

Este PDF corresponde a la **VERSIÓN COMPLETA** de la

# Guía de práctica clínica sobre...

(•)

Poner el nombre de la condición que  
aborda la guía.  
Ejemplo: GPC Diabetes 2.

# Guía de práctica clínica sobre...

## Guías de práctica clínica en el SNS

- **Siglas Agencia o Fundación.  
Núm. 2006/nn**

•

Se debe incluir las siglas de la agencia o fundación y el año de publicación de la guía junto al número de la guía.

Por ejemplo:

I + CS

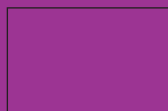
2006/01

Esto indica que la agencia que ha realizado la guía es el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el año de publicación es el 2006 y que es la primera guía que hace

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



Plan de **Calidad**  
para el Sistema Nacional  
de Salud



Logo identificador  
Agencia/Unidad/Entidad  
productora

# Guía de práctica clínica sobre...

## Guías de práctica clínica en el SNS

- (•) **Siglas Agencia o Fundación.**  
**Núm. 2006/nn**

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

(1)



(2)



Pág. 1. Reproduce la portada de la GPC

(•)

Se debe incluir las siglas de la agencia o fundación y el año de publicación de la guía junto al número de la guía.

Por ejemplo:

I + CS

2006/01

Esto indica que la agencia que ha realizado la guía es el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el año de publicación es el 2006 y que es la primera guía que hace

(1)

En el margen inferior de 12 mm se incluyen los siguientes logotipos de izquierda a derecha y de igual tamaño: MSC - PLAN DE CALIDAD - AGENCIA/UNIDAD/ENTIDAD PRODUCTORA

(2)

Colocar en este espacio el logo de la Agencia/Unidad/Entidad responsable de la elaboración de la GPC

(●)

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

(●)

Edición: nº/Mes/Año  
© : Entidades autoras de la GPC  
Edita: entidad/es C/ nº CP Ciudad  
NIPO  
ISBN:  
Depósito Legal:  
Imprime:

Pág. 2. En esta página se debe presentar la ficha catalográfica de la GPC y una nota aclaratoria sobre la GPC

(●)

La GPC deberá incluir una nota sobre que no son de obligado cumplimiento. Se propone el siguiente texto para nota.

(●)

En la ficha catalográfica deberá aportar esta información:

NOTA: PARA EL ISBN SE NECESITA Nº DE EJEMPLARES Y AUTORES

La Página 3 deberá aportar información sobre el marco en el que se realiza la GPC, así como la forma de citarla.

(1)

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agencia (poner el nombre de la Agencia/Unidad o Entidad elaboradora), en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

(1)

En el centro de la página y en el margen derecho se debe incluir este texto que hace referencia al convenio y la financiación de la GPC.

(2)

Ejemplo: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica clínica sobre Diabetes. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes II. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2006. Guía de Práctica Clínica: OSTEBA N° 2006/14

(2)

En la parte inferior izquierda de la página se debe incluir cómo citar la GPC. Para citar la guía se deberá aportar la siguiente información:

Autores (Apellidos, Nombre) separados por una coma. Título del informe. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia o Fundación productora del Informe; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: siglas Agencia o Fundación N° 2006/nn.

Proponemos para la autoría en lugar de los nombres de los miembros del equipo elaborador se utilice un nombre genérico del grupo.

Se aporta el siguiente ejemplo sobre la GPC de diabetes.

(3)



(3)

Colocar en este espacio el logo de la Agencia/Unidad/Entidad responsable de la elaboración de la GPC

Pág. 4 en blanco o continuación de la anterior en caso de ser necesario.

# Índice

## Presentación oficial

### Autoría y Colaboraciones

Preguntas para responder

Resumen de las recomendaciones

- 1.- Introducción
  - 2.- Alcance y objetivos
  - 3.- Metodología
  - 4.- Capítulo clínico A (●)
    - 4.1
    - 4.2
    - 4.3.....
  - 5.- Capítulo clínico B
    - 5.1
    - 5.2
    - 5.3.....
  - 6.- Capítulo clínico C
    - 6.1
    - 6.2
    - 6.3.....
  - 7.- ...ETC...
- N.º Estrategias diagnósticas y terapéuticas (●) (●)
- N.º Difusión e implementación.
- N.º Recomendaciones de investigación futura

## ANEXOS (●) (●) (●)

- Tabla con los Niveles de evidencia y grados de recomendaciones
- Figuras, Tablas, y Herramientas para pruebas diagnósticas, tratamientos, etc (por ejemplo: instrucciones para pruebas diagnósticas, tablas de fármacos, etc)
- Información para pacientes
- Glosarios
- Abreviaturas
- Declaración de interés.
- Otros (específico de cada GPC)

## Bibliografía

Pág. 5. En esta página se incluye el índice de la guía.

