Elaboración de Guías de Práctica Clínica

Rosa Rico Iturrioz
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, OSTEBA
Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Bilbao, viernes 16 de diciembre de 2011

Índice

1. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
2. Qué son las Guías de Practica Clínica (GPC)
3. Contexto y Marco para la elaboración de GPC
4. Proceso de elaboración de una Guía: 7 Etapas

Nacimiento de la MBE

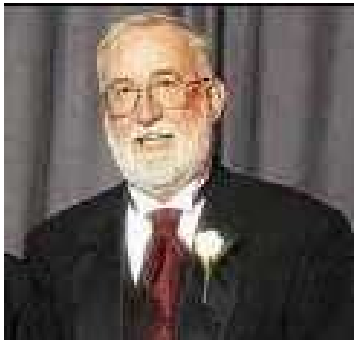
Dr. Gordon Guyatt

La expresión 'medicina basada en la evidencia' (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el ACP Journal Club.

En 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en MBE en Canadá

Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club 1991; 112(Supl 2): A16.

Definición y Concepto



En 1996, su más conocido promotor, Prof. David Sackett definió la Medicina Basada en Pruebas como:

"La utilización consciente, explícita, y juiciosa, de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales"

Objetivo de la MBE

Que en la práctica asistencial, además de su experiencia y habilidades clínicas, los y las profesionales sepan aplicar de manera adecuada los resultados de la investigación científica en su práctica médica, con la finalidad de mejorar la calidad y la efectividad en términos de salud.

Método para una atención sanitaria basada en la evidencia

- Las necesidades de información se convierten en preguntas
- Se localizan (con la máxima eficiencia) las mejores evidencias científicas con las que responder
- Se valora críticamente la validez y utilidad de los estudios seleccionados
- Se valora la aplicabilidad a nuestro contexto

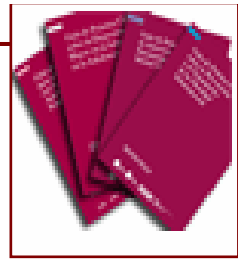
Medicina basada en la evidencia + adecuación al contexto local

- Búsquedas bibliográficas
- Lectura crítica de la literatura científica
- Graduación de las recomendaciones
- Evaluación económica
- Incorporación de la equidad, para evitar sesgos sociales y de género
- Incorporación de la población en los procesos de elaboración

Índice

1. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
2. Qué son las Guías de Practica Clínica (GPC)
3. Contexto y Marco para la elaboración de GPC
4. Proceso de elaboración de una Guía: 7 Etapas

Qué es una Guía de Práctica Clínica (GPC)



Las Guías de Práctica Clínica son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada,
y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Adaptado de IOM, 1992.

Se elabora una GPC por diversos motivos:

- Existe un problema de salud importante con impacto en la morbimortalidad
- Existe variabilidad en la práctica clínica por la existencia de áreas de incertidumbre
- Han aparecido técnicas o tratamientos novedosos
- Existe la posibilidad de que una actuación sanitaria consiga un cambio que mejore los resultados en salud
- Es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud.

Índice

1. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
2. Qué son las Guías de Practica Clínica (GPC)
3. Contexto y Marco para la elaboración de GPC
4. Proceso de elaboración de una Guía: 7 Etapas

Contexto y marco para la elaboración de GPC en el SNS

Organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) creado por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS, que cuenta con el catálogo de guías y el portal GuíaSalud-Biblioteca de GPC: http://portal.guiasalud.es

GuíaSalud. 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.

guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

6 criterios inclusión en el Catálogo

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

1. Las GPC deben incluir información para ayudar a profesionales de la salud y/o pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada para situaciones clínicas específicas.
2. Las guías deben haber sido producidas en España; en cualquiera de las lenguas oficiales en el Estado; …las GPC producidas fuera de España se admitirán también si han sido traducidas ….
3. Las GPC han sido producidas y/o actualizadas y/o evaluada su validez en los últimos 5 años.
4. Los datos de autoría -nombre, institución, datos de contacto- y la declaración de interés, deben aparecer de forma clara.
5. Los métodos de búsqueda de la evidencia científica utilizados deben estar descritos.
6. Las recomendaciones de la GPC deben estar ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan

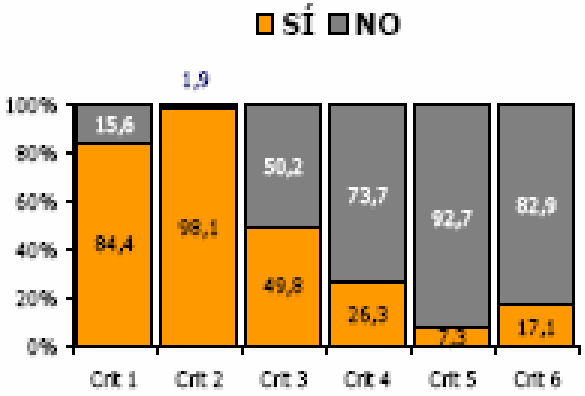
Guías de Práctica Clínica- GPC

Catálogo de GPC en el SNS

Cumplimiento de criterios

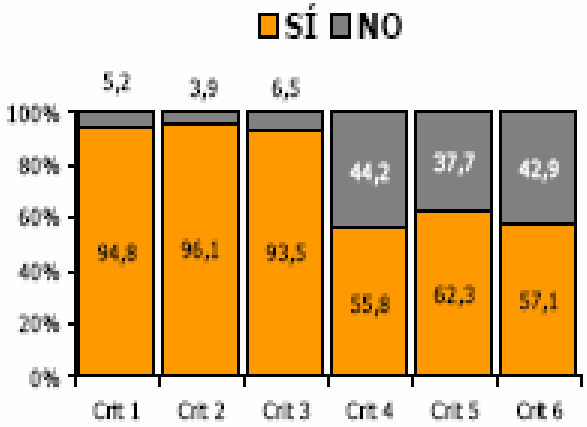
2004 ó antes
N = 315
Incluidas = 18
(5,7%)

