic fractures or spinal cord/cauda equine compression. It does not apply to the management of malignant primary bone tumour.	This recommendation applies to patients with bone metastases. It does not apply to the management of malignant primary bone tumour.

Table 3: Differences in AGREE II β version scores as a function of high- and low-quality content

Domain	Item	High quality, mean score (SD)	Low quality, mean score (SD)	p value
Scope and purpose	1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	5.67 (1.29)	3.92 (1.26)	0.001
	2. The clinical question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	5.93 (1.71)	4.62 (1.19)	0.028
	3. The patients to whom the guideline is meant to apply are specifically described	6.47 (1.06)	4.15 (1.07)	< 0.001
Stakeholder involvement	4. The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups	6.77 (0.44)	4.20 (1.78)	< 0.001
	5. The patients' views and preferences have been sought	6.00 (1.25)	4.38 (1.19)	0.002
	6. The target users of the guideline are clearly defined	6.20 (0.86)	4.77 (1.79)	0.010
	7. The guideline has been piloted among end users	6.73 (0.59)	5.08 (1.26)	< 0.001
Rigour of development	8. Systematic methods were used to search for evidence	6.69 (0.63)	4.60 (1.64)	< 0.001
	9. The criteria for selecting the evidence are clearly described	6.00 (0.82)	4.07 (1.67)	0.001
	10. The methods for formulating the recommendations are clearly described	5.47 (1.51)	4.92 (1.26)	0.314
	11. The health benefits, side effects and risks have been considered in formulating the recommendations	4.27 (1.83)	3.85 (1.57)	0.524
	12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	5.23 (1.74)	4.20 (1.94)	0.153
	13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	6.20 (1.08)	4.54 (1.20)	0.001
Clarity of presentation	14. A procedure for updating the guideline is provided	6.07 (1.62)	4.00 (1.35)	0.001
	15. The recommendations are specific and unambiguous	5.73 (1.03)	3.92 (0.95)	< 0.001
	16. The different options for management of the condition are clearly presented	NA	NA	NA
Applicability	17. Key recommendations are easily identifiable*	5.53 (1.96)	5.57 (0.94)	0.948
	18. The guideline is supported with tools for application	6.67 (0.72)	3.62 (1.71)	< 0.001
	19. The potential organizational barriers in applying the recommendations have been discussed	5.00 (1.60)	3.46 (1.56)	0.017
	20. The potential cost implications of applying the recommendations have been considered	4.69 (1.65)	2.87 (2.07)	0.017
Editorial independence	21. The guideline presents key review criteria for monitoring and/or audit purposes	6.00 (1.16)	4.20 (1.66)	0.003
	22. The guideline is editorially independent from the funding body	6.92 (0.28)	6.00 (1.13)	0.008
	23. Conflicts of interest of guideline development members have been recorded	6.80 (0.56)	5.46 (1.27)	0.001

Note: NA = not applicable, SD = standard deviation.

*Participants in both groups received the same version of guideline text for assessment.

Aportaciones

- Duración media de evaluación de GPC (f(x) estructura y extensión):
 - 90 minutos / evaluador
- Evaluadores GPC
 - 2 evaluadores, preferible 4.
- Metodología transnacional

Table 2 Interrater reliability and internal consistency for each quality domain (n=33)

Domains	Intraclass correlation*				Cronbach α
	1 appraiser	2 appraisers	3 appraisers	4 appraisers	
1. Scope and purpose	0.44	0.61	0.70	0.76	0.88
2. Stakeholder involvement	0.47	0.64	0.72	0.78	0.72
3. Rigour of development	0.71	0.83	0.88	0.91	0.88
4. Clarity and presentation	0.25	0.39	0.49	0.57	0.69
5. Applicability	0.50	0.67	0.75	0.80	0.79
6. Editorial independence	0.34	0.51	0.61	0.67	0.64

*The Spearman-Brown formula to obtain the ICC for the mean of k ratings from the ICC of 1 rating is: $ICC_k = k(ICC_1) / 1 + (k - 1)ICC_1$.

AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(1):18-23



Evaluadores

Table 2 Interrater reliability and internal consistency for each quality domain (n=33)

Domains	Intraclass correlation*				Cronbach α
	1 appraiser	2 appraisers	3 appraisers	4 appraisers	
1. Scope and purpose	0.44	0.61	0.70 ●	0.76	0.88
2. Stakeholder involvement	0.47	0.64	0.72 ●	0.78	0.72
3. Rigour of development	0.71 ●	0.83	0.88	0.91	0.88
4. Clarity and presentation	0.25	0.39	0.49	0.57 ●	0.69
5. Applicability	0.50	0.67	0.75 ●	0.80	0.79
6. Editorial independence	0.34	0.51	0.61	0.67 ●	0.64



AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(1):18-23

*The Spearman-Brown formula to obtain the ICC for the mean of k ratings from the ICC of 1 rating is: $ICC_k = k(ICC_1)/1 + (k - 1)ICC_1$.

Table 3: Performance of AGREE (as shown by scores for domain percentage and mean outcome measures by user type), and measurement properties of the seven-point scale (as shown by Cronbach α and inter-rater reliability)

Domain (D) or outcome measure (O)	Measurement properties of seven-point scale					R
	Cronbach α	Inter-rater reliability (intraclass correlation average of n raters)				
		1	2	3	4	
D1: Scope and purpose	0.89	0.42	0.59	0.68	0.74 ●	4
D2: Stakeholder involvement	0.73	0.40	0.57	0.67	0.73 ●	4
D3: Rigour of development	0.75	0.30	0.46	0.56	0.63 ●	6
D4: Clarity of presentation	0.68	0.35	0.52	0.62	0.68 ●	5
D5: Applicability	0.80	0.57	0.73 ●	0.80	0.84	2
D6: Editorial independence	0.64	0.47	0.64	0.73 ●	0.78	3



Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ.* 2010;182(10):1045-52.