El índice deberá incluir los siguientes apartados o capítulos tal y como se presenta en el ejemplo

Los siguientes capítulos son comunes a todas las guías:  
Introducción,  
Alcance y objetivos,  
Metodología,  
Capítulos clínicos  
Difusión e Implementación,  
Recomendaciones para la investigación

(●)

En los capítulos clínicos es donde se responde a las preguntas, se describe la evidencia y se presentan las recomendaciones de la guía. En el contenido pueden figurar: manejo diagnóstico, factores de riesgo, historia natural, pronóstico, tratamiento... pudiendo variar en número y denominación en función de los aspectos que aborde la GPC.

(●) (●)

A partir del capítulo estrategia diagnóstica y terapéutica la numeración de los apartados dependerá del número de capítulos clínicos que incluya la guía.

(●) (●) (●)

Los anexos deberán aparecer en función de su contribución en el siguiente orden:

Pág 6 en blanco (o continuación de la anterior en caso de necesitarse)

# Presentación Oficial

Página 7. En esta página se incluye la presentación oficial. La presentación es la misma para todas las GPC.

A partir aquí la numeración de las páginas dependerá de la extensión de los diversos apartados, pero siempre deben comenzar en página impar.

# Autoría y Colaboraciones

## **Grupo de trabajo de la GPC sobre... (1) (2)**

Nombres y Apellidos, profesión y especialidad, Lugar de trabajo (Ciudad, Pueblo)

## **Coordinación**

Nombres y Apellidos, profesión y especialidad, Lugar de trabajo (Ciudad, Pueblo)

## **Colaboración (3)**

Nombres y Apellidos, profesión y especialidad, Lugar de trabajo (Ciudad, Pueblo)

## **Colaboración experta**

Nombres y Apellidos, profesión y especialidad, Lugar de trabajo (Ciudad, Pueblo)

## **Revisión externa**

Nombres y Apellidos, profesión y especialidad, Lugar de trabajo (Ciudad, Pueblo)

## **Agradecimientos**

### **(●) Sociedades Colaboradoras**

**Declaración de interés:** Todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la colaboración experta y en la revisión externa, han realizado la declaración de interés que se presenta en el Anexo....

(1)

Poner nombre de la condición que aborda la Guía.

(2)

El Grupo de trabajo es el que tiene calidad de autor de la GPC. Las personas que aparezcan como miembro de grupo de trabajo y por tanto como autores, es porque han tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido. El reconocimiento de la autoría, de cada miembro del grupo, debe basarse en las contribuciones sustanciales, en cuanto a la concepción, análisis, redacción y visto bueno de la versión a publicar de la GPC.

(3)

En Colaboración podrán ir los documentalistas, así como otras personas que han contribuido parcialmente en la elaboración de la GPC.

(●)

Las Sociedades Científicas pueden aparecer en la GPC citadas de dos formas:

1- Esta GPC cuenta con el respaldo de las ..... (poner nombres de las sociedades). NOTA: En este caso hay que solicitar de manera formal el respaldo de dichas sociedades

2- Poner los nombres de las Sociedades y luego el siguiente texto: Miembros de estas sociedades han participado en la autoría, colaboración experta y revisión externa de la GPC.

# Preguntas para responder

1. ¿Cuál es la validez de la clínica para el diagnóstico de lumbalgia aguda inespecífica o para descartar patología orgánica mayor?
2. ¿Cuál es la validez diagnóstica de la radiografía (Rx) de columna lumbar para el diagnóstico de lumbalgia inespecífica o para descartar patología orgánica mayor?
3. ¿La realización de una radiografía disminuye la utilización de servicios, clínica y discapacidad en las personas con lumbalgia?
4. ¿Cuál es la validez diagnóstica de pruebas de imagen como la TAC/RNM para el diagnóstico de lumbalgia inespecífica?
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer una lumbalgia?
6. ¿Cuál es la historia natural de la lumbalgia aguda inespecífica?
7. ¿Se puede predecir la evolución a lumbalgia crónica en las personas con un episodio de dolor lumbar agudo?
8. ¿La información dirigida a pacientes es eficaz en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica?
9. ¿Es eficaz el mantener la actividad en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica?
10. ¿Permanecer en la cama es eficaz en el manejo de la lumbalgia inespecífica?
11. ¿Hacer ejercicio es eficaz en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica?
12. ¿Son el paracetamol y los analgésicos eficaces en el tratamiento de la lumbalgia?
13. ¿Son los AINE eficaces en el tratamiento de la lumbalgia? ¿Pautados o a demanda?
14. ¿Son los opiáceos eficaces en el tratamiento de la lumbalgia?

---

CITA: Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de goicoeche Fuentes A.J., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de rozas Aparicio R. Lumbalgia. Guía de Práctica Clínica. Proyecto de investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 2004, Informe nº Osteba. (pág. 11)

En este apartado se presenta el listado de preguntas de la GPC

Se presenta como ejemplo un extracto del apartado de las preguntas de la GPC sobre lumbalgia.