2004 ó antes



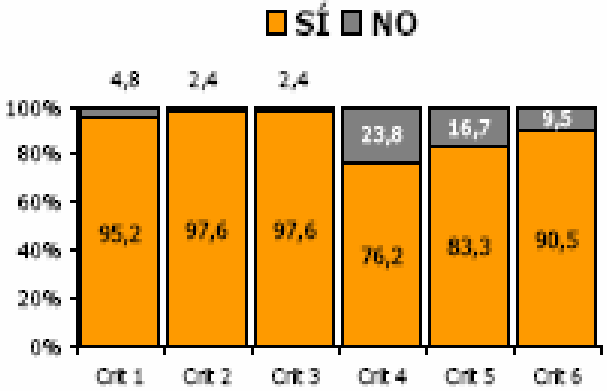
Ene 05 – Ago 08
N = 77
Incluidas = 37
(48,0%)

Ene 2005 - Ago 2008



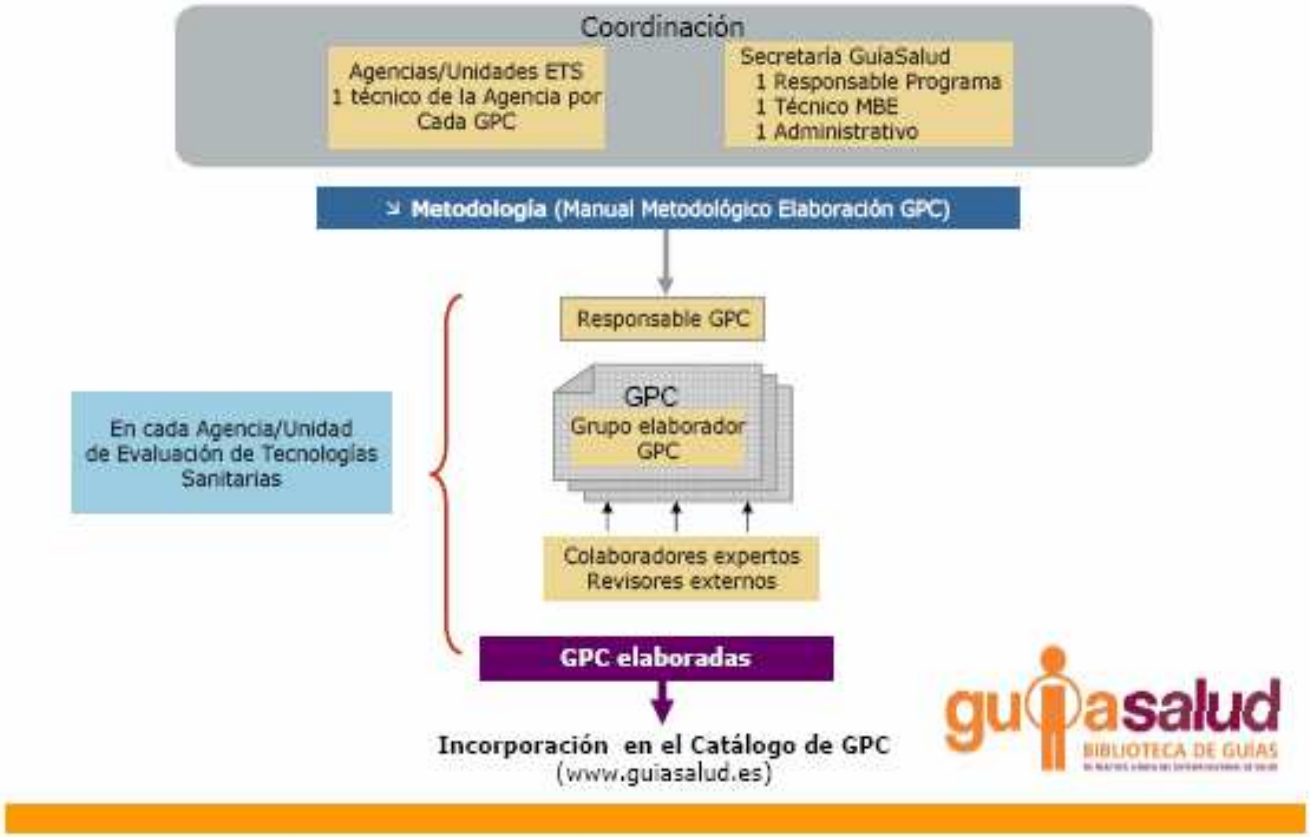
Sep 08 – 19 Ene 10
N = 42
Incluidas = 31
(73,8%)