Resultados

- ✓ El \bar{t} medio de evaluación (leer y completar instrumento) fue de 90 min.
- ✓ Tras el análisis de componentes principales la versión final del instrumento refinado contuvo 23 ítems en 6 dominios.
- ✓ La fiabilidad fue satisfactoria para cada área:
 - Cronbach's Alpha 0.64 - 0.89 (Cronbach's Alpha 0.64 - 0.88)
 - ICC 0,63 -0,84 (ICC 0.57 -0.91)
- ✓ *"Our study represents the first systematic assessment of the construct validity of the AGREE."* El instrumento fue útil para un 95% y la guía de uso para un 98% de los evaluadores
- ✓ Que evalúen 2 personas, mejor 4. Mejores resultados con mayor nº de evaluadores



¿Qué dicen otros autores?

- La puntuación de los ítems fue en ocasiones confuso.
- La inclusión de dominio 4 (claridad y presentación) como una medida de calidad, contraria a definición de los autores de calidad (relación con validez interna y externa en lugar de claridad del lenguaje)
- No ayuda a evaluar la aceptabilidad de las propias recomendaciones
- Aplicabilidad. Si el objetivo principal de este dominio es la disponibilidad de recursos para la implementación de las recomendaciones, la aplicación también puede estar relacionado con la validez externa de la evidencia sobre la eficacia (no contemplado)
- Introducción de un componente ético
- Dificultades para identificar la ausencia de correlación entre el rigor metodológico y la validez



Estructura

- 23 ítems
- Escala de 7 puntos de Lickert

Seis Dominios

**Evaluación
global
(dos vertientes)**

- Alcance y Objetivo (3)
- Participación de los implicados (3)
- Rigor en la elaboración (8)
- Claridad y presentación (3)
- Aplicabilidad (4)
- Independencia editorial (2)



Alcance y objetivos (3)

1. El (los) objetivo (s) general (es) de la guía está (n) específicamente descrito (s)
2. El (los) aspecto (s) de salud cubierto (s) por la guía está(n) específicamente descrito (s)
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita



1.2. Objetivos

El objetivo de la Guía es servir de instrumento para mejorar la atención sanitaria al paciente hipertenso en el marco de la Atención Primaria. Los principales usuarios de esta Guía son los médicos de familia y el personal de enfermería de dicho nivel, sin olvidar a los profesionales del nivel especializado, internistas, cardiólogos y nefrólogos, que atienden a los pacientes hipertensos en el nivel extrahospitalario.

La Guía se centra en la atención del hipertenso adulto y no aborda la problemática de la HTA infantil ni la HTA en el embarazo, tampoco se refiere a la HTA secundaria, urgencias o emergencias hipertensivas.

La Guía se ha estructurado intentando responder a una serie de cuestiones que plantea la atención del paciente hipertenso en AP, y que aparecen formuladas a continuación:



Alcance y objetivos (3)

1. El (los) objetivo (s) general (es) de la guía está (n) específicamente descrito (s)
2. El (los) aspecto (s) de salud cubierto (s) por la guía está(n) específicamente descrito (s)
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita



CUESTIONES A RESPONDER

- ¿Es efectivo el cribado de la HTA para disminuir la mortalidad cardiovascular?
- ¿Cuál es la periodicidad óptima de medición de la PA en población sana?
- ¿Cuál es el método más apropiado como instrumento de cribado de HTA?
- ¿Existe un límite de edad para interrumpir el cribado?
- ¿Qué cifras de PA definen a un individuo como hipertenso?
- ¿Cuáles son los valores de PA que definen la HTA según la MAPA?
- ¿Cuáles son los valores de PA que definen la HTA según la AMPA?
- ¿Cuáles son las indicaciones de la AMPA y MAPA en Atención Primaria?
- ¿Es útil la AMPA en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada?
- ¿Cuál es el pronóstico de la hipertensión de bata blanca?
- ¿Deben recibir tratamiento farmacológico los hipertensos de bata blanca?
- ¿Cómo seleccionamos los hipertensos con mayor riesgo cardiovascular?
- ¿Qué debe incluir el estudio inicial del paciente hipertenso?
- ¿Qué intervenciones son eficaces en atención primaria para mejorar el cumplimiento farmacológico en los pacientes hipertensos?
- ¿Cómo debe ser el seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria?
- ¿Son efectivos los cambios en el estilo de vida en el control del paciente hipertenso?
- ¿Cuánto se puede disminuir las cifras de PAS y PAD con las medidas no farmacológicas?

Alcance y objetivos (3)

1. El (los) objetivo (s) general (es) de la guía está (n) específicamente descrito (s)
2. El (los) aspecto (s) de salud cubierto (s) por la guía está(n) específicamente descrito (s)
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita



1.2. Objetivos

El objetivo de la Guía es servir de instrumento para mejorar la atención sanitaria al paciente hipertenso en el marco de la Atención Primaria. Los principales usuarios de esta Guía son los médicos de familia y el personal de enfermería de dicho nivel, sin olvidar a los profesionales del nivel especializado, internistas, cardiólogos y nefrólogos, que atienden a los pacientes hipertensos en el nivel extrahospitalario.

La Guía se centra en la atención del hipertenso adulto y no aborda la problemática de la HTA infantil ni la HTA en el embarazo, tampoco se refiere a la HTA secundaria, urgencias o emergencias hipertensivas.

La Guía se ha estructurado intentando responder a una serie de cuestiones que plantea la atención del paciente hipertenso en AP, y que aparecen formuladas a continuación:



Participación de los implicados (3)

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.)
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos



AUTORES:

Rosa Abasolo Galdos, médico de familia, UAP Aranbizkarra (Comarca Araba).

