



Reincorporación al trabajo tras una incapacidad temporal por trastornos músculo-esqueléticos: Revisión sistemática de guías de buenas prácticas

TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER 2012-2013

Directores del Proyecto:

**Josep María Gil Alcamí, Unión de Mutuas (Corporación Mutua)
Sergio Vargas-Prada, CISA1-UPF**

Tutora del Proyecto:

Consol Serra, CISA1-UPF y Parc de Salut Mar

Autora:

Meritxell Corral Luque, CISA1-UPF



ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	3
MÉTODOS.....	6
Estrategia de búsqueda.....	6
Instrumento utilizado.....	8
Selección de los evaluadores.....	9
Proceso de evaluación.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	15
AGRADECIMIENTOS.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	22
Figura 1: Marco conceptual de la incapacidad temporal.....	26
Figura 2: Diagrama de flujo para la selección de guías.....	26
Tabla 1: Documentos excluidos en la primera selección.....	27
Tabla 2: Guías excluidas en la segunda selección	29
Figura 3: Medianas de puntuación para cada ítem de las 3 guías específicas de RAT pero no específicas para TME.....	30
Figura 4: Medianas de puntuación para cada ítem de las 3 guías específicas de RAT y específicas para TME.....	32
Figura 5: Puntuación estandarizada por dominio para cada una de las 6 guías evaluadas.....	34
Tabla 3: Valoración general cualitativa de las 6 guías evaluadas.....	35
Anexo 1: Método AGREE.....	36
Anexo 2: Resultado de las evaluaciones y cálculos.....	76

RESUMEN

Objetivo: identificar las guías de retorno al trabajo (GRAT) después de un proceso de Incapacidad temporal (IT) por trastorno músculo esquelético (TME) para evaluar su calidad metodológica.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática de guías específicas de retorno al trabajo en inglés, castellano y catalán cuyo contenido tenía en forma total o parcial información sobre TME. 6 guías fueron identificadas (3 específicas sobre TME) las cuales fueron evaluadas por 7 expertos utilizando el método validado AGREE. Para cada dominio de cada una de las guías se calcularon las puntuaciones estandarizadas y para cada ítem las medianas de puntajes de los evaluadores. Además, cada evaluador hizo un juicio cualitativo de la calidad de la guía.

Resultados: De las 6 guías seleccionadas para su valoración cualitativa y cuantitativa, sólo dos: Official disability guidelines (ODG) y Work related Musculoskeletal disorders Guide & Tools for modified work (WRGT), podrían utilizarse sin modificaciones. El resto de guías deben ser revisadas y modificadas antes de utilizarse sistemáticamente. En general, todas las guías definen bien sus objetivos y a quien van dirigidas, además, las opciones de manejo de retorno al trabajo se presentan en forma clara y precisa. Sin embargo, todas excepto una (ODG) tienen limitaciones en los criterios para seleccionar la evidencia científica y ni se comentan potenciales conflictos de interés.

Conclusiones: Solo dos guías identificadas serían recomendables su uso sin modificaciones. Si nuestro objetivo es proponer la utilización de una guía en nuestro entorno es necesario complementar la evaluación de la calidad metodológica de estas dos GRAT, con una evaluación basada en la evidencia de la calidad de las recomendaciones incluidas en ellas.

Palabras clave: guías, trastorno músculo esquelético, retorno al trabajo, incapacidad temporal.

INTRODUCCION

La Ley General de la Seguridad Social define la Incapacidad Temporal (IT) como la situación en la que un trabajador, por causa de enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social, con una duración máxima de 12 meses prorrogables por otros seis, cuando se presuma que durante ellos pueda ser dado de alta médica por curación o mejoría (1) (2).

La IT es resultado de la interacción entre la salud y el trabajo (Figura 1) y trae como resultado que el trabajador no pueda realizar de forma temporal las tareas que desempeñaba antes de la enfermedad o la lesión. La IT es consecuencia del desequilibrio entre la capacidad de la persona para realizar su trabajo y las demandas del mismo, independientemente que se origine una enfermedad/lesión de etiología laboral (IT contingencia profesional) o no (IT contingencia común). La duración del episodio de IT es consecuencia de la acción de algunos factores pronóstico que pueden facilitar la reincorporación al trabajo acortando su duración, o alargando el tiempo necesario para su resolución (3).

Retornar al trabajo de forma temprana y segura se ha demostrado que es beneficioso tanto para la salud del trabajador como para su autoestima (4). En ocasiones para que esta reincorporación al trabajo sea óptima, se precisa de una serie de reestructuraciones e intervenciones en sus condiciones de trabajo conocidas como programas de retorno al trabajo (RAT). Estos programas permiten acortar la duración del episodio de IT ayudando al trabajador a retornar de forma segura a su puesto de trabajo, garantizando su satisfacción, seguridad y salud, con la finalidad de evitar nuevas recaídas (3).

En los últimos años se ha observado un descenso de la duración de los episodios de IT, que podría explicarse por una mejoría en la gestión de los procesos de IT desde el sistema público de salud y/o las mutuas. Sin embargo, otra explicación posible es que a consecuencia del impacto de la crisis iniciada en 2008, se puede haber producido un incremento del presentismo en el trabajo; es decir, que el trabajador continúe trabajando pese a estar enfermo, ya sea por miedo al despido o a la no renovación de su contrato (5) Sea la explicación una u otra, es fundamental el desarrollo de intervenciones de RAT bien protocolizadas que tengan por objetivo la recuperación de la enfermedad del trabajador en forma segura, evitando potenciales efectos adversos que podrían producirse por una precipitada reincorporación laboral del trabajador (6).

En los países desarrollados, la morbilidad por trastornos músculo-esqueléticos (TME) presenta una incidencia y prevalencia elevada, constituyendo una de las principales causas de restricción de la actividad, pérdida funcional y de discapacidad. Entendemos por TME un grupo de lesiones o trastornos que involucran a los músculos, nervios, tendones, articulaciones, cartílagos y estructuras de soporte como los discos intervertebrales(7), clasificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades V10 (CIE 10) en su capítulo XIII (M00-M99) (8). Los TME representan entre un 40% y un 50% de la IT afectando a más de 40 millones trabajadores europeos (9) (10), estos generan una alta demanda de recursos de salud y servicios sociales, produciendo un gran impacto socioeconómico en todos los países occidentales (11). En España en el año 2011 se comunicaron 197.381 accidentes de trabajo en jornada por sobreesfuerzo lo que supone una incidencia de 1,35 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores. Asimismo, ese mismo año, se notificaron 12.891 TME como enfermedad profesional, lo que representa un 71,1% del total de enfermedades profesionales declaradas ese año. Con referencia a la IT pero de

Contingencia común fueron un total de 434.181 episodios de baja laboral con una duración media de la baja de 51,7 días. (12).

Existe cierta evidencia disponible sobre intervenciones de RAT por TME, como la revisión sistemática de Palmer y colaboradores (13), donde se recomienda que las intervenciones costosas solo deban ser implementadas tras una rigurosa evaluación costo-beneficio. Debido a la alta prevalencia de los TME y a su alto coste económico (14), diversas instituciones han elaborado guías de retorno al trabajo (GRAT) con el objetivo de orientar a trabajadores, profesionales sanitarios y/o empresarios para que el retorno al trabajo de trabajadores en situación de IT por TME sea eficiente y seguro (15). La existencia de dichas guías es clave para una práctica de la salud laboral basada en la evidencia y por tanto para garantizar que esta sea de calidad. Sin embargo, hasta donde conocemos, no existe ninguna revisión sistemática sobre guías de reincorporación al trabajo relacionadas a los TME que estén basadas en la evidencia científica que evalúen la calidad de las mismas posterior a su elaboración, publicación y utilización.

Los objetivos de este TFM son identificar y evaluar la calidad de las GRAT después de un proceso de IT por TME, con el propósito de proponer una GRAT aplicable a nuestro entorno.

MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

En una primera etapa se realizó una búsqueda sistemática de guías de retorno al trabajo (GRAT), tras un proceso de IT por TME. Una búsqueda sistemática implica un proceso de planificación previo, una secuencia de pasos protocolizados a seguir, y un registro de la metodología empleada que permita a cualquier interesado repetir la búsqueda y acceder a las referencias incluidas (16). La búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas y literatura “gris” (tesis doctorales, actas de congresos, informes de investigación, memorias proyectos, patentes, normas, traducciones científicas, etc.): National Electronic Library for Health (NeLH); Guidelines Finder; National Guidelines Clearinghouse; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); Guidelines International Network (GIN); Canadian Medical Association InfoBase (Canadian guidelines); National Health Medical Research Council (NHMRC); Clinical Practice Guidelines (Australian Guidelines); New Zealand Guidelines Group. (BMJ); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); National institute for health and clinical excellence (NICE); Health Technology Assessment; MEDLINE (PUBMED); Health and safety authority (H&SA); Biblioteca de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud; Occupational medicine practice guidelines; MD guidelines; European agency for safety and health at work (OSHA); Dutch association of occupational medicine; Ministerio de protección social de Colombia. (GATISO); Generalitat de Catalunya; Gobierno del principado de Asturias; Seguridad social española; Centro universitario de la salud pública (México); Fit for work; Accident compensation corporation (ACC); Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG); National guideline clearing; Canadian medical association InfoBase; Guidelines international network; Clinical guidelines online databases; Australian National Health and Medical Research Council clinical practice guidelines; Canadian Medical Association InfoBase of clinical practice guidelines; eGuidelines.co.uk; Scottish

Intercollegiate Guidelines Network; National library for health guidelines database and Scottish intercollegiate guidelines network; Institute of health economics, toward optimized practice (TOP); Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society; American Physical Therapy Association (APTA); NVAB, the Netherlands society of occupational medicine (NVAB).

Los términos de búsqueda que se consideraron fueron: “return to work”, “musculoskeletal disorders”, “occupational health” y “practice guidelines”. La búsqueda se realizó utilizando en forma individual y combinando dichos términos de búsqueda en inglés, castellano y catalán. Además, la búsqueda fue repetida adaptando los términos a los correspondientes tesauros en los tres idiomas considerados. Para la identificación de las GRAT se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: i) guías específicas de retorno al trabajo en idioma inglés, castellano y catalán; ii) el contenido de las GRAT debe incluir en forma total o parcial información sobre trastornos músculo-esqueléticos. Se entiende por total la exclusividad del TME en la guía y parcial la inclusión de más de un diagnóstico en la GRAT, entre ellos los TME. Guías de práctica clínica, donde no existe información de TME ni guías de idioma diferente a los indicados no fueron consideradas.

Al realizar la búsqueda se localizaron 32 documentos potencialmente relevantes y sometidos a selección para su revisión de los cuales 20 fueron excluidos en una primera selección por no cumplir los criterios de inclusión (Tabla 1). Los 12 documentos restantes fueron revisados en forma detallada para posteriormente excluir 6 documentos más (Tabla 2), quedando finalmente 6 guías de retorno al trabajo para su evaluación. Las 6 guías finalmente seleccionadas fueron: Return to work guide (RTWG), MD Guidelines (MDG), Official Disability Guidelines (ODG), Tackling Musculoskeletal Problems a Guide for Clinic & Workplace (TMPG), Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (WRGT) y Guidance on

the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace (GPMMD). De estas 6 guías, 3 eran específicas para TME y 3 incluían información sobre TME en forma parcial (Figura 2).

Instrumento utilizado

Para la evaluación de las 6 GRAT seleccionadas se utilizó el método canadiense Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE) (17), diseñado en el 2003 para ayudar a autores y usuarios de guías de práctica clínica, en la evaluación de la calidad metodológica de las mismas. La segunda versión del método (AGREE II), validada en el 2010 (18), es la que utilizamos para la realización de este trabajo. El AGREE II es un método válido, fiable y altamente utilizado (19) (20) (21). Es la primera herramienta de su tipo que ha sido evaluada internacionalmente, considerándose el método estándar para realizar evaluaciones de guías (22). Contiene un manual de usuario que explica al detalle el correcto uso del mismo. (Anexo 1). El AGREE II consta de 23 ítems, estructurados en seis dominios que abarcan una dimensión única de la calidad de la guía (Alcance y Objetivos, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad, y presentación, Aplicabilidad e Independencia editorial). Todos los ítems de cada dominio se puntúan en una escala de 7 puntos que va desde "Puntuación 1" («Muy en desacuerdo») si no hay información relevante al ítem o si el concepto se presenta de forma muy vaga hasta "Puntuación 7" («Muy de acuerdo») 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. La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se abordan más consideraciones. Cada ítem de los dominios se acompaña de una respuesta de texto abierta para justificar la puntuación elegida por el evaluador. Finalmente, existen 2 ítems independientes de puntuación global de la guía evaluada, en estas se indican tres opciones de respuesta: i) recomendaría su uso; ii) lo recomendaría con modificaciones o condiciones; iii) No la recomendaría. Esta

evaluación global requirió del experto un juicio cualitativo sobre la calidad de la guía, teniendo en cuenta los criterios considerados en el proceso de evaluación.

Selección de los evaluadores

Las guías seleccionadas fueron evaluadas por 7 evaluadores (entre ellos la autora), expertos en alguna de las áreas relacionadas con esta revisión sistemática de guías (incapacidad temporal, retorno al trabajo o trastornos músculo-esqueléticos) o con experiencia previa en la utilización del método AGREE. Cuatro de los evaluadores son especialistas en Medicina del Trabajo (CS, MS, PB, SV-P), uno es especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (ER) y dos son especialistas en Enfermería de Trabajo (JMG, MC). Tres evaluadores tienen el grado académico de doctor (CS, ER, MS), y dos el de Master (PB, SV-P). Ningún evaluador recibió compensación económica por la participación en la evaluación de las guías y ninguno reportó conflicto de interés. Este trabajo no incorpora datos de pacientes por lo que consideramos que no requirió ser presentado al comité de ética del Parc de Salut Mar.

La distribución de las guías fue aleatoria, a excepción de 2 guías (ODG y MDG) donde la asignación fue intencional, ya que ambas guías requería de un usuario y contraseña. Por temas de confidencialidad estas dos guías fueron asignadas a tres evaluadores que se encontraban en Barcelona y que trabajaban a tiempo completo en la Universitat Pompeu Fabra (CS, MC, SV-P). Cada Guía fue evaluada de forma independiente por 3 evaluadores, cumpliendo con las indicaciones del método AGREEII que recomienda que las guías sean evaluadas entre dos y cuatro evaluadores distintos.

Proceso de evaluación

En el procedimiento de evaluación se establecieron tres fases. En la fase 1 se remitió a cada evaluador el AGREE II junto con el manual de usuario para su cumplimentación. A cada evaluador se le pidió que contestara según la evidencia

científica disponible y su experiencia clínica. Se adjuntó conjuntamente con las guías correspondientes documentación complementaria consistente en artículos científicos o revisiones disponibles basadas en el retorno al trabajo y los trastornos músculo-esqueléticos. Una vez que los evaluadores devolvieron la evaluación de las guías se procedió a realizar la fase 2, que consistió en el cálculo cuantitativo de las puntuaciones globales obtenidas en cada ítem para cada dominio.

La puntuación estandarizada se calculó para cada dominio, obtenida a partir de la suma de todos los puntos de cada ítem individual de acuerdo a la siguiente fórmula:

Al ser 3 evaluadores por guía, el puntaje máximo y mínimo posible fue:

DOMINIO	Máxima	Mínima
1. ALCANCE Y OBJETIVO	63	9
2. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	63	9
3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN	168	24
4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	63	9
5. APLICABILIDAD	84	12
6. INDEPENDENCIA EDITORIAL.	42	6

Las puntuaciones de los dominios son independientes y no se pueden sumar para obtener un valor global de la calidad de la guía. Para cada dominio y guía la utilidad se valoró cuantitativamente de la siguiente forma: i) muy recomendada si la puntuación estandarizada superó el 60%; ii) recomendada con condiciones o modificaciones si la puntuación estandarizada estuvo entre 30% y 60%; y iii) no recomendada si la puntuación estandarizada fue menos del 30%. Como parte de la evaluación cuantitativa y con el objetivo de representar un valor que englobe las

distintas puntuaciones para cada ítem de los distintos evaluadores, se calcularon las medianas de las respuestas para cada una de las guías seleccionadas (23).

La fase 3 consistió en señalar las diferencias y similitudes en aquellos ítems donde no existía concordancia de opiniones entre los evaluadores para cada uno de los dominios de las 6 guías evaluadas. Aquellos ítems cuya diferencia de puntuación era muy discrepante entre los evaluadores (4 o más puntos de diferencia de criterio entre la puntuación máxima y mínima del ítem; indicado en color rojo en el Anexo 2) fueron remitidos nuevamente vía correo electrónico a los evaluadores (incluyendo las puntuaciones asignadas de los otros dos evaluadores) para que tuvieran ocasión de reflexionar sobre sus respuestas y compararlas con el resto de evaluadores de la guía, indicándoles 1 semana de plazo para dicha tarea. Tras la reflexión, los evaluadores, indicaron si modificaban su puntuación inicial o se ratificaban en la misma (indicado en color anaranjado en el Anexo 2). Finalmente, se calculó una nueva puntuación estandarizada para cada dominio utilizando las nuevas puntuaciones modificadas por los evaluadores tras el consenso.