Sep 2008 - 19 ene 2010

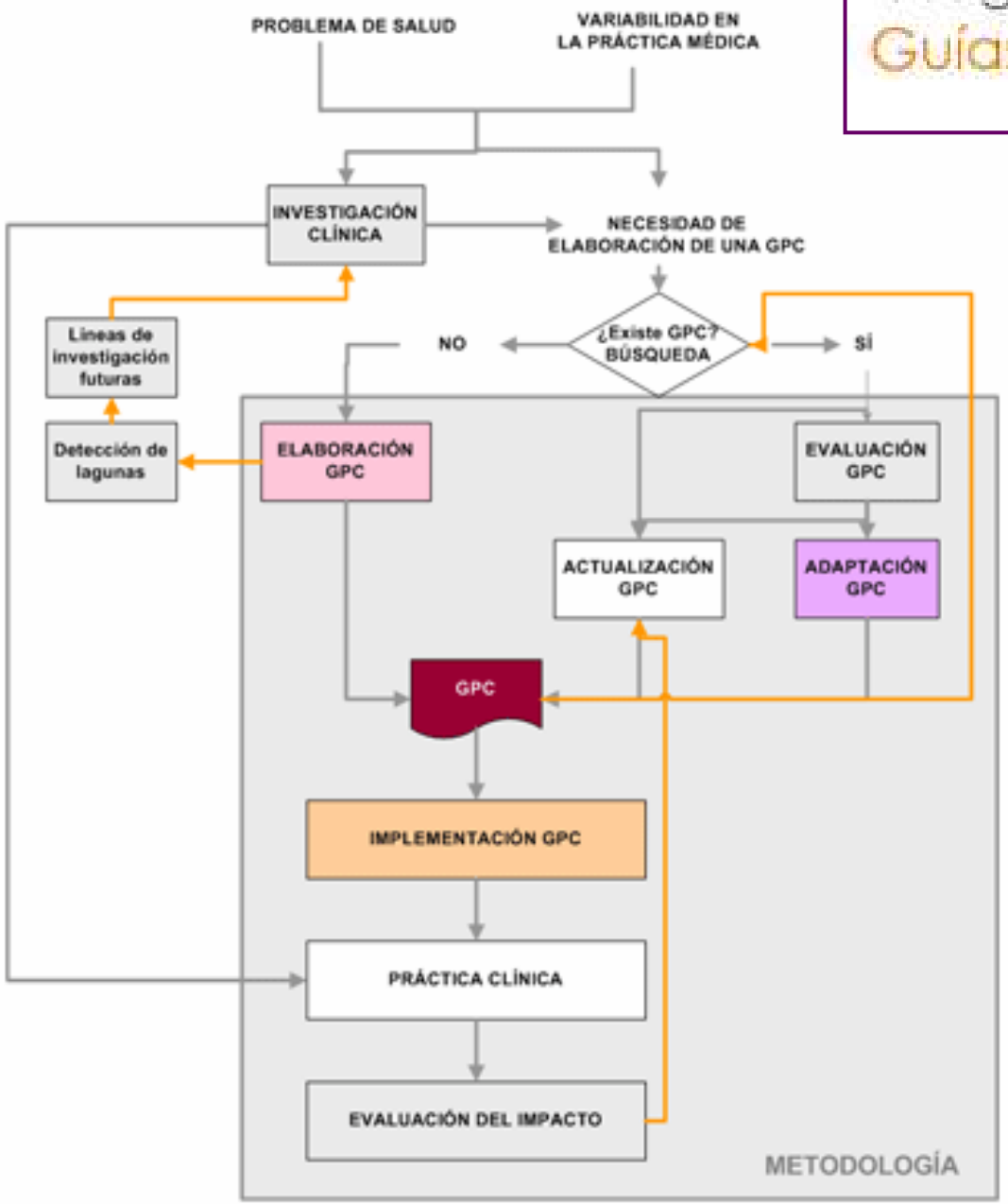


http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc

Programa de GPC en el SNS. Estructura Organizativa.