José Ramón Aguirrezabala Jaca, médico de familia, UAP Rekalde (Comarca Bilbao).

María Armendariz Cuñado, farmacéutica (Comarca Gipuzkoa Oeste).

Laura Balagué Gea, enfermera, UAP Iztieta (Comarca Gipuzkoa Este).

Alfonso Casi Casanellas, médico de familia, UAP Lakua-Bizkarra (Comarca Araba).

Arrixu Etxeberria Agirre, farmacéutica (Comarca Gipuzkoa Este).

Ana Gorroñogoitia Iturbe, médico de familia, UAP Rekalde (Comarca Bilbao).

Ina Idarreta Mendiola, médico de familia, UAP Tolosa (Comarca Gipuzkoa Oeste).

Iñaki Lekuona Goya, cardiólogo, Hospital Galdakao (Bizkaia).

Isabel Martínez Fernández, nefróloga, Hospital de Galdakao (Bizkaia).

Rafael Rotaache del Campo, médico de familia, UAP Alza (Comarca Gipuzkoa Este).

Elena Ruiz de Velasco Artaza, farmacéutica (Comarca Bilbao).



Participación de los implicados (3)

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.)
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos



Las personas que han sido atendidas en un servicio sanitario proveen de un punto de vista integral de los usuarios del servicio al grupo elaborador de guías y a la propia guía. El Grupo Elaborador de la Guía (GEG) incluía a un usuario de los servicios, un cuidador y un antiguo paciente. Ellos contribuyeron como miembros de pleno derecho del GEG en la elaboración de las preguntas clínicas, ayudando a asegurar que la evidencia tenía en cuenta sus puntos de vista y preferencias, remarcando los puntos sensibles y la terminología asociada con la esquizofrenia, y alertando sobre la investigación en pacientes al GEG. Al elaborar el manuscrito, ellos revisaron el primer borrador de la introducción de la guía e identificaron aquellos puntos de buena práctica desde la perspectiva de los usuarios del servicio y de los cuidadores. Sus sugerencias fueron incorporadas antes de la distribución del manuscrito al GEG para su posterior revisión.



Participación de los implicados (3)

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.)
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos



1.2. Objetivos

El objetivo de la Guía es servir de instrumento para mejorar la atención sanitaria al paciente hipertenso en el marco de la Atención Primaria. Los principales usuarios de esta Guía son los médicos de familia y el personal de enfermería de dicho nivel, sin olvidar a los profesionales del nivel especializado, internistas, cardiólogos y nefrólogos, que atienden a los pacientes hipertensos en el nivel extrahospitalario.

La Guía se centra en la atención del hipertenso adulto y no aborda la problemática de la HTA infantil ni la HTA en el embarazo, tampoco se refiere a la HTA secundaria, urgencias o emergencias hipertensivas.

La Guía se ha estructurado intentando responder a una serie de cuestiones que plantea la atención del paciente hipertenso en AP, y que aparecen formuladas a continuación:



Rigor en la elaboración (8)

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas
10. Los métodos para formular recomendaciones están claramente descritos



APENDICE 1: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

MEDLINE

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OTITIS MEDIA

#1 “Otitis-Media”/ classification , diagnosis

#2 “Diagnosis,-Differential”

#3 (#1 in mjme) and #2

LO MISMO + OTOSCOPIO NEUMÁTICO

#4 “Otitis-Media”/ classification , diagnosis

#5 “Diagnosis,-Differential”

#6 (#1 in mjme) and #2

#7 “Otoscopies”/ without-subheadings , classification , standards , utilization

#8 “pneumatic otoscopy” in TI,AB

#9 (tympan* with mobility) in ti,ab

#10 #4 or #5 or #6

#11 “Otitis-Media-with-Effusion”/ classification , diagnosis



- Revisión bibliográfica:

- Bases de datos: Cochrane Library, DARE, Medline Pubmed, Evidence Based Review, Embase, CINHALL, Clinical Evidence, IME, IBECS.

- Idiomas: inglés, francés y español.

- Estructura de la búsqueda: en una primera fase se ha realizado una búsqueda preliminar de GPC y de revisiones sistemáticas. Se han incluido como fuente secundaria de evidencia una GPC sobre control glucémico² y GPC específicas sobre retinopatía, pie diabético y nefropatía^{3-4,5}.

- La GPC del grupo GEDAPS se ha utilizado como documento adicional de consulta (2).

- En una segunda fase, se ha realizado una búsqueda ampliada de estudios originales (ECA, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas, de pronóstico y reglas de predicción clínica).

- Periodo de búsqueda: la fecha de cierre de la búsqueda es enero del 2008. Sin embargo, se ha mantenido un servicio de alerta bibliográfica hasta mayo de 2008 con el objeto de incluir la bibliografía reciente más relevante.



Rigor en la elaboración (8)

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas
10. Los métodos para formular recomendaciones están claramente descritos



Estudios De Diagnóstico

Tipo de pacientes:

Los referidos en el encabezamiento (ámbito de aplicación). Se excluyen, además, los niños con tubos de drenaje timpánico.

Tipo de intervención:

- Validez de los distintos síntomas y hallazgos exploratorios.
- Validez de la otoscopia convencional en comparación con la otoscopia neumática para el diagnóstico de otitis media aguda.