RESULTADOS

Tras recibir las evaluaciones de las guías de los evaluadores se observaron discrepancias en más de 4 puntos entre la puntuación máxima y mínima en los siguientes ítems y guías: i) ítem 4 (¿se incluyen individuos de todos los grupos profesionales relevantes?), e ítem 22 (¿los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía?) de la RTWG; ii) ítem 13 (¿la guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación?), ítem 21 (¿la guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría?), ítem 22 e ítem 23 (¿se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía?) de la MDG; iii) ítem 18 (¿la guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación?) e ítem 19 (¿la guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica?) de la ODG; iv) ítem 18 e ítem 22 de la TMPG; y v) ítem 12 (¿hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan?) e ítem 16 (¿las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente?) de la WRGT. No se observaron discrepancias mayores entre las puntuaciones de los evaluadores para la GPMMD. En el Anexo 2, se puede observar la tabla de puntuaciones detalladas de cada uno de los evaluadores para las 6 guías consideradas.

Se calcularon las medianas de puntuación de los evaluadores para cada ítem y las puntuaciones estandarizadas para cada dominio como parte de la evaluación cuantitativa de las GRAT específicas y no específicas para TME. En la Figura 3 se observa el cálculo de las medianas de las puntuaciones de los tres evaluadores para cada ítem y para la evaluación global para cada una de las 3 guías no específicas para TME (RTWG, MDG, ODG). La guía que obtuvo la mediana de puntuación más alta en la evaluación global fue la ODG. En términos generales, la ODG también fue la guía que obtuvo mayores medianas de puntuación para la mayoría de los ítems,

alcanzando puntuaciones medianas entre 6 y 7, a excepción de los ítems 20 (¿se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos?) y 21 donde las puntuaciones medianas alcanzadas fueron de 4 y 3 respectivamente. Al igual que la ODG, la guía MDG obtiene medianas de puntuaciones máximas (7 puntos) para los ítems correspondientes al dominio de “alcance y objetivos”. Sin embargo, obtiene muy bajas medianas de puntuaciones (2 puntos o menos) para la mayoría de ítems del dominio “rigor en su elaboración”. La guía RTWG no alcanza la puntuación mediana máxima (7 puntos) en ninguno de los ítems evaluados, destacando puntuaciones mayores a 5 en los ítems correspondientes a “claridad de presentación”.

Las medianas de la puntuación obtenidas correspondientes a las 3 GRAT específicas para TME se recogen en la Figura 4. Las guías que obtienen una mayor mediana de puntuación en la evaluación global son las TMPG y la WRGT (6 puntos respectivamente). Sin embargo, se puede observar que el número de ítems con medianas de puntuaciones máximas (7 puntos) es mayor para la WRGT en comparación con la TMPG. Para ambas guías destacan las medianas de puntuación obtenidas en los ítems correspondientes al dominio de “claridad de presentación”. Las 3 guías fueron poco valoradas en los ítems correspondientes al dominio “rigor en la elaboración”, destacando en forma negativa la guía GPMMD, donde las medianas de puntuación recibidas en los ítems de este dominio no superaron los 3 puntos.

La Figura 5 muestra los resultados cuantitativos obtenidos de la puntuación estandarizada para cada dominio de cada una de las 6 guías seleccionadas. En general, se observa que el dominio “alcance y objetivos” (rango de puntuaciones estandarizadas entre 70% y 94%) es en donde se alcanza una mayor puntuación estandarizada, mientras que, a excepción de la guía ODG (puntuación estandarizada = 91%), el dominio “rigor en la elaboración” es la que tiene una menor puntuación, obteniéndose puntuaciones estandarizadas dentro del rango de “no recomendable”

para 2 guías no específicas para TME (RTWG y MDG) y una guía específica para TME (GPMMD). Dos GRAT no específica para TME (RTWG y ODG) y dos GRAT específicas para TME (TMPG y WRGT) obtuvieron en forma global puntuaciones estandarizadas mayores de 60%, por lo que de acuerdo a los criterios cuantitativos establecidos, sería recomendable su uso sin modificaciones. Una GRAT no específica para TME (MDG) y una GRAT específica para TME (GPMMD) obtuvieron puntuaciones estandarizadas entre 30% y 60% por lo que sería recomendable revisarlas y modificarlas antes de su utilización sistemática.

En lo que respecta a la evaluación cualitativa (Tabla 3), sólo dos GRAT, una específica para TME (WRGT) y otra no específica para TME (ODG), fueron recomendadas por los evaluadores para su utilización sin modificaciones. En tres GRAT (MDG, TMPG y GPMMD), una no específica y dos específicas para TME, los evaluadores consideraron necesario realizar modificaciones antes de su utilización, mientras que para la GRAT no específica RTWG no se pudo llegar a una recomendación final al existir discrepancias entre los tres evaluadores, incluso uno de ellos la consideró no recomendable para su uso.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo indican que la disponibilidad de guías que sean exclusivas de retorno al trabajo después de un proceso de IT por TME es muy limitada. La mayoría de las guías disponibles tanto en la literatura científica como en la literatura gris están orientadas a la IT en general. De las 6 guías seleccionadas para su valoración cualitativa y cuantitativa, solo la ODG y la WRGT serían aconsejables para su utilización sin modificaciones en nuestro entorno. El resto de guías antes de su utilización sistemática deben ser revisadas y modificadas para mejorar su calidad.

En esta revisión de guías se han valorado diferentes aspectos de la metodología de las guías de retorno al trabajo, como son su alcance y objetivo, la participación de los implicados, su rigor en la elaboración, la claridad de presentación, su aplicabilidad e independencia editorial. En general, todas las guías definen bien sus objetivos y a quién van dirigidas, además las recomendaciones más relevantes son específicas y fáciles de identificar. Asimismo, las distintas opciones de manejo de retorno al trabajo se presentan en forma clara y precisa. Sin embargo, todas las guías excepto una (ODG) tienen limitaciones en la utilización de métodos sistemáticos de búsqueda de evidencia. Los criterios para seleccionar la evidencia científica no se describen con claridad y no figura información sobre si la guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación o si existe un procedimiento para su actualización. La mayoría de las guías (excepto la ODG) no registran si se ha abordado los potenciales conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Hasta donde conocemos, esta es la primera revisión sistemática que se realiza para identificar y evaluar guías de reincorporación al trabajo tras un episodio de IT por TME. Para la evaluación de las 6 guías seleccionadas se ha incluido información proveniente de bases científicas de datos biomédicos así como información publicada

en la literatura gris. En la actualidad hay un gran número de guías de práctica clínica de diferentes tipos producidas por numerosas organizaciones pero existen pocas guías que hayan sido realizadas y evaluadas con una metodología sistemática basada en la mejor evidencia científica disponible (16) (24). Para la evaluación de las GRAT seleccionadas se ha utilizado el instrumento AGREE II, herramienta validada y fiable (21) para la evaluación de distintos tipos de guías, independientemente del tema de la guía y del tipo de profesional a quien va dirigida (25). El AGREE II es un método sencillo que no requiere mayor preparación o entrenamiento de los evaluadores si estos cuentan con experiencia clínica importante en el campo relacionado con la guía a evaluar. Para la realización de este trabajo, y por motivos logísticos, no se realizó un entrenamiento previo de los evaluadores; sin embargo, se seleccionaron profesionales expertos en algún área relacionada al proceso de retorno al trabajo tras un episodio de IT por TME; incluso más de uno de los evaluadores contaba con experiencia previa en la utilización del método AGREE. Creemos que para el propósito de evaluar las GRAT seleccionadas, la lectura del manual del método y el material complementario remitidos a cada evaluador fue suficiente para su correcta utilización.