Programa de
Guías en el SNS

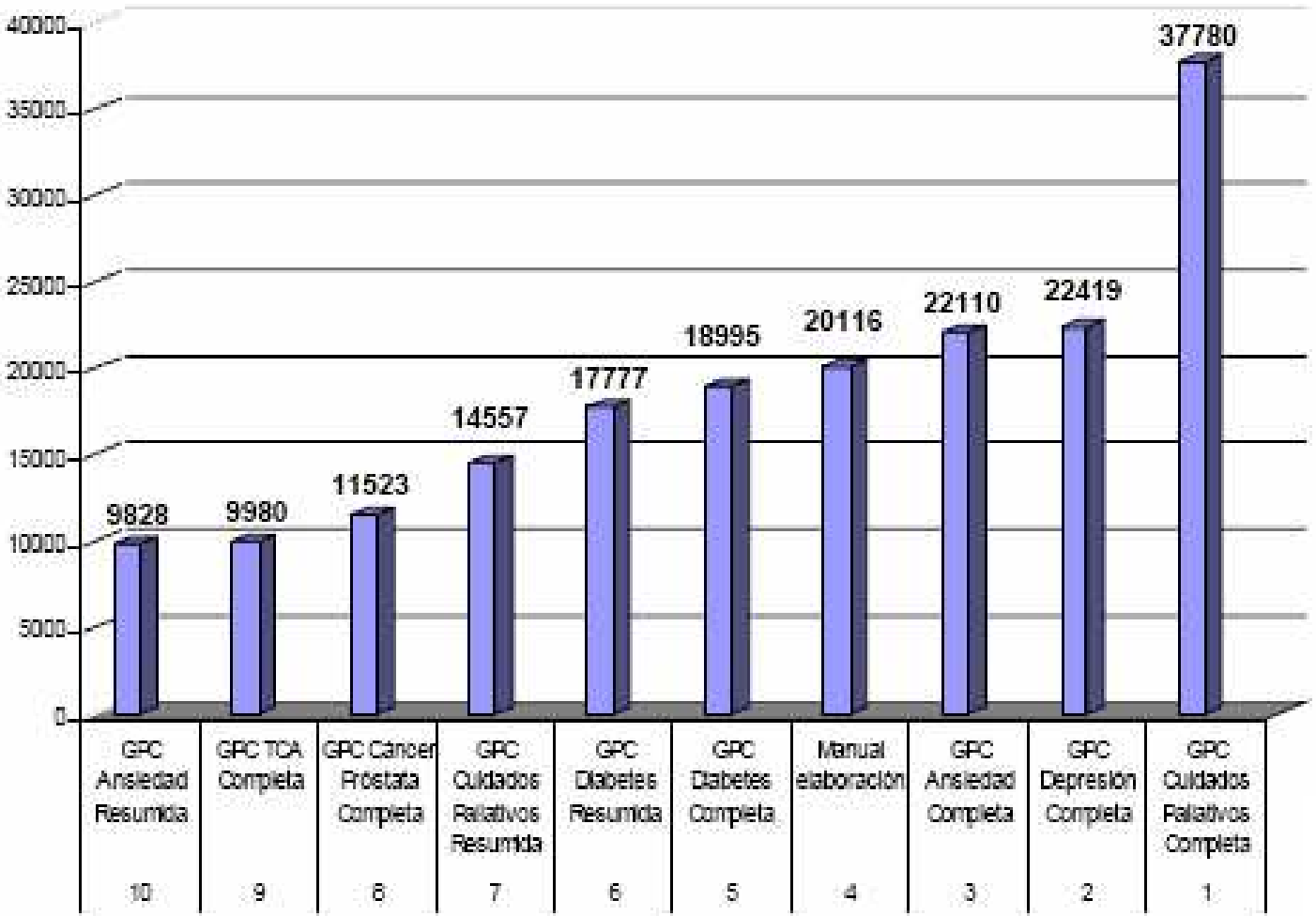

PROBLEMA DE SALUD
VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA
NECESIDAD DE ELABORACIÓN DE UNA GPC
¿Existe GPC? BÚSQUEDA
NO
SÍ
Líneas de investigación futuras
Detección de lagunas
ELABORACIÓN GPC
EVALUACIÓN GPC
ACTUALIZACIÓN GPC
ADAPTACIÓN GPC
GPC
IMPLEMENTACIÓN GPC
PRÁCTICA CLÍNICA
EVALUACIÓN DEL IMPACTO
METODOLOGÍA

Osteba

Programa de GPC en el SNS

Suma descargas: 185.085

10 documentos más descargados 2009 en el Portal GuiaSalud



Login

AGREE

Advancing the science of practice guidelines

Search: Go

Home | About | Resource Centre | Research Projects | News | Forum | My AGREE

Welcome to the AGREE Enterprise website

The place for all things AGREE

The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument evaluates the process of practice guideline development and the quality of reporting.

The original AGREE Instrument has been updated and methodologically refined. The AGREE II is now the new international tool for the assessment of practice guidelines. The AGREE II is both valid and reliable and comprises 23 items organized into the original 6 quality domains.

Find out more.....

APPRAISAL OF GUIDELINES RESEARCH & EVALUATION

AGREE

Download AGREE II PDF

Appraise guidelines online

- Use "My AGREE" to create and manage your own collection of guideline appraisals
- First time Users can Register here
- Returning Users Log in here

Quick links

- Introduction to the AGREE website
- AGREE II Online Training Tools
- Start appraising practice guidelines

Resource Centre

Information about practice guidelines, AGREE II

Research Projects

Details of current and past research projects

Latest Updates

Osteba

Criterios de calidad AGREE

6 áreas y 23 criterios:

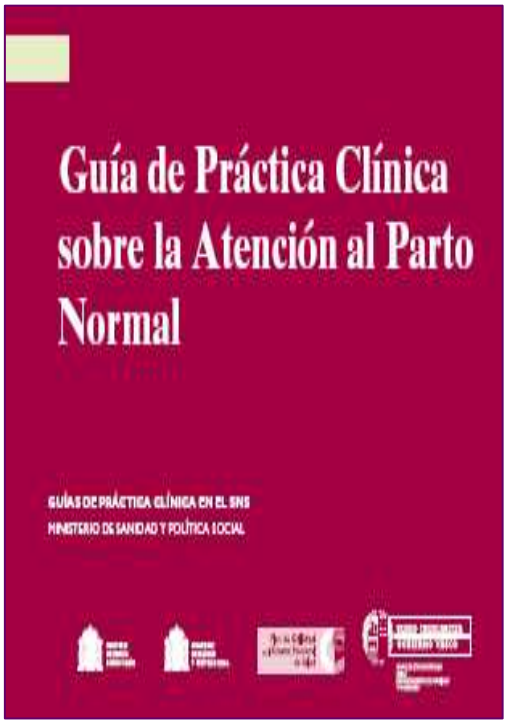
1. Alcance y Objetivos (3 criterios)
2. Participación de personas y grupos implicados (3 criterios)
3. Rigor en la elaboración (8 criterios)
4. Claridad en la presentación (3 criterios)
5. Aplicabilidad (4 criterios)
6. Independencia editorial (2 criterios)

http://www.agreetrust.org/

Índice

1. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
2. Qué son las Guías de Practica Clínica (GPC)
3. Contexto y Marco para la elaboración de GPC
4. Proceso de elaboración de una Guía: 7 Etapas

Proceso de elaboración de una Guía: 7 etapas



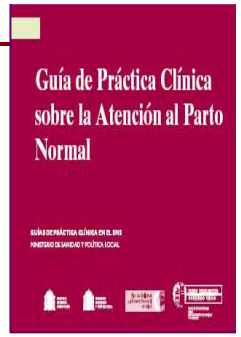
Porqué se necesita el método científico (MBE) en la elaboración de guías

- La adherencia a las recomendaciones por parte de los profesionales va a depender de su confianza en ellas.