Tipos de resultados medidos:

- Cociente de probabilidad de los resultados del examen
- Datos necesarios para el cálculo de los cocientes de probabilidad

Tipo de estudios:

- Revisiones sistemáticas
- Ensayos clínicos
- Estudios de cohortes o transversales

Rigor en la elaboración (8)

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas
10. Los métodos para formular recomendaciones están claramente descritos



Elección de tratamiento

Para dar respuesta a esta controversia se ha seleccionado la actualización de la Cochrane Library (89) de la revisión sistemática (RS) de Wheeler de 2003 (90). En esta revisión, elaborada con excelente metodología, se analizan 10 ensayos que incluían 964 niños con RVU primario y diversas estrategias de tratamiento: tratamiento quirúrgico frente a tratamiento antibiótico, tratamiento antibiótico frente a ningún tratamiento y diferentes materiales de tratamiento endoscópico. Hemos revisado el primer bloque de siete ensayos clínicos que comparan tratamiento quirúrgico y conservador. Entre ellos destaca el Internacional Reflux Study in Children (IRSC), estudio multicéntrico internacional, con una rama europea y otra norteamericana, que incluyó 612 niños con RVU dilatado (grados III-IV), en un estudio aleatorizado para recibir corrección quirúrgica o tratamiento antibiótico prolongado, y un seguimiento a largo plazo. En esta RS se incluyen resultados de hasta cinco años de seguimiento del IRSC. Otro estudio destacable es el Birmingham Reflux Study, realizado en Gran Bretaña, con 161 niños de RVU dilatado que recibieron tratamiento quirúrgico o antibiótico; se analizaron los resultados tras dos años de seguimiento.

En el caso de las cicatrices renales, no hay diferencias en el riesgo de aparición de nuevas lesiones parenquimatosas renales entre ambos grupos de pacientes, ni a los dos, ni a los cinco años de seguimiento. En un 20% de 281 niños con tratamiento quirúrgico y profilaxis antibiótica apareció alguna nueva lesión parenquimatosa renal a lo largo de cinco años de seguimiento, en comparación con el 19,9% de 291 niños tratados solo con antibióticos [RR 1,06. (IC95%: 0,77-1,45)] (89).



Rigor en la elaboración (8)

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas
10. Los métodos para formular recomendaciones están claramente descritos



Para la formulación de recomendaciones se ha empleado el formato de “evaluación formal” o juicio razonado. Las recomendaciones controvertidas se han resuelto por consenso en dos reuniones del equipo redactor.



3.4. Elaboración de recomendaciones

Tras finalizar la lectura crítica de la evidencia disponible, se procedió a la formulación de recomendaciones. Para ello, con todo el grupo elaborador de la GPC, se realizó un grupo de discusión utilizando el juicio razonado, en el que teniendo en cuenta la calidad de la evidencia encontrada, y la experiencia clínica del grupo elaborador de la GPC, se fueron elaborando las recomendaciones con su graduación correspondiente.

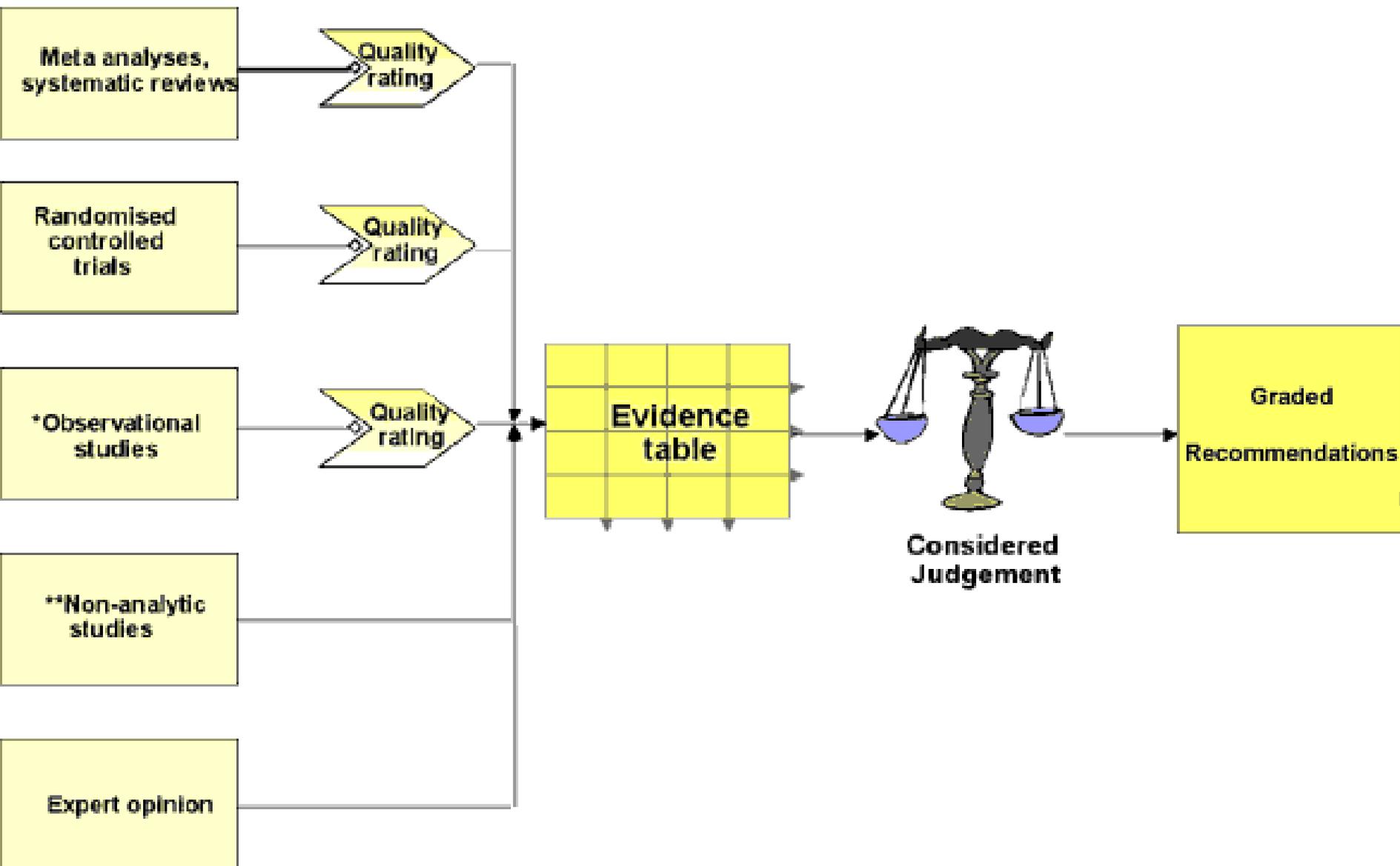
Para cada pregunta se elaboraron varias recomendaciones, indicando su nivel de evidencia y grado de recomendación. Cuando hubo recomendaciones controvertidas o ausencia de evidencia, se resolvió por consenso del grupo elaborador. En aquellas preguntas respecto a las cuales no había una certeza clara de evidencia sobre un tema en particular, el grupo sugirió recomendaciones de investigación.