# Resumen de las recomendaciones

Ejemplo:

A	Se recomienda la anamnesis para el cribado de cáncer como causante de dolor lumbar. En caso de resultado positivo, es preciso confirmar el diagnóstico.
D	Se recomienda la anamnesis como método de cribado de infección, enfermedad inflamatoria, aneurisma de aorta, síndrome de cauda equina y fractura, como origen de la lumbalgia. En caso de resultado positivo, es preciso confirmar el diagnóstico.
D	En pacientes con dolor lumbar irradiado o síntomas neurológicos, es adecuado realizar una exploración neurológica que incluya “el test de Lasègue”, la valoración de la sensibilidad, fuerza y reflejos. La existencia de paresia confirma prácticamente la existencia de hernia discal.
✓	No se aconseja realizar de manera rutinaria la palpación y exploración de la movilidad lumbar debido a su baja fiabilidad.
✓	Se recomienda la realización de una exploración visual de la zona afectada con el fin de descartar un herpes zoster.
✓	Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad > 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.

CITA: Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de goicoeche Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de rozas Aparicio R. Lumbalgia. Guía de Práctica Clínica. Proyecto de investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 2004, Informe nº Osteba. (pág. 13)

En este apartado se presenta el listado con las recomendaciones de la GPC

Se presenta como ejemplo un extracto del apartado de la guía de lumbalgia. Tal como puede observarse todas las recomendaciones tienen que ir graduadas con su letra correspondiente.

El resumen de las recomendaciones irá en un recuadro con línea burdeos de portada de 0,5 puntos de grosor con fondo blanco.

# 1. Introducción

En este apartado se debe presentar la Introducción de la GPC

En la Introducción se tiene que describir los siguientes aspectos:

Antecedentes del tema que aborda y necesidades de la GPC.

Se deberá ofrecer información sobre prevalencia, variabilidad en la práctica clínica, repercusiones sanitarias, etc.

En el caso que para la condición clínica o tema que aborda la GPC exista un Plan Estratégico del MSC, se deberá hacer referencia al mismo.

Los datos que se aporten tienen que ser de ámbito estatal, ya que las GPC son para el SNS aunque su ámbito de elaboración sea autonómico.

## 2. Alcance y Objetivos

La elaboración de una GPC se justifica, en primer lugar, por la elevada frecuencia de la rectorragia en la población general, junto con el consumo de recursos que puede suponer su abordaje inicial. Ello hace que el impacto potencial de una GPC en el manejo de la rectorragia sea importante. Por otro lado, un mismo paciente con rectorragia puede ser diagnosticado y tratado de distinta forma (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, criterios de derivación al especialista de digestivo...) dependiendo del centro o del médico al que haya acudido. Todo ello puede producir distintos resultados clínicos, un consumo de recursos desigual y cierto desconcierto en los pacientes que consulten a distintos profesionales para obtener una segunda opinión.

Una GPC para el manejo de la rectorragia basada en la mejor evidencia disponible tiene la ventaja de beneficiar tanto a médicos como a pacientes. A los médicos porque les orienta en el manejo óptimo de esta condición, y también en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles, y a los pacientes, porque se benefician de una atención homogénea y de calidad contrastada.

Las características de este problema de salud conllevan la necesidad de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales, médicos de AP y médicos especialistas del aparato digestivo y cirujanos, dado que según la gravedad de la rectorragia y las enfermedades que la originan, los pacientes pueden ser tratados y seguidos en su evolución por cualquiera de los profesionales antes citados. La guía pretende homogeneizar los criterios de actuación entre los diferentes profesionales y crear un clima fluido de comunicación y de entendimiento entre ellos.

Esta GPC es sobre un signo y no aborda cada una de las posibles enfermedades causantes de la rectorragia ni sus estrategias específicas de manejo. No obstante, sí aborda el tratamiento de las hemorroides y las fisuras anales, que son las causas más frecuentes asociadas a la rectorragia en la consulta de AP.

---

CITA: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2002. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 2. (pág. 13 y 14).

En este apartado debe presentarse el Alcance y Objetivos de la GPC

El alcance debe describir la condición clínica, ámbito sanitario, población diana específicamente descrita (edad, sexo, comorbilidades, etc), así como especificar lo que no aborda la guía.

Se deben aportar los objetivos de la GPC, los cuales deberán estar redactado de forma clara y concreta para ello se aconseja seguir los criterios del AGREE.

También en este apartado se deberá especificar a quien se dirige la guía (profesionales de las diferentes disciplinas y ámbitos sanitarios, pacientes, personas cuidadoras, etc). Se presenta en el ejemplo un extracto del capítulo 1 de la guía de rectorragia.

Una GPC sobre el manejo del paciente con rectorragia también se justifica por la ausencia de guías sobre el abordaje de este signo, existiendo una gran cantidad de publicaciones y materiales de desigual calidad. La elaboración y posterior actualización de esta GPC de rectorragia nos proporciona el marco para presentar una síntesis de la mejor evidencia disponible y unas recomendaciones adaptadas a nuestro propio entorno.