Además de las fortalezas descritas, hay varias limitaciones que debemos considerar para interpretar nuestros resultados. El método AGREE II evalúa la calidad metodológica de la guías, relacionada principalmente con el proceso de elaboración de las mismas; pero no evalúa la idoneidad clínica o la validez de las recomendaciones de las guías (18). Es cierto que el desarrollo metodológico riguroso de una guía de retorno al trabajo es muy importante, sin embargo, esto no garantiza la inclusión de mejores recomendaciones que permitan una óptima y segura reincorporación al trabajo para los trabajadores. En relación a su versión anterior, el AGREE II ha incorporado el ítem 9 (¿Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas?) del dominio "Rigor en la elaboración", que intenta, en cierta manera tener una idea de la calidad de las recomendaciones. Sin embargo, esta

inclusión es insuficiente, lo que ha llevado a la Colaboración AGREE a plantearse como prioridad la inclusión de nuevos ítems en futuras versiones del AGREE que permitan una evaluación válida y fiable de las recomendaciones de las guías (18). El método AGREE II, recomienda que la persona que selecciona las guías no forme parte del grupo de evaluadores, lo que no se ha cumplido en este trabajo, sin embargo, esto se justifica dado que se creyó conveniente que la autora de este trabajo, tuviese la posibilidad de participar en todas las fases como parte de su proceso de aprendizaje. Creemos que la colaboración independiente del resto del equipo evaluador podría minimizar este posible sesgo, además, todos los evaluadores tuvieron la oportunidad de discutir y consensuar sus criterios de evaluación inicial en aquellos ítems donde la discrepancia entre ellos fue mayor. Sin embargo, es probable de cara a una posible publicación pueda representar un problema. Finalmente, la búsqueda sistemática de las GRAT sólo incluyó tres idiomas, por lo que es probable que alguna guía en algún otro idioma distinto a estos tres considerados no haya sido identificada para su evaluación. Sin embargo, la inclusión en la búsqueda del inglés permite identificar la mayoría de guías publicadas disponibles, todas las guías halladas estaban en este idioma.

A pesar que los TME son un problema importante de salud pública y del incremento en el uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, fueron muy pocas las guías disponibles en la literatura científica y en la literatura gris que sean específicas de RAT y específicas de TME. Este hecho complica la comparación de nuestros resultados con otros potenciales estudios similares, más aún si tenemos en cuenta que no hemos encontrado en la literatura ninguna revisión sistemática de guías de GRAT tras un episodio de IT por TME. Lo que si hemos podido comprobar es que el método AGREE ha sido validado para su utilización en el campo de la salud laboral (19), siendo utilizado tanto en España como internacionalmente. Ronda y colaboradores han utilizado el AGREE II para evaluar la calidad de la metodología

utilizada en la elaboración de las guías de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (23). También, el AGREE ha sido utilizado para la evaluación de la calidad de algunos protocolos de vigilancia de la salud en España (26) (27) y para evaluar la calidad metodológica de la Guía Americana de Medicina del Trabajo (22).

De las 6 guías identificadas, 2 provienen de países del norte de Europa (Reino Unido e Irlanda), otras 2 de Estados Unidos, una de Canadá y otra de Nueva Zelanda. Ninguna guía de las identificadas provino de países del sur de Europa como España ni de países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia) ni de los Países Bajos. Especialmente los países nórdicos y los Países Bajos son ampliamente reconocidos por su investigación en intervenciones relacionadas con el retorno al trabajo (28). Este hecho podría explicarse por la limitación del idioma al momento de realizar la búsqueda. Otra de las posibles explicaciones del porque hay una más amplia disponibilidad de guías en países anglosajones es porque dichas guías ya existían desde finales de los años 80 y comienzo de los 90 (29), mientras que países como España la utilización de programas de retorno al trabajo como fuente de bienestar para el trabajador y mejoras en la productividad de la empresa es bastante reciente en comparación con los estadounidenses y anglosajones. Además, la disponibilidad de recursos económicos de estos países para la aplicabilidad de programas de RAT es mayor. Este hecho se ve facilitado por la presencia de grandes organizaciones conformadas por equipos de profesionales pluridisciplinares y financiadas por agencias gubernamentales, tales como la Agencia para la Investigación y Calidad en los Estados Unidos, el Consejo Nacional de Salud y Consejo de Investigación Médica de Australia, y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) Inglaterra y Gales. (30)

De las 6 guías identificadas solo dos (ODG y RTW) son las que describen haber utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia científica para

su elaboración, y solo en la ODG se describe la relación entre esta evidencia científica con la recomendaciones de la guía. Asimismo, solo dos guías (ODG y MDG) refieren estar evaluadas por el método AGREE. Estos hallazgos no son exclusivos de las GRAT, una revisión sistemática de guías de práctica clínica realizada en Argentina refiere que de las guías clínicas disponibles son pocas las evaluadas con métodos protocolizados y validados como el AGREE. (31).

A pesar de que los resultados de esta evaluación indican que la puntuación estandarizada en el dominio 22; independencia editorial está dentro del rango de recomendable (ODG) o recomendable con modificaciones (MDG, TMPG, GPMMD, WRGT) tan solo una de ellas (ODG), se registran detalladamente los posibles conflictos de intereses de los miembros de los grupos que elaboraron cada una de las guías. Este hecho tampoco es exclusivo de las GRAT, en varios estudios relacionados con la evaluación metodología de guías de práctica clínica la baja puntuación de este ítem es una constante (30, 31, 32). Existe la posibilidad de que esta omisión sea accidental o intencional. Sin embargo, independientemente de cual sea la causa de esta omisión lo que sí es seguro es que la declaración explícita de conflictos de intereses al momento de elaborar la guía es una recomendación básica de las organizaciones internacionales como una forma de reducir la probabilidad de recomendaciones sesgadas (33).

Finalmente, la aplicabilidad práctica de este trabajo puede ayudar tanto a la actividad profesional como a la investigación. De las 6 guías sólo la ODG y la WRTG podrían ser adecuadas para su utilización sistemática sin necesidad de grandes modificaciones. Si nuestro objetivo es utilizar una guía en nuestro entorno es necesario complementar la evaluación de la calidad metodológica de estas dos GRAT con una evaluación basada en la evidencia de la calidad de las recomendaciones incluidas en ellas.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los 6 evaluadores por sus valiosas contribuciones sin las cuales no hubiese sido posible la realización de este Trabajo Final de Máster (TFM)

- Sergio Vargas-Padra (SV-P): Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Especialista en Medicina del Trabajo, Máster en Salud Laboral y estudiante de PhD. Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra (UPF).
- Josep M^a Gil Alcamí (JMG): Máster en Salud Pública, especialista en Enfermería del Trabajo y técnico superior de prevención de riesgos laborales con las especialidades en seguridad y ergonomía.
- Consol Serra (CS): Licenciada y Doctora en Medicina y Cirugía. Máster en Medicina del Trabajo por la Universidad de Londres. Profesora Asociada y Directora del Programa MIR de Medicina del Trabajo de la UPF. Jefa del Servicio de Salud Laboral del Parc de Salut Mar.
- Elena Ronda (ER) Licenciada en Medicina y Doctora por la Universidad de Alicante. Máster en Salud Pública por la Escuela Nacional de Sanidad. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Alicante.
- Maite Sampere Valero (MS): Especialista en Medicina del Trabajo; Máster en Salud Laboral y Doctora en Biomedicina por la Universitat Pompeu Fabra. Jefa del Servicio de Investigación y Análisis de Incapacidad Temporal/ Enfermedad Profesional de MC MUTUAL.

- Pere Boix (PB): Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Diplomado en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad. Diploma de Especialista en Medicina del Trabajo por la Universidad de Barcelona.

Un agradecimiento especial al Dr. Jordi Delclòs, Catedrático de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas (Houston, USA) y Profesor Asociado de la Universitat Pompeu Fabra, por haber facilitado el acceso a las guías Americanas. Si su valioso aporte no hubiese sido posible evaluar dichas guías.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de trabajo e inmigración. Secretaria de Estado de la seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal. Disponible en: [<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>]. Citado 03 de Enero 2013.
2. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de seguridad social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. Disponible en: [<http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/29/pdfs/BOE-A-2009-15442.pdf>]. Citado el 03 de Enero 2013.
3. Sampere M. Referencia Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración. Análisis de los factores pronóstico; Tesis Doctoral.
4. Brown J, Gilmour WH, Macdonald EB. Return to work after ill-health retirement in Scottish NHS staff and teachers. *Occup Med (Lond)* 2006;56:480-4.
5. Albertí C, Jardí J, Manzanera R, Torá I, Delclós J, Benavides FG. Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral en Cataluña 2007-2010. *Arch Prev Riesgos Labor* 2012;15:172-7
6. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified Work and Return to Work: A Review of the Literature. *J Occup Rehabil* 1998;2:113-39.
7. La National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Disponible en <http://www.cdc.gov/niosh/> citado el 12 junio 2013.
8. Clasificación Internacional de Enfermedades V10. Disponible en CIE-10 <http://cie10.org/index.html> citado el 12 junio 2013.