Evaluación formal de la evidencia

- Volumen de la evidencia
- Aplicabilidad y Validez externa
- Consistencia
- Relevancia
- Impacto clínico





Rigor en la elaboración (8)

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía



Recomendación

- B** Los padres fumadores deberían ser aconsejados sobre los peligros del tabaco en su salud y en la de sus niños y se debería ofrecer ayuda para el abandono del hábito tabáquico.



1++	Al comparar Sr-89 vs. placebo, el grupo tratado con Sr-89 obtuvo mejor supervivencia global a 2 años ²⁶⁷ . Cuando se comparó Sr-89+RT local vs. RT local no hubo diferencias en la supervivencia global ²⁶⁸ ; pero en la comparación Sr-89 + quimioterapia (QT) vs. QT se encontraron mejores resultados de supervivencia global para el grupo Sr-89 ²⁷³ .
1++	El Sr-89 se asoció con toxicidad hematológica (trombocitopenia, neutropenia) en aproximadamente 30-50% de los pacientes que lo recibieron (normalmente moderada, grado ≤ 2) ¹⁷ .
1++	En los ensayos clínicos aleatorizados que compararon Sr-89 vs. RTE local, la tasa de efectos adversos (toxicidad hematológica y náuseas o vómitos) fue similar en ambos grupos ^{270,271} .
1++/4	El único efecto adverso asociado de forma estadísticamente significativa al Sm-153 fue mielosupresión temporal y leve ²⁷² . El uso precoz de radioisótopos puede dificultar la administración de quimioterapia, debido a la mielosupresión ⁴ .
1++	Al comparar Sr-89 + RT local vs. RT local no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos al analizar la calidad de vida ²⁶⁹ .

A	En hombres con cáncer de próstata andrógeno-independiente (CPAI), puede proponerse tratamiento con Sr-89 o con Sm-153 cuando exista un dolor óseo que requiera analgésicos de tercer escalón sin que se consiga un control adecuado del mismo. Para administrarlos es necesario que exista una fórmula hematológica correcta (>3.500 leucocitos y >150.000 plaquetas) y una gammagrafía ósea que demuestre metástasis óseas.
----------	--

Rigor en la elaboración (8)

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía



Resumen de la evidencia

- | | |
|----|---|
| 2+ | La historia familiar de atopia es el factor de riesgo más importante de atopia en niños (20). |
| 2+ | Existe una asociación firme entre los antecedentes de asma y atopia familiar y desarrollo de asma en el niño sobre todo cuando son ambos padres los afectados (25). |

Recomendación

- | | |
|---|--|
| C | Los antecedentes familiares de asma y atopia tienen que tenerse en cuenta en el diagnóstico de asma ante un paciente con síntomas sospechosos de asma. |
|---|--|



Rigor en la elaboración (8)

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía



REVISORES:

Alberto Capelastegui Sáinz, neumólogo, hospital de Galdakao (Bizkaia)

Jesus Caminero Herrero, neumólogo, hospital Santiago (Araba)

Juan Enrique Cimas Hernando, médico de familia, CS de Contrueces (Asturias)

Jose Ignacio Emparanza Knörr, pediatra, epidemiología clínica, hospital Donostia (Gipuzkoa)

Pilar Eskisabel Polanco, enfermera de neumología, hospital Donostia (Gipuzkoa)

Nerea García Garay, neumóloga, servicio de urgencias, hospital de Basurto (Bizkaia)

Eduardo González Pérez-Yarza, pediatra, sección de neumología pediátrica, hospital Donostia (Gipuzkoa)

Josune Iribar Sorazu, farmacéutica de atención primaria (Comarca Gipuzkoa Ekialde)

Jose Luis Lobo Beristain, neumólogo, hospital de Txagorritxu (Araba)

Jose Antonio Navarro Echeverría, alergólogo, hospital Donostia (Gipuzkoa)

Agustín Salazar García, médico de familia, CS San Ignacio (Comarca Bilbao)

Carlos Vazquez Cordero, pediatra, sección de neumología pediátrica, hospital de Cruces (Bizkaia)



Rigor en la elaboración (8)

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía



Está prevista una actualización de la guía cada tres años, centrada en aquellos aspectos o preguntas concretas en que las recomendaciones se modifiquen sustancialmente.



Claridad de presentación (3)

- 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas
- 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente
- 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables



5.4. Radioterapia

B	En pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado de bajo riesgo (cT1–cT2a y Gleason <7 y PSA \leq 10 ng/ml), la dosis de radioterapia externa debe ser 72–74 Gy.
B	En pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado de riesgo intermedio [cT2b ó Gleason = 7 ó (PSA >10 y \leq 20 ng/ml)], la dosis de radioterapia externa debe ser 76–78 Gy.
B	En pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado de alto riesgo (cT2c o PSA >20 ng/ml ó Gleason >7) o con cáncer de próstata en estadio clínico localmente avanzado (cT3), la dosis de radioterapia externa debe ser al menos de 78 Gy.
B	En pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo no se recomienda irradiación de pelvis.
C	En pacientes con cáncer de próstata y riesgo de invasión ganglionar \geq 15% se recomienda irradiación de próstata y vesículas seminales.
√	RECOMENDACIÓN DE INVESTIGACIÓN: Se deberían poner en marcha ensayos randomizados para valorar la utilidad de los fraccionamientos alterados (hipofraccionamiento, etc) de la radioterapia en el cáncer de próstata.