Finalmente, tanto los pacientes con rectorragia, como los profesionales de la salud, los políticos, los gestores sanitarios, los servicios asistenciales y, en definitiva, la sociedad en general, deberían tener acceso a aquellos instrumentos, como quiere ser esta GPC, que permitan contrastar la calidad asistencial y su eficiencia. Por esta razón también pensamos que existe la necesidad de una GPC basada en la evidencia para el manejo de la rectorragia.

## Objetivos

La finalidad de esta GPC es generar unas recomendaciones acerca del manejo óptimo de la rectorragia en el ámbito de la AP y de la atención especializada (AE) ambulatoria. Su objetivo principal es el optimizar el proceso diagnóstico de la rectorragia, manteniendo un equilibrio razonable a la hora de realizar pruebas diagnósticas invasivas y/o derivaciones al especialista. Este objetivo es especialmente importante cuando se ha de descartar o confirmar un cáncer colorrectal.

Esta GPC se centra en los pacientes adultos (mayores de 18 años) con rectorragia no severa (hemodinámicamente estable). Esta GPC no aborda otros posibles signos de sangrado intestinal: la melena, la hematoquecia, la diarrea sanguinolenta, la sangre oculta en heces, ni el estudio de una anemia ferropénica de probable origen gastrointestinal. Esta GPC tampoco aborda las complicaciones asociadas a la rectorragia.

# 3. Metodología

En este apartado se presenta la metodología de la GPC

## Metodología. Niveles de evidencia y formulación de recomendaciones.

La metodología empleada se recoge en el “Manual de elaboración de GPC” del Ministerio de Sanidad y Consumo (ref).

Los pasos que han seguido son:

- Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales: de atención primaria (medicina, enfermería, farmacia), especialistas en cuidados paliativos adscritos a unidades hospitalarias, oncólogos, de medicina interna, de hospitalización a domicilio y especialistas en metodología. Para incorporar la visión de los familiares, se ha realizado un grupo focal.
- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o resultado.
- Búsqueda bibliográfica en: (Nota: Indicar las diferentes fuentes y bases de datos donde se ha realizado la búsqueda como por ejemplo Cochrane Library, Pubmed...), búsqueda de estudios cualitativos en español. Idiomas: inglés, francés y español. Indicar si en una primera fase se ha realizado una búsqueda preliminar de GPC y de revisiones sistemáticas en las bases de datos mencionadas anteriormente. Se han incluido como fuente secundaria de evidencia tres GPC, para responder a apartados concretos de la guía (comunicación, organización de servicios y tratamiento del dolor), de acuerdo a la metodología propuesta por (guía de asma del País Vasco: Referenciar). En una segunda fase, se ha realizado una búsqueda ampliada de estudios originales (ECA, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas, de pronóstico, reglas de predicción clínica).
- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
- Formulación de recomendaciones basada en la “evaluación formal” o “juicio razonado” de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se ha realizado con el sistema de SIGN (o en GRADE en caso de haberse utilizado). Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso en una/dos reuniones del grupo elaborador.
- Los colaboradores expertos han participado en la formulación de preguntas y en la revisión del primer borrador de la guía. Los

Para describir la metodología de la GPC se ha redactado el texto que aparece en el ejemplo. La idea es que todas las guías que se han elaborado en el marco del convenio presenten en este apartado el mismo texto.

Tal como puede observarse, la descripción de la metodología recoge de forma general los pasos seguidos en el proceso de elaboración de la guía. Además en ella se hace referencia al manual metodológico y se cita el material que contiene toda la información sobre el proceso metodológico (material en el que se detallan las estrategias de búsqueda, las tablas de síntesis, etc y que deberá estar disponible en la WEB de GuíaSalud).

Además de ese texto, en aquellas GPC en las que existan aspectos metodológicos específicos, deberán ser descritos en este apartado.

revisores externos han participado en la revisión del segundo borrador. Se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas implicadas (indicar los nombres de las diferentes Sociedades contactadas), que además están representadas a través de los miembros del grupo elaborador, de los colaboradores expertos y revisores externos.

- En [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es) está disponible el material donde se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (estrategias de búsquedas para cada pregunta clínica, fichas de lectura crítica de los estudios seleccionados, tablas de síntesis de la evidencia y tablas de evaluación formal).

## 4.5.6... Capítulos clínicos

Ejemplo:

### Complicaciones ERGE

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuáles son las complicaciones esofágicas de la ERGE?
- En los pacientes con ERGE, ¿se debería hacer vigilancia mediante endoscopia de cribado para prevenir el esófago de Barrett y el adenocarcinoma de esófago?
- En los pacientes con esófago de Barrett, ¿se debería vigilar mediante la realización de endoscopias de cribado para prevenir el adenocarcinoma de esófago?