- Las guías de práctica clínica son sólo tan buenas como las evidencias (pruebas) y los juicios en las que basan sus recomendaciones.

- Por ello hay que facilitar con claridad y transparencia la información científica y la valoración de los juicios que hay detrás de las recomendaciones.

Etapas en la elaboración de una Guía



1. Delimitación del alcance y de los objetivos
2. Creación del grupo elaborador de la GPC
3. Formulación de preguntas clínicas (PICO)
4. Búsqueda, evaluación y síntesis de la literatura
5. Formulación de recomendaciones
6. Revisión externa
7. Edición de la GPC

Delimitación del alcance y objetivos
Creación del grupo elaborador
Elaboración de preguntas
Búsqueda bibliográfica
1.Metaanálisis/rRS
2.RCT
3.Cohortes/Casos control
4.Otras GPC y recomendaciones
Evaluación de la evidencia
Clasificación de su calidad
Formulación recomendaciones
Revisión Externa
Recomendaciones finales
Edición de la GPC

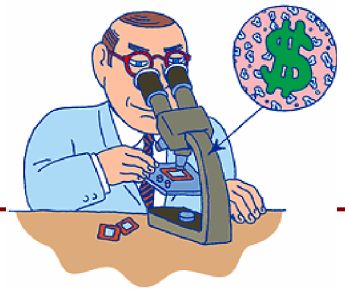
1. Delimitación del alcance y los objetivos

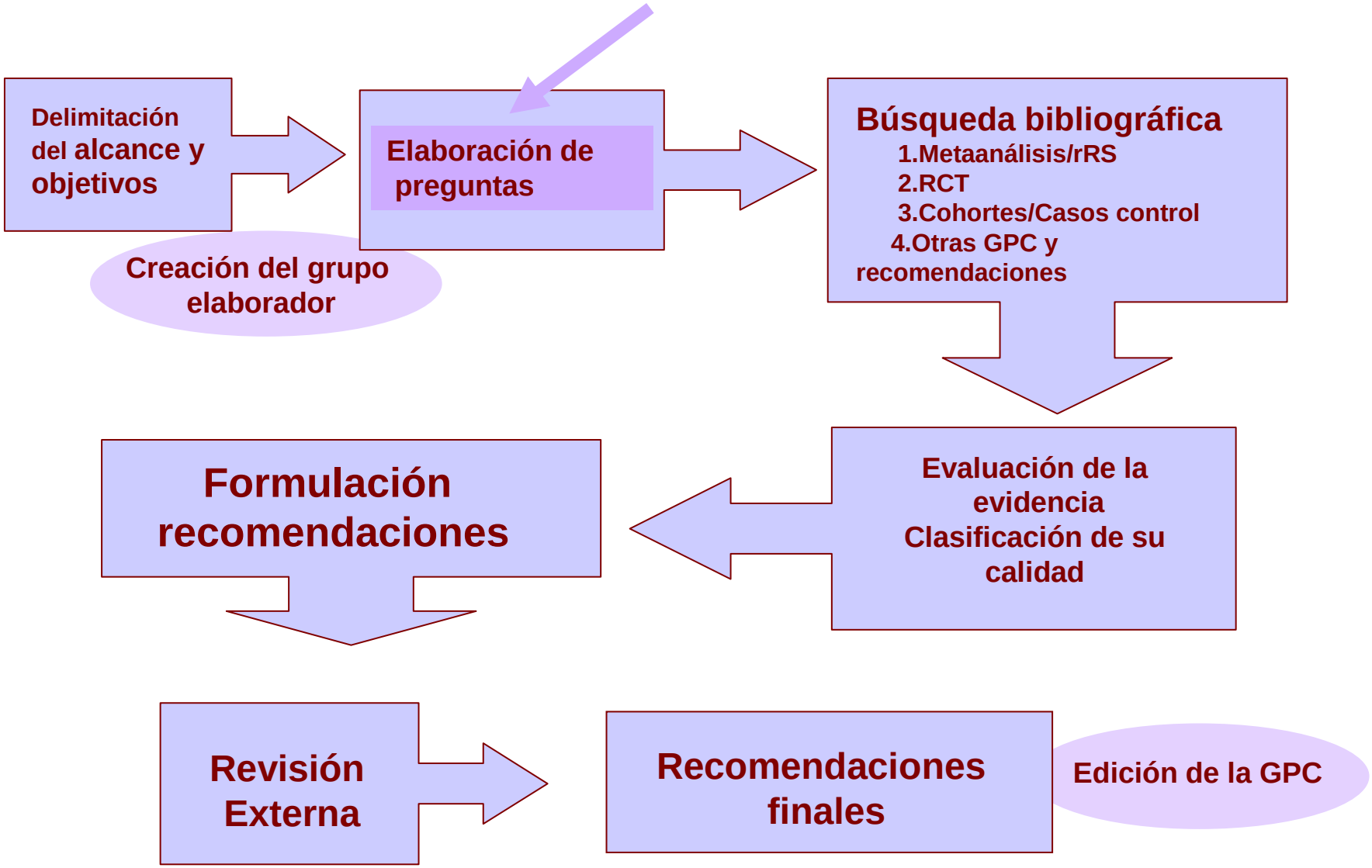
- El Alcance de la Guía viene dado por las prioridades identificadas en el nivel de política o de gestión sanitaria.
- Se debe limitar la condición clínica de que se trate.
- Se debe definir el contexto de aplicación de la guía (centros hospitalarios, At. Primaria, etc.)
- Los objetivos de la Guía se deben redactar de forma específica con una definición clara de usuarios y población diana.