9. Smith A, Jones A. News release: Work-related musculoskeletal disorders are fast becoming the greatest health and safety challenge for Europe. European Agency for Safety and Health at Work; 2000.
10. Delclós J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Plana M, Vila D, Benavides FG. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch Prev Riesgos Labor 2010;13:180-7
11. Ministerio de Trabajo e inmigración. Secretaría de estado de seguridad social. Araña Suarez SM. Trastornos músculo-esqueléticos psicopatología y dolor Disponible en: [<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>]. Citado en 03 de Enero 2013
12. De Vicente A, Díaz C, Zimmermann M, Galiana L. El trastorno musculoesquelético en el ámbito Laboral en cifras. Departamento de información e investigación del INSHT y MEYSS. Noviembre 2012.
13. Palmer KT, Harris, Linaker C, Barker M. Effectiveness of community-and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. J Rheum 2012;51:230-42
14. Peña Sagredo JL, Humbría Mendiola, A. Nuevos conceptos sobre las lumbalgias y guías de práctica clínica. Rev Esp Reumatología 2002;29:489-93
15. Sistema nacional de Salud. Biblioteca de guías de práctica clínica. Disponible en: [<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=1c34fe81d7cb38e59a7fd93364b0>]. Citado el 03 de Enero 2013
16. La información Científica en Salud. Conceptos básicos. Internet y uso de base de datos biomédicas. Ministerio de salud 2002. Gobierno de Chile.
17. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. Disponible en: [<http://www.agreecollaboration.org/>]. Citado el 03 de Enero 2013

18. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham IA, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. AGREEII: advancing guideline development, reporting and evaluation in the health care. *CMAJ* 2010;182: E839-42.
19. Hulshof C, Hoenen J. Evidence-based practice guidelines in OHS: Are they AGREE-able? *Ind Health* 2007;45:26-31
20. Cluzeau F, Burgers J, Grol R, Little Johns P. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12:18-23
21. Staal JB, Hlobil H, Van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, Van Mechelen W. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med* 2003;60:618-26.
22. Cates JR, Young DN, Bowerman DS, Porter RC. An independent AGREE Evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. *Spine J.* 2006;6:72-7
23. Ronda Pérez E, Roel Valdés JM, Tascón Bernabeu E, Martínez Escoriza JC. Evaluación de dos guías de valoración de riesgos laborales en el embarazo. *Arch Prev Labor* 2011;14:179-86.
24. M. A. Navarro Puertoa, F. Ruiz Romeroa, A. Reyes Domínguez, I. Gutiérrez Ibarluceab, T. Hermosilla Gagoc, C. Alonso Ortiz del Ríoa, R. Rico Iturriozby J. Asúa Batarritaba. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(11): 533-40
25. Seguí Crespo MM, Ronda Pérez E, López Navarro A, Juan Pérez PV, Tascón Bernabéu E, Martínez Verdú F. Protocolo de vigilancia sanitaria de trabajadores con pantallas de visualización de datos: una valoración desde la perspectiva de la salud visual. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:691-701.

26. Campos J, Ronda E, Roel JM, García M, Maqueda J, López-JacobMJ, et al. Una visión de género a los protocolos de vigilancia sanitaria de la población trabajadora. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2009;12:116-123.
27. Maqueda J, Buendia MJ, Gallego I, Munoz C, Roel JM. Estudio de evaluación del Protocolo de Vigilancia Sanitaria Especifica del Asma Laboral mediante el instrumento AGREE. *Med Segur Trab*. 2006;52:13-21
28. Bültmann U, Franche RL, Hogg-Johnson S, Coté P, Lee H, Severin C, Vidmar M, Carnide N. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Qual Life Res* (2007) 16:1167–1178
29. Burgers J, Grol R, Klazinga N, Makela M, Zaat J, for the AGREE Collaboration: Towards Evidence-Based Clinical Practices. An international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal for Quality in Health Care* 2003, 15(1):31-45.
30. Min-Woo J, Yong Lee J, Nam-Soon K, Soo-Young K, Seungsoo S, Ha Kim S and Sang-il L. Assessment of the Quality of Clinical Practice Guidelines in Korea Using the AGREE Instrument. *J Korean Med Sci* 2013; 28: 357-365
31. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, García Dieguez M, Mejía R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994–2004): a cross-sectional study. *Implement Sci* 2008, 3:43
32. Shimbo T, Fukui T, Ishioka C, Okamoto K, Okamoto T, Kameoka S, Sato A, Toi M, Matsui K, Mayumi T, Saji S, Miyazaki M, Takatsuka Y, Hirata K. Quality of guideline development assessed by the Evaluation Committee of the Japan Society of Clinical Oncology. *Int J Clin Oncol* (2010) 15:227–233
33. Boyd E, Bero L: Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 4. Managing conflicts of interest. *Health Res Policy Syst* 2006

Figura 1: Marco conceptual de la incapacidad temporal

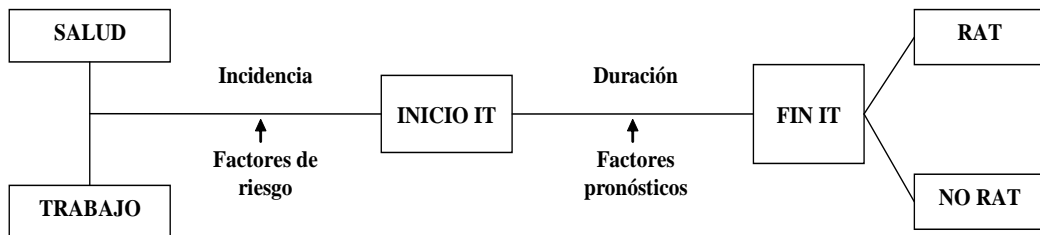


Figura 2: Diagrama de flujo para la selección de guías

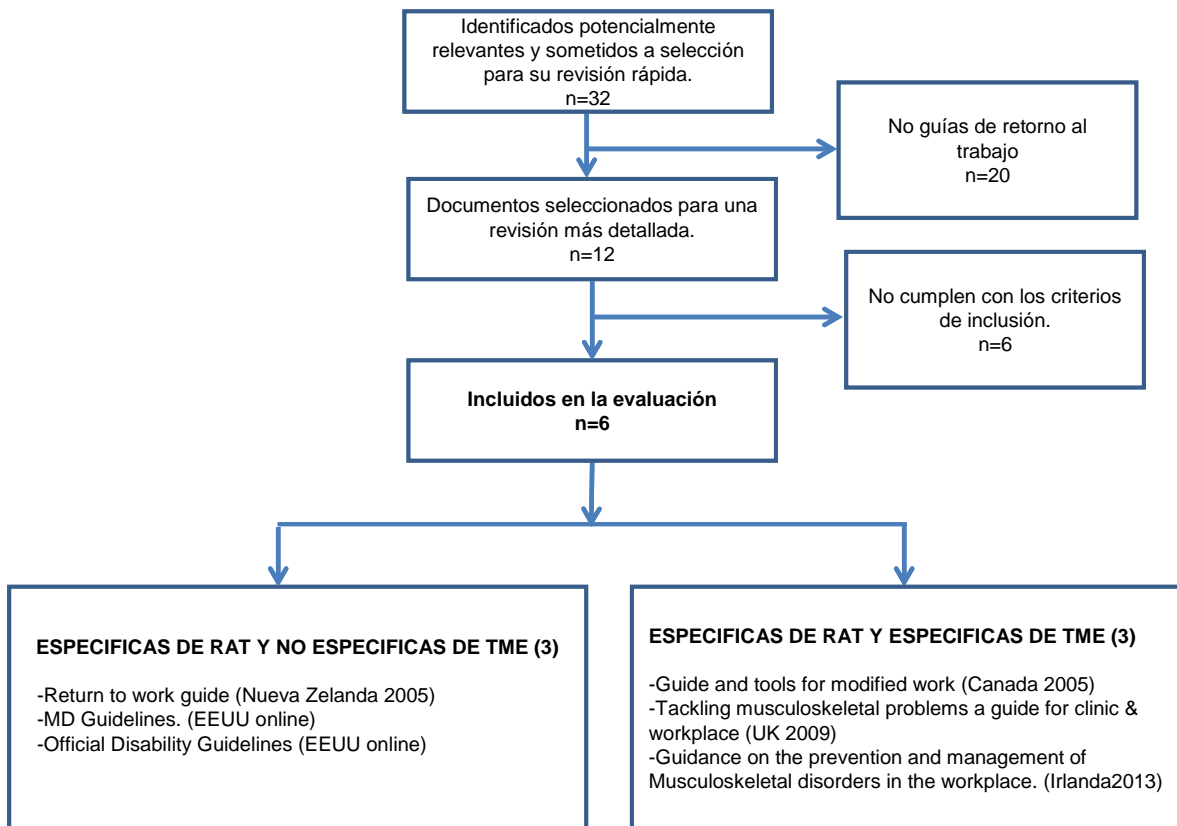


Tabla 1: Documentos excluidos en la primera selección.