Las complicaciones esofágicas de la ERGE son esofagitis, hemorragia, estenosis, esófago de Barrett y adenocarcinoma<sup>2,50</sup>. La esofagitis por reflujo representa la consecuencia más común entre las lesiones del esófago<sup>17</sup> (véanse capítulo 6 y anexo 3). La estenosis, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma son manifestaciones muy poco frecuentes<sup>17</sup>.

La hemorragia en pacientes con ERGE es rara y puede ocurrir en pacientes que presentan úlcera esofágica<sup>17</sup>.

En este capítulo se sintetizan las evidencias disponibles sobre el riesgo de presentar esófago de Barrett y adenocarcinoma y las posibles estrategias de vigilancia. No es objetivo de esta guía revisar las evidencias sobre diagnóstico y tratamiento de estas dos entidades.

### Esófago de Barret

El esófago de Barrett se define por la sustitución parcial de las células del epitelio normal escamoso por células columnares (metaplasia intestinal) en la unión gastroesofágica proximal<sup>17</sup>. Aunque no todos los autores están de acuerdo, en el diagnóstico de esófago de Barrett no sólo se requiere la descripción endoscópica, sino también la confirmación histológica<sup>17</sup>. El término endoscopia con sospecha de metaplasia esofágica (ESME) describe los hallazgos endoscópicos a la espera de una confirmación histológica<sup>17</sup>.

Estudios de prevalencia (2b)

Estudios de etiología (2c)

A partir de aquí se presentan los capítulos clínicos de la GPC

Las preguntas a responder irán en un recuadro con línea burdeos de portada de 0,5 puntos de grosor con fondo blanco.

En los capítulos clínicos es donde se responde a las preguntas clínicas. En ellos se describe la evidencia y se presentan las recomendaciones de la guía (un capítulo puede comprender varias preguntas, p. ej. de pruebas diagnósticas, de tratamiento, etc).

El número y temas de los capítulos clínicos varían en función de los ámbitos que aborde la GPC.

Cada capítulo debe contener:

TÍTULO del Capítulo.

Párrafo/s de introducción en texto

PREGUNTA/S PARA RESPONDER

(Incluir recuadro con el listado de las preguntas que aborda ese capítulo)

SUBTÍTULOS (puede incluir una o varias preguntas)

Para cada pregunta describir y comentar la evidencia.

Los tipos de estudio no deberán sobrepasar la caja de texto respetando los mismos márgenes que el resto.

En el ejemplo se presenta un extracto de un capítulo de la GPC de ERGE, que debe servir para ilustrar como deberá ser el formato de los capítulos clínicos y que puede servir de modelo para presentar la descripción de la evidencia.

Los síntomas de reflujo son un factor de riesgo para el esófago de Barrett, aunque las personas diagnosticadas no siempre tienen antecedentes de reflujo y sólo una minoría de pacientes con ERGE llegarán a desarrollar esófago de Barrett<sup>51</sup>. El esófago de Barrett está aumentando<sup>52</sup> y es más frecuente en las personas mayores, con una edad promedio de presentación de 63 años<sup>50</sup>. Los resultados de una revisión sistemática hallan una ratio varón/mujer de 1,96/1<sup>53</sup>. Los estudios observacionales identifican también como factores de riesgo la raza blanca y el nivel socioeconómico alto<sup>54</sup>. (1)

Estudios de etiología (2c)

Estudios de etiología (2a)

### (●) Resumen de evidencia (2)

2++	En estudios observacionales la lactancia materna se ha asociado con menores tasas de asma y episodios de sibilancias recurrentes en lactantes (58,60,61).
2+	El efecto protector de la lactancia no se mantiene en niños mayores (niños de 9-13 años) que habían recibido lactancia materna al menos durante 4 meses (59, 61, 62).

### Recomendaciones (2)

B	La lactancia materna debe aconsejarse a las mujeres por sus beneficios generales sobre la salud infantil, incluida la disminución en el desarrollo de sibilancias en el lactante. El efecto sobre el niño mayor es más controvertido.
B	Las madres asmáticas deben recibir el mismo consejo que las mujeres en general en cuanto a la lactancia materna.

(1) CITA: Grupo de trabajo de la guía práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 1. (pág. 62).

(2) CITA: Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2005, p. 40.

El Resumen de evidencias y las recomendaciones se pondrán dentro de un recuadro con línea burdeada de portada de 0,5 puntos de grosor con fondo blanco tal y como ilustra el dibujo.

(●)

Para ilustrar el formato de presentación de resumen de evidencia y de las recomendaciones se presenta un extracto del capítulo 4 de la GPC de Asma.