2. Creación del grupo elaborador de la guía (GEG)

- Es importante que los miembros clínicos del GEG conozcan en profundidad el contenido objeto de la GPC.
- Supone un valor añadido su participación en guías previas o en consensos y en proyectos de investigación.
- Son necesarias las personas expertas en metodología (con habilidades de búsqueda, lectura crítica y síntesis de la evidencia científica).
- Presencia de sociedades científicas implicadas.
- Equipo multidisciplinar y multicéntrico.
- Presencia de pacientes o familiares y otros grupos interesados.

La transparencia en la elaboración de las guías exige que todos los miembros del GEG realicen una declaración de interés.




Delimitación del alcance y objetivos
Creación del grupo elaborador
Elaboración de preguntas
Búsqueda bibliográfica
1.Metaanálisis/rRS
2.RCT
3.Cohortes/Casos control
4.Otras GPC y recomendaciones
Evaluación de la evidencia
Clasificación de su calidad
Formulación recomendaciones
Revisión Externa
Recomendaciones finales
Edición de la GPC

3. Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato P.I.C.O.

- Esta etapa asegura que se proporciona una respuesta concreta a los objetivos contemplados en la fase de Alcance y Objetivos.

- Todos los problemas clínicos definidos tienen que verse reflejados en forma de preguntas clínicas.

- Las preguntas clínicas, por tanto, han de ser claras, precisas y específicas

- El método PICO permite formular preguntas clínicas bien estructuradas y además favorece el desarrollo de la guía de forma ordenada y clara.

Formato PICO

P (pacientes): características de los participantes, tipo de pacientes a estudio o patología de la que surge la pregunta.

I (intervenciones): datos respecto de la tecnología o intervención que se quiere analizar.

C (comparaciones): con otras técnicas u opciones de tratamiento, si procede.

O (resultados): medida de la eficacia clínica de las intervenciones.

Ejemplo de pregunta:

¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones, por parte de la mujer, sobre el parto y sus resultados?

Mujer	Intervención/Comparación	Resultados
Sana durante la primera etapa del parto	Libertad de posición y movimientos (incluida deambulación) Vs Permanecer en la cama	•Duración del parto •Necesidad de analgesia •Necesidad de oxitocina •Tasa de partos instrumentales •Tasa de cesáreas
		•Test de Apgar •pH de cordón •Frecuencia cardíaca fetal
		•Satisfacción materna •hipotensión
Tipo de estudio: GPC, RS/Metaanálisis, ECA.		

La formulación P.I.C.O.

- Ayuda a delimitar los términos de búsqueda de la literatura.
- Exige elegir resultados en salud de interés, en los estudios.
- Delimita el tipo de estudio que responde a la pregunta
- Facilita la elaboración de recomendaciones de forma específica para cada cuestión clínica.

Tipos de pregunta y tipos de estudio más apropiados

Pregunta	Tipo de estudio
Intervención	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA).
Diagnóstico	Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas transversal o cohorte.
Pronóstico	Estudio de cohortes, rama control de ensayos clínicos.
Etiología	Estudio de casos y controles. Estudio de cohortes.

Delimitación del alcance y objetivos
Creación del grupo elaborador
Elaboración de preguntas
Búsqueda bibliográfica
1.Metaanálisis/rRS
2.RCT
3.Cohortes/Casos control
4.Otras GPC y recomendaciones
Evaluación de la evidencia
Clasificación de su calidad
Formulación recomendaciones
Revisión Externa
Recomendaciones finales
Edición de la GPC

4. **Búsqueda**, evaluación y síntesis de la literatura

- La búsqueda se realiza a partir de las preguntas clínicas estructuradas.
- Comienza por la localización de GPC relevantes que ya existan sobre el mismo tema.
- Las revisiones sistemáticas (RS) juegan un papel crucial en el proceso de elaboración de una GPC.
- La búsqueda RS y de estudios individuales debe realizarse en bases de datos como Biblioteca Cochrane Plus (Cochrane Library), DARE, Medline, EMBASE y CINAHL y otras más específicas según el tema de la GPC.

¡Apoyo de documentalista y planificación de la estrategia de búsqueda!

Ejemplo de la estrategia de búsqueda de RS para la pregunta:

¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

1. BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus y Base de datos del NHS Centre for Reviews and Dissemination. En esta última se incluyen las bases de datos HTA (Health Technology Assessment) que contiene informes de evaluación, DARE (que contienen revisiones de efectividad) y la NHSEED (con documentos de evaluación económica).

Cochrane: (0 referencias)

#1. ((labor next stage next first) and posture)
#2. ((labor next stage next first) and position)
#3. ((labor next stage next first) and movilization)

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE: (1 referencia)

#1. "labor stage first"

Limits: 2006-2008

1. BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (0 referencias)

#1. ("Labor Stage, First"[Mesh] OR "first Labor Stage"[TIAB] OR "Cervical Dilatation") AND (mobilization OR position OR posture*) AND systematic[sb]

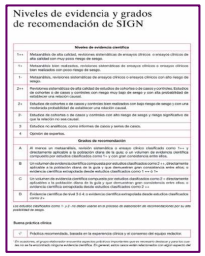
Limits: Revisiones sistemáticas 2006-2008

Delimitación del alcance y objetivos
Creación del grupo elaborador
Elaboración de preguntas
Búsqueda bibliográfica
1.Metaanálisis/rRS
2.RCT
3.Cohortes/Casos control
4.Otras GPC y recomendaciones
Evaluación de la evidencia
Clasificación de su calidad
Formulación recomendaciones
Revisión Externa
Recomendaciones finales
Edición de la GPC

4. Búsqueda, **evaluación** y síntesis de la literatura

En la Lectura Crítica se utiliza:

- el sistema SIGN para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios en las preguntas de efectividad y seguridad



Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia científica

1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una probabilidad moderada de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía o un volumen de evidencia científica que demuestre gran consistencia entre ellos y directamente aplicable a la población diana.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++ y directamente aplicable a la población diana de la guía o que demuestre gran consistencia entre ellos o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ y directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestre gran consistencia entre ellos o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4 o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

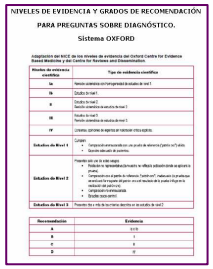
Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta probabilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

De acuerdo con el proceso informado a través de la Unidad Metodológica para la elaboración de guías y revisiones sistemáticas de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) y del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

- la escala del Sistema OXFORD para las preguntas de diagnóstico



NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO.

Sistema OXFORD

Adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination.

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1
Ib	Estudio de nivel 1.
II	Estudio de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2
III	Estudio de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3
IV	Informes, opiniones de expertos y/ó también clínica experta.
Estudios de Nivel 1	Criterio: • Comparación sistemática con un patrón de referencia (patrón oro?) ciego. • Muestra adecuada en pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presenta uno o más sesgos: • Muestra no representativa (muestra no reflejada adecuadamente en pacientes). • Comparación con el patrón de referencia "inadecuado" (valoración de pruebas que no son el patrón oro ó el patrón oro sólo revisado de la prueba índice por la realización de pruebas extra). • Comparación no enmascarada. • Estudio casos control.
Estudios de Nivel 3	Presenta dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2

Recomendación	Evidencia
A	Ia ó Ib
B	I
C	II
D	III

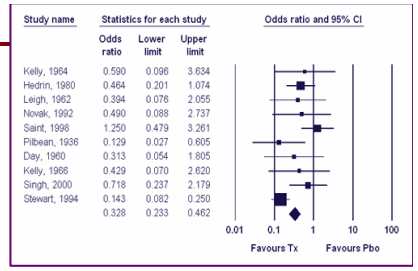
- el sistema GRADE

No de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Directa /Indirecta	Otras consideraciones
Crisis severa de Asma según START (Crisis de asma que requiere ingreso,tto con esteroides sistémicos o muerte. seguimiento: 3 años)					
1	ECA	No limitación	No inconsistencias importantes	Directa	No
Crisis severa de Asma según OPTIMA (Crisis de asma: requiere corticoide sistémico(seguimiento: 1 año)					
1	ECA	No limitaciona	No inconsistencias importantes	Directa	No
Necesidad de corticoides orales (CO) (Porcentaje de pacientes que requieren ciclo de esteroides orales Follow up: 3 años)					
1	ECA	No limitación	No inconsistencias importantes	Directa	No
FEV1 posbroncodilatación (Diferencia en el FEV1 post BD entre ambos grupos)					
2	ECA	No limitación	Inconsistencia [-1]^1	Directa	No
Fracturas cadera					
1^1	Casos y control	No limitación	No inconsistencias importantes	Indirecta (-1)	Dosis respuesta(+1)^2
Osteoporosis					
	ECA	No limitación	No inconsistencias importantes	Indirecta	No

Sistema SIGN: niveles de evidencia

	Niveles de evidencia científica
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Búsqueda, evaluación y **síntesis de la literatura**



- Extraer los datos relevantes de los estudios con riesgo de sesgo bajo o moderado (++ y +),
- Resumir los estudios incluidos en tablas de evidencia.

La tabla de evidencia debería incluir:

- Breve descripción del estudio: datos bibliográficos del estudio, tipo de diseño y número de pacientes.
- Características de pacientes/población y contexto de realización.
- Intervenciones y comparadores.
- Medidas de resultados utilizadas.
- Resumen de los resultados principales.
- Comentario sobre los problemas específicos del estudio.
- Valoración general del estudio (++,+, -).

Ejemplo de tabla de evidencia

Autor Año Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Souza JP et al [11], 2006.	Revisión sistemática que incluye 9 ECAs, con un total de 2.220 mujeres (rango 14-1.067).	Revisión sistemática para evaluar el efecto de la posición materna durante la primera etapa del parto. Principalmente si la posición vertical o la deambulación reduce la duración en esta primera etapa. Se eligieron sólo ECAs que comparaban posición vertical o deambulación (sentado, de pie, de rodillas, y en cuclillas) vs cualquier otra posición. Se valoró: inducción del parto, tipo de parto, uso de analgesia, condición neonatal y condición materna en el momento del nacimiento comodidad y satisfacción.	Los autores realizan un metanálisis con los ECAs obtenidos sobre distintas medidas de resultados. Duración de la primera etapa (7 estudios) (2.166 mujeres). Alta heterogeneidad aleatoria a favor del grupo que deambula [-0,83 IC 95% (-1,60 a -0,06)]. Tipo de parto: (8 estudios), tasa de cesárea de 5,5% grupo deambulación y 5,6% para grupo control. [OR (fija) 0,98, IC 95% (0,67-1,43)]. Uso de analgesia: (6 estudios), sólo un estudio presentaba resultado estadísticamente significativo a favor del grupo que deambulaba. El uso de analgesia fue alta (69,0%). [OR (al azar) 0,69, IC 95% (0,37-1,30)]. Confort maternal: (3 estudios), diferentes medidas en los estudios no pueden ser agrupados los datos: 1er estudio, no diferencias entre los dos grupos. 2º estudio valoración de la experiencia más positiva en grupo de deambulación. 3er estudio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Inducción del parto: (4 estudios), no hay resultados estadísticamente significativos, pero todos los estudios informaron que podría ser un efecto protector. [OR (fija) 0,81, IC 95% (0,65-1,01)]. Apgar a los 5 minutos: (6 estudios). Sólo un estudio obtuvo una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de deambulación, [0,11, IC 95% (0,07-0,28)].	La posición vertical o deambulación en la primera etapa del parto es segura. Teniendo en cuenta la evidencia disponible y su coherencia, no se recomienda como una intervención eficaz para reducir la duración de la primera etapa del parto. Son necesarios nuevos estudios bien diseñados para explicar aún más la eficacia de la posición materna sobre la duración del trabajo de parto y de otros resultados.	1-