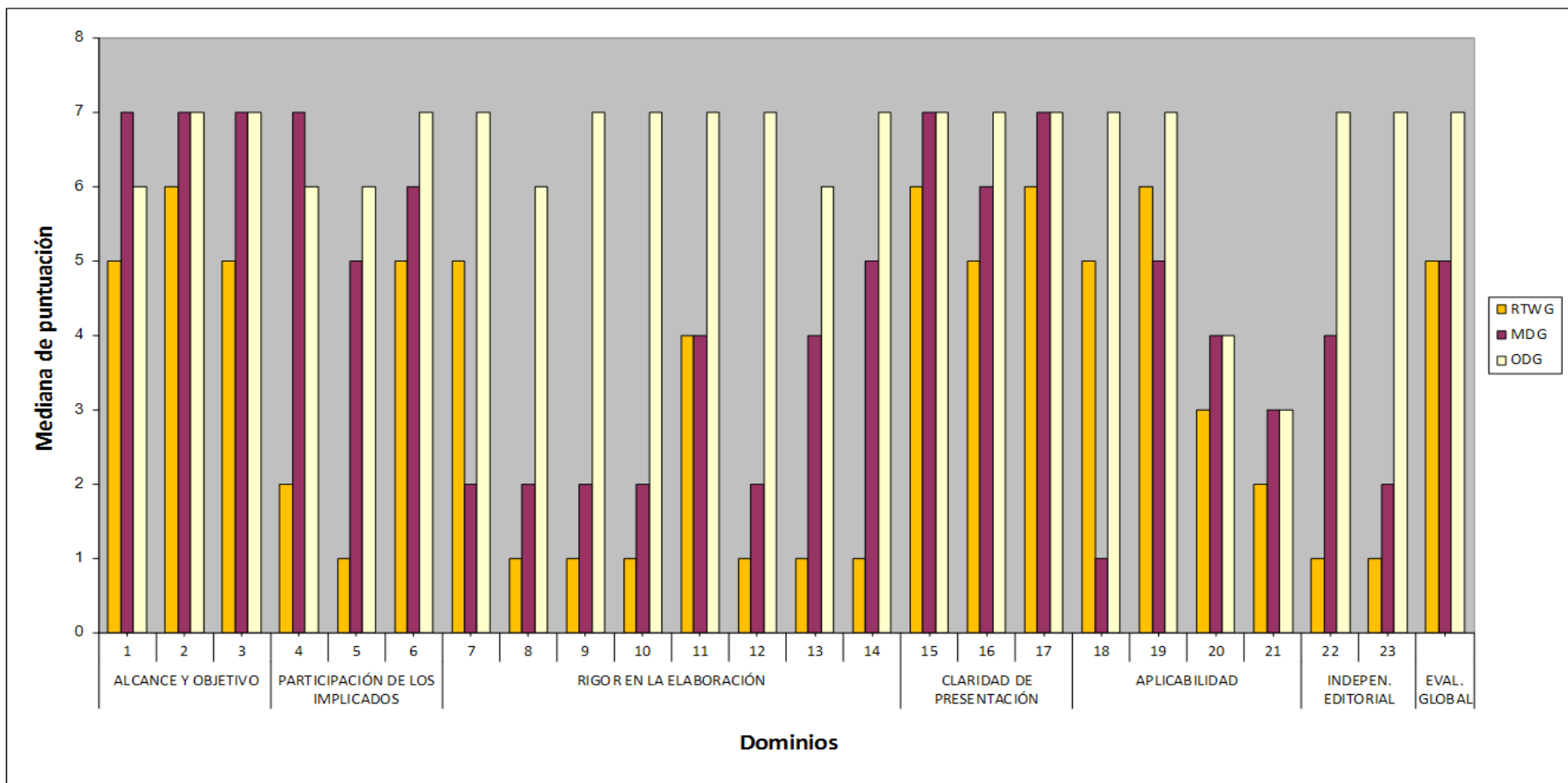
PAIS	TITULO	AÑO	MOTIVO EXCLUSIÓN	DIRECCIÓN ELECTRONICA
UK	Are you making the best use of lifting and Handling aids?	2004	No es una GRAT	www.hse.gov.uk
EEUU	Disability duration guidelines	2004	No es una GRAT	http://www.reedgroup.com/
España	Guía dolor crónico musculoesqueletico	2006	No es una GRAT	http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/05/dolorcronico.pdf
España	Patología de la columnalumar en l`adult	2004	No es una GRAT	www.gencat.net/ics
Europea	Versión española de la guía de práctica clínica para el manejo de la lumbalgia del programa Europeo CST	2005	No es una GRAT	www.REIDE.org
Uk	Management of upper limb disorders and the biopsychosocial model	2008	No es una GRAT	www.hse.gov.uk
Uk	A staged approach to reducing musculoskeletal disorders in the work place. A long term followup	2007	No es una GRAT	http://www.hse.gov.uk/
Luxembur go	Work-related musculoskeletal disorders: back to work report	2007	No es una GRAT	https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807300
Uk	Fit For Work? Musculoskeletal Disorders & the Spanish Labour Market	2009	No es una GRAT	www.theworkfoundation.com
México	Guía de práctica Clínica: diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención	2008	No es una GRAT	www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

España	Tiempo estándar de incapacidad temporal	2003	No es una GRAT	www.060.es
Canadá	Understanding the Risks of; Musculoskeletal Injury (MSI) an educational guide for workers on sprains, strains & other MSIS	2008	No es una GRAT	http://www.worksafebc.com
EEUU	Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice guideline from the American College of Physicians & the American Pain society.	2007	No es una GRAT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17909209
Canadá	CCMTA medical standars for drivers	2009	No contiene TME	http://www.ccmta.ca/english/pdf/medical
Italia	Appropriatezza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco lombare sintomatica	2005	Idioma	www.snlg-iss.it
Alemania	Speciality Training for general practice in Germany	2009	No es una GRAT	http://www.degam.de
Holanda	Kwantificering van hersteltijden Een gezamenlijk referentiekader voor bedrijfsarts en specialist	2004	Idioma	www.arbeid.tno.nl
Canadá	Les troubles musculosquelettiques lies au travail	2007	Idioma	http://www.cchst.ca/
Canadá	Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur reliés au travail	2003	Idioma	http://publications.santemontreal.qc.ca
Nueva Zelanda	ACC Review: Return to work.	2006	No es una GRAT	http://www.acc.co.nz

Tabla 2: Guías excluidas en la segunda selección.

PAIS	TITULO	AÑO	MOTIVO EXCLUSIÓN	DIRECCIÓN ELECTRONICA
U.K.	Low back pain; early management of persistent non-specific low back pain.	2009	No es una GRAT	www.nice.org.uk
Noruega	European guidelines for the management of chronic non-specific Low back pain.	2004	No es una GRAT	http://www.backpaineurope.org
Canadá	Clinic on Low-back pain in interdisciplinary practice.	2007	No es una GRAT	http://www.biomedcentral.com
Canadá	Guidelines for the evidence-informed primary care management of Low Back Pain.	2005	No es una GRAT	http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/LowBackPainGuideline.pdf
U.K	NICE guide	2009	No es una GRAT	www.nice.org.uk
EEUU	National guideline clearinghouse		No es una GRAT	www.guideline.gov

FIGURA 3: Medianas de puntuación para cada ítem de las 3 guías específicas de RAT pero no específicas para TME