# (•) N.º Estrategias diagnósticas y terapéuticas

## 8.1. Diagnóstico y tratamiento inicial (algoritmo 1)

- (1.1) En todo paciente que consulta por síntomas de reflujo se ha de descartar la presencia de signos y síntomas de alarma: disfagia, persistente y/o progresiva, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o tumoración epigástrica. A todo paciente con síntomas de reflujo acompañado de signos y síntomas de alarma se les debe realizar una endoscopia.
- (1.2) Cuando el resultado de la endoscopia es negativo se debe iniciar un tratamiento con dosis estándar de IBP durante 4 semanas y seguir las mismas indicaciones derivadas del punto 1.5. El tratamiento a seguir en los diferentes grados de esofagitis se muestra en el algoritmo 2. En los pacientes con síntomas de alarma y con otros hallazgos endoscópicos diferentes a la esofagitis debe actuarse en función del resultado.
- (1.3) La ERGE tiene diversas formas de presentación. La pirosis y la regurgitación son los síntomas característicos y más frecuentes de ERGE y definen el síndrome de reflujo típico. En AP muchas personas consultan por molestias características de ERGE (pirosis y regurgitación) leves por su baja frecuencia y/o intensidad. La ERGE puede ocasionar episodios de dolor torácico no cardíaco por reflujo que puede asociarse a pirosis y/o regurgitación. La ERGE también puede presentarse con un síndrome clínico que sugiera una enfermedad extraesofágica y en este caso se seguirá el algoritmo 3.

---

CITA: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 1. (pág. 62).

En este apartado se presenta las estrategias diagnósticas y terapéuticas de la GPC

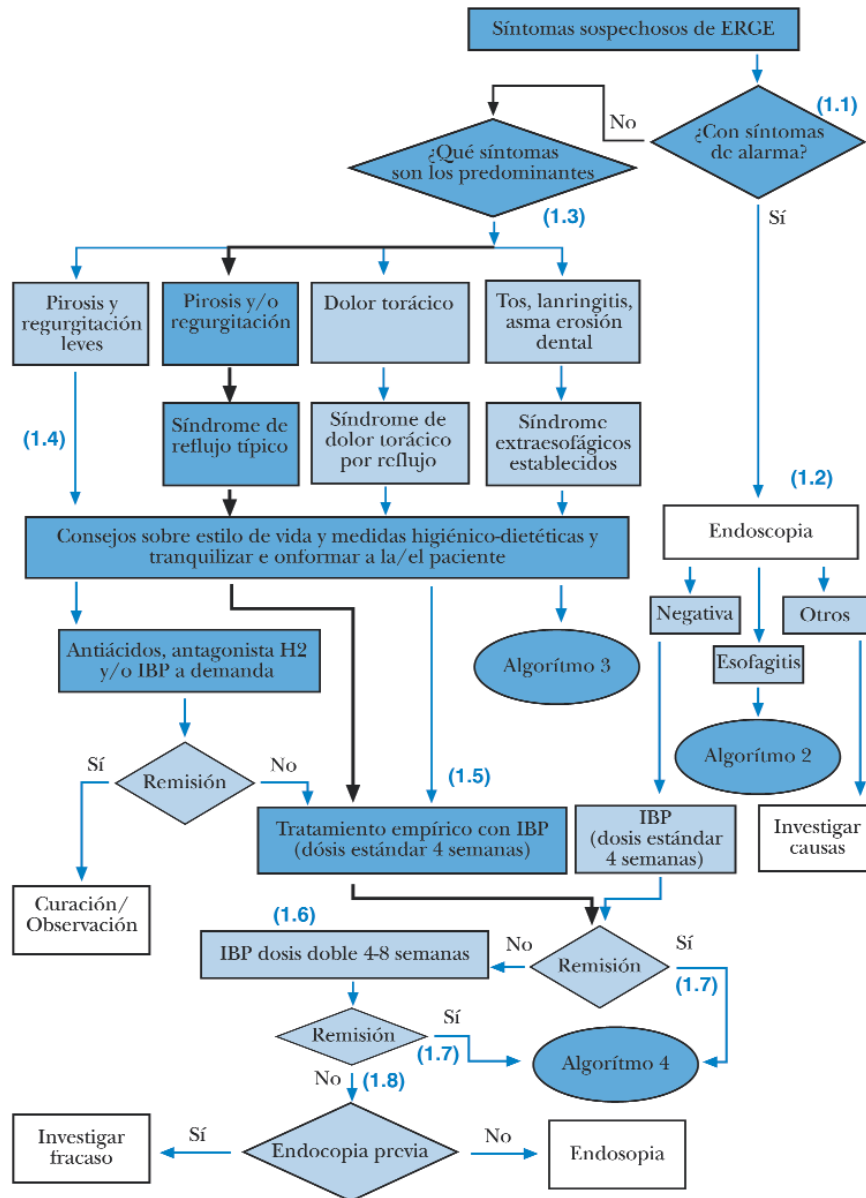
(•)

Este número variará en función del número de capítulos clínicos que incluya la guía.

El apartado "Estrategias diagnósticas y terapéuticas" consta de dos partes: la primera presenta un resumen con información que amplía y ayuda a seguir los algoritmos. En la segunda parte se incluyen los algoritmos de actuación.