Delimitación del alcance y objetivos
Creación del grupo elaborador
Elaboración de preguntas
Búsqueda bibliográfica
1.Metaanálisis/rRS
2.RCT
3.Cohortes/Casos control
4.Otras GPC y recomendaciones
Evaluación de la evidencia
Clasificación de su calidad
Formulación recomendaciones
Revisión Externa
Recomendaciones finales
Edición de la GPC

5. Formulación de recomendaciones

GRADE

El grado o fuerza de la recomendación depende
de la calidad de la evidencia y
del juicio ponderado por el equipo elaborador.

5. Formulación de recomendaciones

El sistema SIGN:

Establece de forma explícita el proceso "**Evaluación formal" o "Juicio razonado":**

Parte de la utilización de las tablas de evidencia.

y valora los siguientes aspectos clave:

- Cantidad, calidad y consistencia de la evidencia científica
- Generalización de los resultados
- Aplicabilidad
- Impacto clínico

Formulación de recomendaciones:

Evolución de los sistemas

Además del diseño de los estudios,

el sistema GRADE incluye:

- la calidad de la evidencia
- el balance entre beneficios y riesgos
- los valores y preferencias de pacientes
- los costes.

El GEG se plantea hasta qué punto se puede confiar en que llevar a cabo una recomendación conlleva más beneficios que daños

Ejemplo

3.5.4. Movilización y adopción de diferentes posiciones

Preguntas para responder

- ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

En la actualidad, la mayoría de las mujeres en España permanecen acostadas desde su ingreso en el hospital. La monitorización electrónica fetal sistemática, las infusiones intravenosas, la utilización generalizada de la analgesia neuroaxial y las rutinas asistenciales han limitado las posibilidades de las mujeres de deambular durante la dilatación o adoptar posiciones diferentes al decúbito. Sin embargo, se ha sugerido que las posiciones verticales y la deambulación podrían acortar la duración de la primera fase del parto y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de la mujer y su sensación de protagonismo y control.

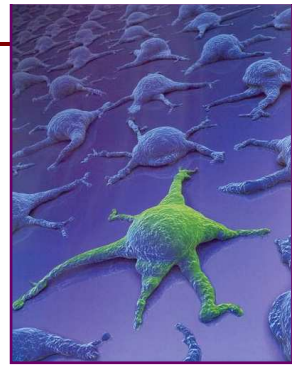
Resumen de la evidencia

Entre las mujeres (con y sin analgesia epidural) que adoptan diferentes posiciones durante la primera etapa del parto, no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales (30-35).	3 ECAs y 2 RS de ECAs 1+
La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera etapa de parto y en el confort materno es inconsistente y no concluyente (30;33;35).	3 ECAs y RS de ECAs 1+

Recomendación

A	Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Recomendaciones de investigación futura



Se identifican lagunas en el conocimiento, ya sea por falta de estudios o porque la calidad de la evidencia es baja.

Se recomiendan, en un capítulo aparte de la guía, las líneas para futuras investigaciones

6. Revisión externa.

El texto se revisa externamente por un grupo de profesionales con experiencia y prestigio.

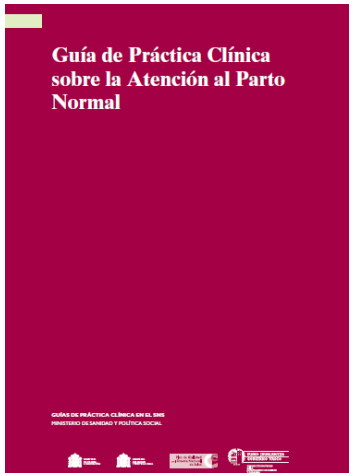
La versión final del texto de la guía se revisa y aprueba por el grupo elaborador.

Se contacta con las Sociedades Científicas implicadas

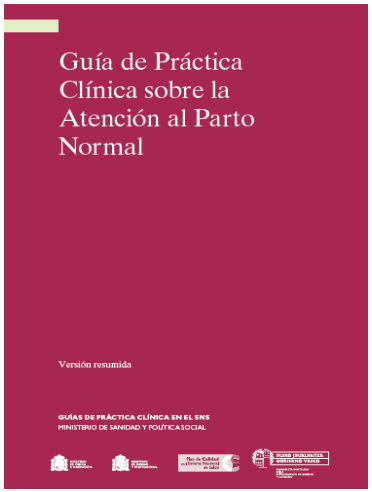
7. Edición de la guía

- Versión completa, disponible en formato electrónico
- Versión resumida, en formato papel y electrónico.
- Ambas disponibles en HTML en http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns
- El material metodológico correspondiente a la revisión sistemática está disponible en http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns
- Versión dirigida a pacientes y/o familiares
- La actualización de la guía está prevista cada cinco años sin que se descarte una actualización de su versión electrónica más frecuente.

Guía completa:



Guía resumida



Versión de la guía para mujeres, futuros padres y acompañantes.

Osteba

Mila esker!

Osteba