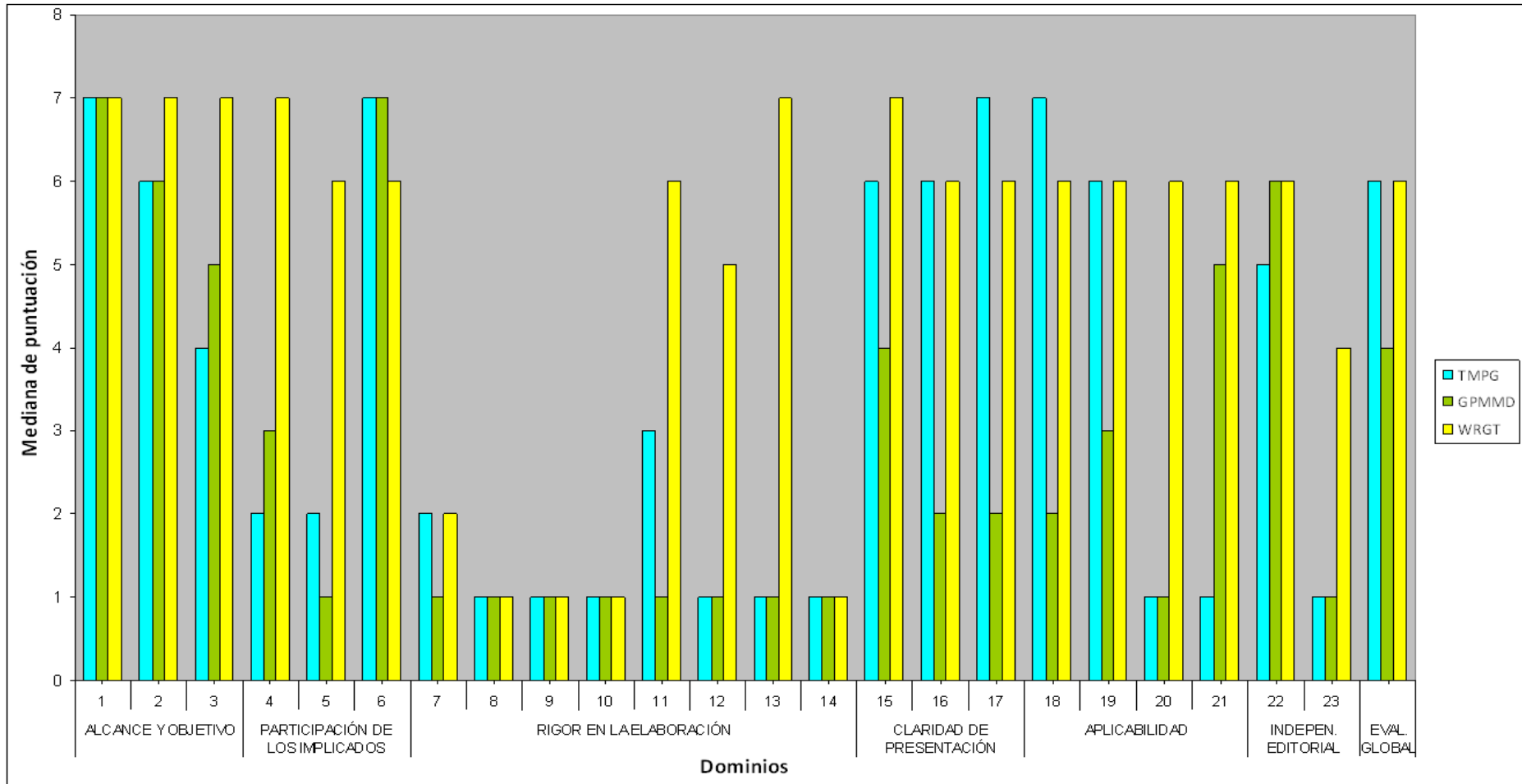


1. RTWG: Return to work guide (Nueva Zelanda 2005)
2. MDG: MD Guidelines. (EEUU online)
3. ODG: Official disability guidelines (EEUU online)

ÍTEMS

1. Los objetivos están específicamente descritos
2. Los aspectos de salud están específicamente descritos
3. La población a la que aplicar la guía está específicamente descrita
4. En el desarrollo de la guía participan todos los grupos profesionales relevantes
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana
6. Los usuarios de la guía están claramente definidos
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia están descritos con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones de la evidencia están descritos claramente
10. Los métodos para elaborar las recomendaciones están claramente descritos
11. En las recomendaciones se han considerado los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Existe relación explícita entre las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos previa su publicación
14. La guía incluye un procedimiento de actualización
15. Las recomendaciones son específicas
16. Las diferentes opciones para el manejo del proceso de salud se presentan con claridad
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables
18. La guía describe los factores facilitadores y las barreras para su aplicación
19. La guía proporciona consejos y/o herramientas para llevar a cabo las recomendaciones
20. La guía considera las implicaciones que su aplicación puede tener sobre los recursos
21. La guía ofrece criterios para su monitorización y/o auditoría
22. Los puntos de vista de las entidades financieras no han influido en su contenido.
23. Se registran y abordan los conflictos de interés de los elaboradores de la guía.

FIGURA 4: Medianas de puntuación para cada ítem de las 3 guías específicas de RAT y específicas para TME



4. TMPG: Tackling musculoskeletal problems a guide for clinic & workplace (UK 2009)

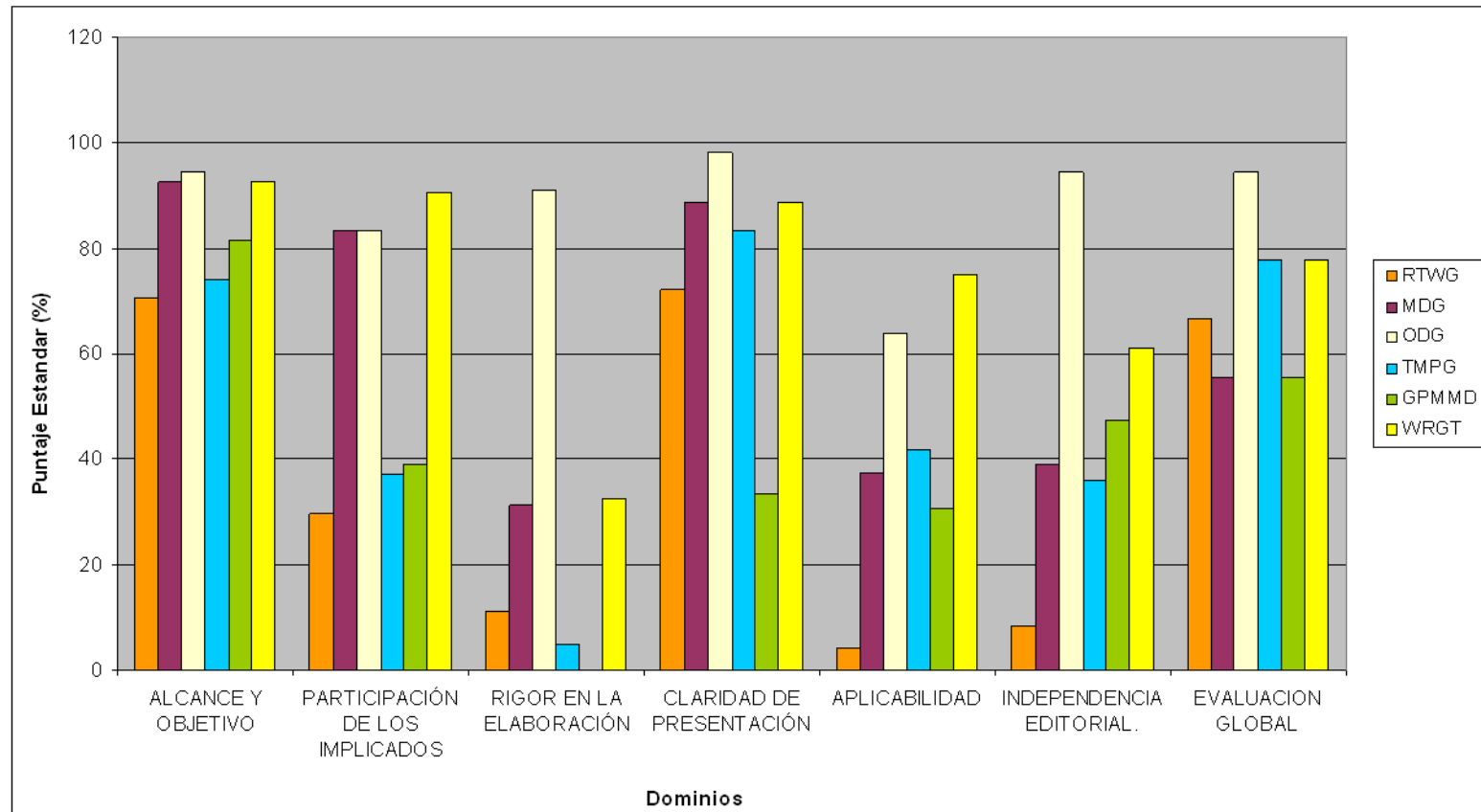
5. GPMMD: Guidance on the prevention and management of Musculoskeletal disorders in the workplace (Irlanda 2013)