PIRAZOLONAS	Metamizol	oral, iv, rectal	4000	4-6
--------------------	------------------	-------------------------	-------------	------------

Es una dipirona con efecto analgésico, antipirético, uricosúrico, espasmolítico, cierta acción antiflogística, y también tiene un efecto miorelajante sobre musculatura lisa.

La dipiridona oral en dosis única de 500mg. Es un analgésico efectivo para el dolor postoperatorio agudo, con una eficacia similar al ibuprofeno 400mg. (Edwards JE et al 2005) *[Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]*. **La dipirona intravenosa es más eficaz que por vía intramuscular en el cólico renal. (Edwards JE et al 2005) [Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]**

Mecanismo de acción fundamentalmente mixto (periférico y central); de buena absorción oral. Su administración intravenosa rápida puede provocar hipotensión y colapso vascular, por lo que se debe evitar, aunque su efecto secundario más temido es la agranulocitosis (poco frecuente).

Atraviesa barrera hematoencefálica y placentaria.

<u>AINES</u>	FÁRMACO	VÍA	DOSIS ADULTOS	
			max./dia (mgrs.)	Intervalo (horas)
			<p>Grupo de fármacos muy numeroso con acción analgésica similar (leve-moderada) pero con diferencias farmacocinéticas y de uso clínico en diversas patologías: dolor de espalda (Tulder MW et al 2005). <i>[Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]</i>, dismenorrea (Marjoribanks et all 2005) <i>[Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]</i>, cólico renal (Labrecque M et al 1994) [Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A], cáncer (McNicol E et al 2005) <i>[Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]</i></p> <p>La vía de administración aconsejada de primera elección es la vía oral, excepto en el cólico renal donde se recomienda la intravenosa (Tramer M et al 1998) [Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]. También están indicados los AINES tópicos en contusiones y esguinces (Moore RA et al 1998) <i>[Nivel Evidencia I .Grado de recomendación A]</i></p>	

Claridad de presentación (3)

- 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas
- 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente
- 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables



- D** La variabilidad del FEM considerada como una oscilación $\geq 20\%$ apoya el diagnóstico de asma.
- D** La prueba de provocación con ejercicio puede ser considerada cuando el diagnóstico de asma no es claro en niños y adolescentes.
- D** La radiografía de tórax no es una prueba de rutina en la evaluación del paciente con asma salvo en pacientes con síntomas atípicos o cuando sea necesario excluir otros diagnósticos.
- C** El prick test, o en su defecto la determinación de IgE específica, debe realizarse en la evaluación del niño pequeño y escolar con sospecha de asma.
- C** El resultado positivo del prick o de la IgE específica aumenta la sospecha de asma pero precisa de otras exploraciones para confirmar el diagnóstico.
- D** El prick test y la determinación de IgE específica no son pruebas de rutina en la evaluación del paciente adulto con sospecha de asma.



Claridad de presentación (3)

- 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas
- 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente
- 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables



RESUMEN DE RECOMENDACIONES

HISTORIA NATURAL, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DEL ASMA

- C** Se recomienda la utilización del cuestionario EBS (Easy Breathing Survey) para el diagnóstico de asma en niños entre 6 meses y 18 años de edad.
- C** La respuesta positiva al EBS requiere la confirmación diagnóstica mediante exploraciones complementarias e historia clínica detallada. La respuesta negativa al EBS permite la exclusión de asma con seguridad.
- ✓ El diagnóstico de asma es fundamentalmente clínico y tiene que ser corroborado con pruebas objetivas de función pulmonar.
- C** Los antecedentes familiares de asma y atopia tienen que tenerse en cuenta en el diagnóstico de asma ante un paciente con síntomas sospechosos de asma.
- C** Ante un paciente con sospecha clínica de asma los antecedentes personales de enfermedades atópicas (dermatitis atópica, rinitis y alergia y/o sensibilización alimentaria) deben considerarse aunque su presencia aislada no asegura el diagnóstico.
- ✓ Deben realizarse estudios sobre el rendimiento de la combinación de estos rasgos de atopia con exploraciones complementarias y antecedentes familiares para aumentar su utilidad en el diagnóstico de asma, especialmente en los primeros años de vida.
- D** Es necesario trabajar en la elaboración de índices o escalas pronósticas o de riesgo validados en nuestra población que nos ayuden a identificar a aquellos pacientes con sibilancias en edades tempranas con mayor riesgo de desarrollar asma atópico.
- ✓ Hasta que se desarrollen estas escalas, recomendamos utilizar el índice de Castro-Rodríguez modificado, para intentar identificar qué pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar un asma atópica.
- C** La realización de la espirometría con test broncodilatador ayuda a confirmar el diagnóstico de asma en pacientes con síntomas sugestivos y aporta información sobre su gravedad. La normalidad de la espirometría en un paciente con sospecha clínica no excluye el diagnóstico y nos obliga a proseguir el estudio del paciente.
- ✓ Es importante utilizar normas estandarizadas para la realización correcta de la espirometría.