Para ilustrar como debe ser el enfoque del contenido, y el formato para presentar este apartado se incluye como ejemplo un extracto del capítulo Estrategias diagnósticas y terapéuticas de la GPC sobre ERGE.

## Algoritmo 1. Diagnóstico y tratamiento inicial de la ERGE.



— A través de este trazo pasarán la mayoría de los pacientes atendidos en Atención Primaria

(•) (•)

## N.º Difusión e implementación (•)

Las guías de práctica clínica son útiles para mejorar la asistencia y los resultados en los pacientes. El gran reto en la actualidad es conseguir la adherencia de los profesionales. Para ello es fundamental una estrategia de implementación dirigida a vencer las barreras existentes en el medio en el que se va a aplicar (15,211,212).

El plan para implantar la guía de asma en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud incluye las siguientes intervenciones.

### Estrategia de difusión e implementación

- Presentación de la guía por parte de las autoridades sanitarias a los medios de comunicación
- Envío postal individual a cada profesional usuario potencial de la GPC (médicos, pediatras y enfermeras de atención primaria, neumólogos, alergólogos y médicos de urgencias). Se envía además un formato reducido de la guía y anexos con los algoritmos más importantes
- Distribución de material educativo para entregar a los pacientes
- Presentación de la guía a las direcciones y a consejos técnicos de las organizaciones de servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
- Presentación interactiva de la guía en los centros de salud por parte de líderes locales de opinión
- Difusión de la guía en formato electrónico en las páginas web de Osakidetza y de las sociedades implicadas en el proyecto
- Realización de talleres sobre manejo del paciente asmático, educación, utilización de inhaladores, espirometría y organización de la consulta para médicos y enfermeras
- Presentación de la guía en actividades científicas (jornadas, congresos, reuniones)
- Publicación de la guía en revistas médicas
- Establecimiento de criterios de buena atención al paciente asmático en los contratos programa y contratos de gestión clínica
- Establecimiento de sistemas de apoyo a la decisión clínica, integrando la guía y los indicadores seleccionados en el programa informático utilizado en atención primaria

CITA: Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2005, p. 86-88.

En este apartado se presenta la Difusión e implementación de la GPC.

(•) (•)

Este número variará en función del número de capítulos clínicos que incluya la guía.

(•)

Para ilustrar como debe de ser el enfoque y contenido de este apartado se incluye como ejemplo el capítulo 10 de la GPC de Asma.

En el apartado Difusión e implementación se deben presentar estrategias concretas que permitan la difusión e implementación de los GPC entre los diferentes actores implicados.

Proponer indicadores para las recomendaciones que se consideren relevantes, por la importancia, por ser medibles, etc.. (pueden ir en el anexo o en este capítulo)

También identificar posibles repercusiones en recursos, coste, aspectos organizativos, etc de las recomendaciones que se consideren relevantes.

## Propuesta de indicadores

Los autores de esta GPC han diseñado unos indicadores con la finalidad de evaluar tanto la atención sanitaria al paciente asmático como el posible impacto de la implementación de la guía. No ha sido el propósito de los autores el diseñar una evaluación exhaustiva y detallada que implique la utilización de todos los indicadores propuestos. Se pretende proporcionar una herramienta a los clínicos y gestores interesados, que pueda ser útil en el diseño específico de la evaluación de la atención al paciente asmático.

La propuesta de indicadores irá en un recuadro con línea burdeos de portada de 0,5 puntos de grosor con fondo blanco.

<b>Criterio de buena atención</b>	<b>Indicadores</b>
1. Valoración del nivel de gravedad. (periodicidad anual)	N.º de asmáticos clasificados según nivel de gravedad / N.º total de asmáticos del cupo
2. Realización espirometría + PBD en el diagnóstico de asma.	N.º de asmáticos con espirometría + PBD realizada / N.º total de asmáticos
3. Realización de espirometría + PBD de control en asmáticos persistentes (periodicidad anual)	N.º de asmáticos persistentes con espirometría + PBD de control realizada / N.º total de asmáticos persistentes
4. Registro del mejor FEM en la historia clínica (periodicidad anual)	N.º de asmáticos con registro del mejor FEM / N.º total de asmáticos
5. Información sobre medidas de evitación y desencadenantes	N.º de asmáticos que han recibido información sobre medidas de evitación y desencadenantes / N.º total de asmáticos
6. Revisión de la técnica de inhalación (periodicidad anual)	N.º de asmáticos en los que se realiza la revisión de la técnica de inhaladores / N.º total de asmáticos
7. Tratamiento de asmáticos persistentes con GCI	N.º de asmáticos persistentes en tratamiento con GCI / N.º total de asmáticos persistentes
8. Información de autocontrol con plan de acción ante empeoramientos del asma	N.º de asmáticos con un plan de acción ante empeoramientos / N.º total de asmáticos

(•)

# N.º Recomendaciones de investigación futura

En este apartado se presenta las Recomendaciones de investigación futura identificadas en el proceso de elaboración de la GPC.