Aplicabilidad (4)

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria



CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN	INDICADORES
1. Valoración del nivel de gravedad. (periodicidad anual)	Nº de asmáticos clasificados según nivel de gravedad / Nº total de asmáticos del cupo
2. Realización espirometría + PBD en el diagnóstico de asma.	Nº de asmáticos con espirometría + PBD realizada / Nº total de asmáticos
3. Realización de espirometría + PBD de control en asmáticos persistentes (periodicidad anual)	Nº de asmáticos persistentes con espirometría + PBD de control realizada / Nº total de asmáticos persistentes
4. Registro del mejor FEM en la historia clínica (periodicidad anual)	Nº de asmáticos con registro del mejor FEM / Nº total de asmáticos
5. Información sobre medidas de evitación y desencadenantes	Nº de asmáticos que han recibido información sobre medidas de evitación y desencadenantes / Nº total de asmáticos
6. Revisión de la técnica de inhalación (periodicidad anual)	Nº de asmáticos en los que se realiza la revisión de la técnica de inhaladores / Nº total de asmáticos
7. Tratamiento de asmáticos persistentes con GCI	Nº de asmáticos persistentes en tratamiento con GCI / Nº total de asmáticos persistentes
8. Información de autocontrol con plan de acción ante empeoramientos del asma	Nº de asmáticos con un plan de acción ante empeoramientos / Nº total de asmáticos



Independencia editorial (2)

- 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía
- 23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía



- **Financiación:** esta guía de práctica clínica ha sido financiada por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y con la ayuda de una beca del Departamento de Sanidad (convocatoria 2003, B.O.P.V. del 14 de julio de 2003).



Independencia editorial (2)

- 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía
- 23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía



■ Conflictos de interés:

Miguel Angel Lizarraga, Arritxu Etxeberria, Itxasne Lekue, Marian Maeztu, Marisa Merino y Mari Luz Marqués han declarado ausencia de conflictos de interés. Isabel Irizar ha recibido apoyo de AstraZeneca para acudir a reuniones y congresos. Marian Villar ha recibido apoyo de AstraZeneca, GSK, MSD y Almirall para acudir a reuniones y congresos y honorarios de GSK y MSD por su participación como ponente en dos reuniones. Jose Manuel Merino ha recibido apoyo de AstraZeneca, Boehringer, Pfizer y GSK para acudir a reuniones y congresos, ha recibido honorarios de estos laboratorios por su participación como ponente, y ha participado como investigador principal en dos ensayos clínicos patrocinados por AstraZeneca y GSK. Rafael Rotaeché ha recibido apoyo de MSD y Esteve para acudir a un congreso y ha recibido honorarios de GSK por su participación como ponente en una reunión. Maite Callén ha recibido apoyo de MSD y AstraZeneca para acudir a congresos y reuniones y ha recibido honorarios de MSD por su participación como ponente en una reunión. Jon Aranguren ha recibido honorarios de Esteve por su participación como ponente en una reunión. Agustín Martínez ha recibido apoyo de AstraZeneca para acudir a un congreso y ha recibido honorarios de Esteve, Pharma Consult Services S.A. y GSK por su participación como ponente en varias reuniones. Juan Bautista Galdiz ha recibido apoyo de Novartis, Faes, GSK y Boehringer para acudir a reuniones y congresos, ha recibido honorarios por su participación como ponente en reuniones organizadas por GSK, Boehringer y AstraZeneca y ha participado en la realización de ensayos clínicos promovidos por GSK, Altana, Novartis, AstraZeneca y Boehringer. Javier Elorz ha recibido apoyo de GSK, AstraZeneca, Almirall Prodesfarma y Faes para acudir a reuniones y congresos y ha recibido honorarios por su participación como ponente en reuniones organizadas por GSK y MSD.







Puntuando con el AGREE II

i) Escala de puntuación

Todos los ítems del AGREE II se puntúan en la siguiente escala de 7 puntos.

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

Puntuación 1 («Muy en desacuerdo»). La puntuación 1 debe darse si no hay información relevante al ítem del AGREE II o si el concepto se presenta de forma muy vaga.

Puntuación 7 («Muy de acuerdo»). La puntuación 7 debe darse si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los criterios y consideraciones definidos en el Manual del Usuario se han alcanzado por completo.

Puntuación entre 2 y 6. La puntuación entre 2 y 6 se asigna cuando la información respecto al ítem del AGREE II no cumple por completo con todos los criterios o consideraciones. La puntuación se asignará dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información. La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se aborden más consideraciones. La sección «Cómo Puntuar» incluye para cada ítem indicaciones sobre los criterios de evaluación y consideraciones específicas.



Puntuando con el AGREE II

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

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

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Para cada miembro del grupo elaborador de la guía, se aporta la siguiente información:
 - Nombre.
 - Disciplina/especialidad (por ejemplo, neurocirujano, metodólogo).
 - Institución (por ejemplo, Hospital San Pedro).
 - Localización geográfica (por ejemplo, Seattle, WA).
 - Una descripción del papel del miembro en el grupo elaborador de la guía.



Puntuando con el AGREE II

Las puntuaciones de los dominios se calculan sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y **estandarizando el total**, como un porcentaje sobre la **máxima puntuación posible** para ése dominio.

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

	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	Total	Nº Eval	Min	Max	Punt. Stand. Área
Dominio 1. Alcance y Objetivo										4			
Ítem 1	5	6	2	3					16				
Ítem 2	6	6	4	3					19				
Ítem 3	6	7	3	2					18				
Total	17	19	9	8					53		12	84	0,57

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.



Instrumento AGREE - II

GPC-1

GPC-2

GPC-3

GPC-4

GPC-5

Dominio 1. Alcance y Objetivo

Dominio 2. Participación de implicados

Dominio 3. Rigor en la elaboración

Dominio 4. Claridad y Presentación

Dominio 5. Aplicabilidad

Dominio 6. Independencia Editorial

Calidad global de la GPC:

E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈

¿Recomendarías esta GPC
para su uso?

SÍ

SÍ, pero con modificaciones

NO





AGREE II

guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



GRUPPO

Dominio 3: Rigor en la laboración

	Evaludad. 1	Evaludad. 2	Evaludad. 3	Evaludad. 4	Evaludad. 5	Evaludad. 6	Evaludad. 7	Evaludad. 8
Ítem 7								
Ítem 8								
Ítem 9								
Ítem 10								
Ítem 11								
Ítem 12								
Ítem 13								
Ítem 14								



Dominio 1. Alcance y Objetivo		1		
Ítem 1				
Ítem 2				
Ítem 3				
Total	0	3	21	
Dominio 2. Participación de implicados				
Ítem 4				
Ítem 5				
Ítem 6				
Total	0	3	21	
Dominio 3. Rigor en la elaboración				
Ítem 7				
Ítem 8				
Ítem 9				
Ítem 10				
Ítem 11				
Ítem 12				
Ítem 13				
Ítem 14				
Total	0	8	56	
Dominio 4. Claridad y Presentación				
Ítem 15				
Ítem 16				
Ítem 17				
Total	0	3	21	
Dominio 5. Aplicabilidad				
Ítem 18				
Ítem 19				
Ítem 20				
Ítem 21				
Total	0	4	28	
Dominio 6. Independencia Editorial				
Ítem 22				
Ítem 23				
Total	0	2	14	

Calidad global de la GPC: Cada evaluador da una puntuación comprendida entre 1 y 7

1 2 3 4 5 6 7

Calidad más baja posible Calidad más alta posible

¿Recomendarías esta GPC para su uso?

	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈
SÍ								
SÍ, pero con modificaciones								
NO								

Por favor, coloca un 1 en la casilla a MARCAR. Gracias!!!



Puntuando el AGREE II

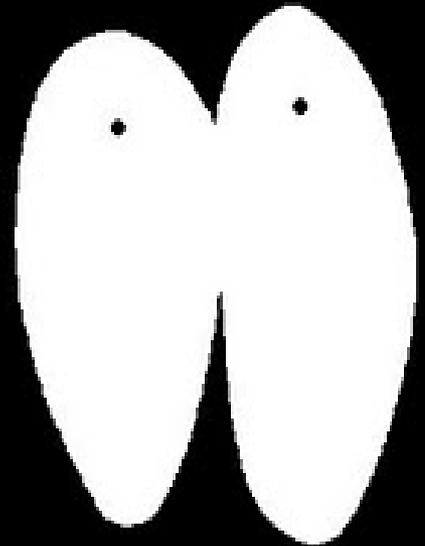
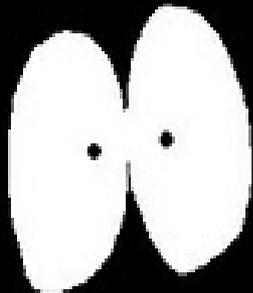
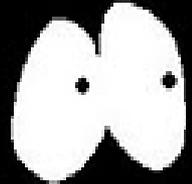
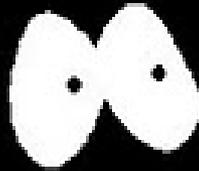
- ✓ ii No agregar las puntuaciones de los seis dominios en una única puntuación de calidad !!
- ✓ Cálculo de la puntuación de los dominios:
 - Suma de todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio
- ✓ Interpretar la puntuación del dominio:
 - No se ha establecido un patrón. Decisión del usuario y el contexto en el que se utilice



Evaluación Global. AGREE II

- ✓ Dos evaluaciones globales (individuales)
 - Juicio sobre la calidad de la GPC
 - Tomar en cuenta cada uno de los criterios de evaluación
 - Recomendar o no la GPC
- ✓ Naturalmente, usar el sentido común!





Conclusiones

- ✓ **AGREE** es un instrumento de evaluación para GPC que ha sido desarrollado y **testado internacionalmente**
- ✓ Puede ser **usado consistentemente** por un amplio rango de profesionales que procedan de diferentes entornos culturales.
- ✓ Para cada *Guía* son necesarios **varios evaluadores**.



¿Para saber
más?





AGREE II Training Tools

AGREE II Translations

AGREE-related publications

Practice Guidelines

AGREE II

The Original AGREE Instrument

AGREE Enterprise website > Resource Centre > Training > Introduction

AGREE II Training Tools

The AGREE A3 Research Team has developed two training tools to assist AGREE II users to effectively apply the tool. The tools are currently being evaluated in a randomized research study.



AGREE Publications

Browse our library of publications related to AGREE

Download AGREE II

Download the latest AGREE tool as a PDF

AGREE II Overview Tutorial



This tool provides an Avatar-guided overview of the AGREE II tool. This tool takes approximately 10 minutes to complete.

It will open in a new browser tab when you click the link.

AGREE II Tutorial + Practice Exercise



Expanding upon the Avatar-guided tutorial, the "Practice Exercise" tool provides trainees with the opportunity to appraise a test practice guideline with the AGREE II; upon submitting their ratings, the training tool system provides immediate feedback to how the trainees responses compares with those of expert ratings.

On average, completion of this tool takes approximately one hour.



AGREE II
Overview Tutorial

Info

Outline Thumbnails Narration Search

AGREE II Overview Tutorial

Introduction

What is a Practice Guideline (PG)?

What is the AGREE II?

AGREE: Past & Present

Items And Domains: A Closer Look

Scoring Overview

Considerations Before a PG Assessment

Acknowledgements

Conclusion

Introduction



SLIDE 2 OF 17

PLAYING

00:27 / 00:33



Instrumento AGREE-II

Objetivos

Evaluar la calidad
de las GPC

Proporcionar estrategia
metodológica

Establecer qué información
y forma de presentación

Seleccionar GPC





oui
nide
iou





Correo-e

iacs.@guiasalud.es

Síguenos en



¡¡ gracias !!