(•)

Este número variará en dependencia de los capítulos a incluir en la GPC.

En este apartado se deberán incluir las propuestas de investigación, surgidas a partir de las lagunas identificadas en el proceso de realización de la guía, que el grupo elaborador considere que pueden ser relevantes para profesionales y pacientes.

Es deseable que las propuestas de investigación se planteen con un cierto grado de concreción para que sean útiles y comprensibles para un futuro proyecto de investigación. Si la evidencia sobre un tema en general es escasa, la propuesta puede ser genérica. Por el contrario, cuando un tema ha sido estudiado en profundidad, pero existen lagunas, la propuesta de investigación puede llegar a concretarse más, por ejemplo especificando una determinada subpoblación o un periodo de seguimiento.

El formato para las propuestas de investigación, debería concretar, en la medida de lo posible, los principales aspectos del formato PICO (sugerir la población, las potenciales intervenciones y comparaciones así como los resultados de interés) Idealmente, y si la pregunta de investigación lo requiere, se debería especificar el diseño del estudio así como el tiempo de seguimiento.

Un ejemplo de recomendación de investigación concreta sería:

Ensayos clínicos en atención primaria que, en pacientes con antecedentes de ictus o accidente isquémico transitorio (edad media 75 años, ratio hombre-mujer 1:1, tiempo desde el evento cerebrovascular de al menos un año), evalúen la eficacia del tratamiento intensivo de la tensión arterial (vs. placebo o no tratamiento) para la reducción de eventos vasculares graves (ictus, infarto de miocardio, muerte cardiovascular), los efectos adversos, y el riesgo de abandonar la medicación por efectos adversos.

Un ejemplo más genérico:

Estudiar las potenciales diferencias en los valores y preferencias entre médicos y pacientes sobre los riesgos y beneficios del tratamiento anticoagulante oral.

# Anexos

En este apartado se presentan los Anexos de la GPC.

En este apartado se deberán presentar los anexos de la GPC. Proponemos el siguiente orden y contenido:

Tabla con los Niveles de evidencia y grados de recomendaciones  
Figuras, Tablas, y Herramientas para pruebas diagnósticas, tratamientos, etc (por ejemplo: instrucciones para pruebas diagnósticas, tablas de fármacos, etc)

Información para pacientes (La información para pacientes debe presentarse de manera que pueda fotocopiarse/imprimirse de forma independiente).

Glosarios

Abreviaturas

Declaración de interés.

(otros anexos específicos a cada GPC. Después del anexo con la Declaración de interés, se pueden incluir otros anexos no contemplados en el listado que se propone pero que el grupo elaborador de la GPC consideré que es importante incluir)

## Anexo 1: Tabla Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

El primer anexo deberá ser el de la tabla de niveles de evidencia y grados de recomendaciones.

### Niveles de evidencia

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

### Grados de recomendación

- A Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
- B Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
- C Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
- D Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia 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 posibilidad de sesgo.*

### Buena práctica clínica

- √<sup>1</sup> Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

*1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, no existe probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general estos casos son sobre algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.*

# Bibliografía

1. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(16): 606-12.
2. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hepatitis crónica. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 31-40.
3. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357): 184.
4. Sartori CA, Dal Pozzo A, Balduino M, Franzato B. Exérèse laparoscopique de l'angle colique gauche. *J Chir (Paris)*. 2004; 141: 94-105.
5. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clará P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Rosselló MA et al. Comité Ejecutivo de la GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). *Arch Bronconeumol*. 2003; 39 Supl 5: 1-42.
6. Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.
7. Rivas Otero B de, Solano Cebrián MC, López Cubero L. Fiebre de origen desconocido y disección aórtica [carta]. *Rev Clin Esp*. 2003;203;507-8.
8. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars MEDICA; 2004.
9. Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador. *Manual de Diagnóstico Médico*. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.
10. Segundo Congreso Nacional de la Asociación Española de Vacunología. Las Palmas de Gran Canaria; 13-15 de Noviembre 2003. Madrid: Asociación Española de Vacunología; 2003.
11. Castro Beiras A, Escudero Pereira J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". En: Libro de Ponencias: V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Bilbao; Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; 2000.p. 12-22.
12. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie de Informes Técnicos: 841.

En este apartado se presenta la Bibliografía de la GPC.

La bibliografía se deberá presentar con la versión última del estilo Vancouver.

13. Muñiz Garcia J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego [tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, Universidade de Santiago; 1996.
14. Carrasco D. Avalado el plazo de cinco años para destruir parte de la HC. Diario Médico. Viernes 23 de julio de 2004; Normativa: 8.
15. Borrel F. La entrevista clínica. Escuchar y preguntar. [video] Barcelona: Doyma; 1997.
16. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.
17. Best CH. Bases fisiológicas de la práctica médica [CD-ROM]. 13ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
18. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]\* 2003 septiembre-diciembre. [acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>



P.V.P.: 6 €



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

[www.msc.es](http://www.msc.es)