6. WRG: Work related MDS Guide & Tools for modified work (Canada 2005)

ÍTEMS

1. Los objetivos están específicamente descritos
2. Los aspectos de salud están específicamente descritos
3. La población a la que aplicar la guía está específicamente descrita
4. En el desarrollo de la guía participan todos los grupos profesionales relevantes
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana
6. Los usuarios de la guía están claramente definidos
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia
8. Los criterios para seleccionar la evidencia están descritos con claridad
9. Las fortalezas y limitaciones de la evidencia están descritos claramente
10. Los métodos para elaborar las recomendaciones están claramente descritos
11. En las recomendaciones se han considerado los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos
12. Existe relación explícita entre las recomendaciones y las evidencias en las que se basan
13. La guía ha sido revisada por expertos externos previa su publicación
14. La guía incluye un procedimiento de actualización
15. Las recomendaciones son específicas
16. Las diferentes opciones para el manejo del proceso de salud se presentan con claridad
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables
18. La guía describe los factores facilitadores y las barreras para su aplicación
19. La guía proporciona consejos y/o herramientas para llevar a cabo las recomendaciones
20. La guía considera las implicaciones que su aplicación puede tener sobre los recursos
21. La guía ofrece criterios para su monitorización y/o auditoría
22. Los puntos de vista de las entidades financieras no han influido en su contenido.
23. Se registran y abordan los conflictos de interés de los elaboradores de la guía.

FIGURA 5 : Puntuación estandarizadas por dominio para cada una de las 6 guías evaluadas



1. RTWG: Return to work guide.(Nueva Zelanda 2005)
2. MDG: MD Guidelines. (EEUU online)
3. ODG: Official disability guidelines(EEUU online)
4. TMPG: Tackling musculoskeletal problems a guide for clinic & workplace (UK 2009)

5. GPMMD: Guidance on the prevention and management of MDs in the workplace (Irlanda2013)
6. WRG: Work related MDS Guide &Tools for modified work (Canada2005)

TABLA 3: Valoración general cualitativa de las 6 guías evaluadas

Guías	¿Recomendaría el uso de la guía?		
	Si	Si con modificaciones	No
1. Return to work guide.(RTW) Nueva Zelanda 2005	1	1	1
2. MD Guidelines. EEUU online	0	3	0
3. Official disability guidelines (ODG)EEUU online	3	0	0
4. Tackling musculoskeletal problems a guide for clinic & workplace (TMP) UK 2009	0	3	0
5. Guidance on the prevention and management of Musculoskeletal disorders in the workplace.(GPM) Irlanda2013	1	2	0
6. Work related MDS Guide &Tools for modified work (WRG) Canada2005	3	0	0

La numeración del 0 al 3 indica el número de evaluadores que recomienda con modificaciones, sin modificaciones o no recomiendan cada una de las guías.

RESUMEN
INSTRUMENTO AGREE II

INSTRUMENTO PARA LA
EVALUACIÓN DE GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA



AGREE II

Consorcio AGREE
Mayo de 2009

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN

- I. Generalidades
- II. Aplicación del AGREE II.
- III. Recursos claves y referencias

II. MANUAL DEL USUARIO: INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL AGREE II.

- I. Preparándose para utilizar el AGREE II
- II. Estructura y Contenido del AGREE II
- III. Escala de Puntuación y Secciones del Manual del Usuario
- IV. Puntuación del AGREE II
- V. Evaluación Global
- VI. Instrucciones para puntuar cada ítem
 - Dominio 1. Alcance y Objetivo
 - Dominio 2. Participación de los implicados
 - Dominio 3. Rigor en la elaboración
 - Dominio 4. Claridad de la presentación
 - Dominio 5. Aplicabilidad
 - Dominio 6. Independencia editorial
 - Evaluación global de la Guía

I. INTRODUCCIÓN

I. GENERALIDADES

El objetivo del AGREE II es ofrecer un marco para:

1. Evaluar la calidad de las guías.
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías.

El AGREE II reemplaza el instrumento original como la herramienta preferida y puede utilizarse como parte de las estrategias generales de calidad destinadas a mejorar los cuidados en salud.

ii) Historia del proyecto AGREE

El Instrumento AGREE original fue publicado en 2003 por un grupo internacional de investigadores y elaboradores de guías, la Colaboración AGREE (10). El objetivo de la Colaboración fue desarrollar una herramienta para evaluar la calidad de las guías. La Colaboración AGREE definió la calidad de las guías como *la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de guías han sido resueltos de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente y son aplicables a la práctica* (10). La evaluación incluye juicios acerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su adopción. El resultado del esfuerzo de la Colaboración fue el Instrumento AGREE original, una herramienta de 23 ítems incluidos en 6 dominios de calidad. El Instrumento AGREE ha sido traducido a muchos idiomas, ha sido citado en más de 100 publicaciones y está respaldado por varias organizaciones para el cuidado de la salud. Más detalles sobre el instrumento original y publicaciones relacionadas están disponibles en el sitio web del «AGREE Research Trust» (<http://www.agreetrust.org/>). La organización oficial que gestiona los intereses del Instrumento AGREE.

Como con cualquier nueva herramienta de evaluación, se reconoció que podrían ser precisos futuros desarrollos para fortalecer las propiedades métricas del instrumento y asegurar su empleo y aplicabilidad entre sus potenciales usuarios. Esto llevó a varios miembros del equipo original a formar el consorcio «AGREE Next Steps Consortium». Los objetivos del consorcio eran mejorar aún más las propiedades métricas del instrumento, incluyendo su fiabilidad y validez; refinar los ítems del instrumento para servir mejor a las necesidades de los usuarios potenciales, y mejorar la documentación de apoyo (ej. el manual de formación y guía del usuario original) para facilitar la capacidad de los usuarios para implementar el instrumento con confianza.

El resultado de estos esfuerzos es el AGREE II, el cual está compuesto por el nuevo Manual del Usuario y una herramienta de 23 ítems organizados en los seis mismos dominios, descritos aquí. El Manual del Usuario es una modificación significativa del manual de formación y guía del usuario original y proporciona información explícita para cada uno de los 23 ítems.

II. APLICACIÓN DEL AGREE II

i) ¿Qué guías pueden ser evaluadas con el AGREE II?

Al igual que el instrumento original, el AGREE II está diseñado para evaluar guías desarrolladas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales, así como por organizaciones gubernamentales. Esto incluye versiones originales de guías y actualizaciones de guías existentes.

El AGREE II es genérico y puede aplicarse a guías sobre cualquier área de la enfermedad y sobre cualquier punto del continuado proceso de atención sanitaria, incluyendo las que traten sobre la promoción de la salud, salud pública, cribado, diagnóstico, tratamiento o intervenciones. Es adecuado tanto para las guías publicadas en papel como en formato electrónico. En su versión actual el AGREE II no ha sido diseñado para evaluar la calidad de las guías enfocadas a los aspectos organizativos de la atención en salud.

Su papel en la valoración de tecnologías sanitarias todavía no ha sido formalmente evaluado

ii) ¿Quién puede utilizar el AGREE II?

Se pretende que el AGREE II pueda ser utilizado por los siguientes grupos implicados o interesados:

- Por los proveedores de cuidados o atención de la salud que deseen llevar a cabo su propia evaluación de una guía, antes de adoptar sus recomendaciones en su práctica.
- Por los elaboradores de guías para que sigan una metodología de elaboración estructurada y rigurosa, para llevar a cabo una evaluación interna que asegure la calidad de sus guías, o para evaluar guías de otros grupos para su potencial adaptación a su propio contexto.
- Por los gestores y responsables de las políticas de salud para ayudarles a decidir qué guías podrían ser recomendadas para su uso en la práctica, o para orientar decisiones en gestión o políticas de salud.
- Por educadores para ayudar a mejorar las habilidades de evaluación crítica entre profesionales de la salud y para enseñar las competencias fundamentales en el desarrollo y presentación de guías.

III. RECURSOS CLAVE Y REFERENCIAS

i) AGREE Research Trust

El «AGREE Research Trust (ART)» es una entidad independiente establecida en 2004 al finalizar las actividades de la Colaboración AGREE original. ART respalda el AGREE II y gestiona los intereses de la iniciativa AGREE, apoya una agenda de investigación dirigida a su desarrollo y es la depositaria de los derechos de autor.

El sitio web del «AGREE Research Trust» <http://www.agreetrust.org> aporta:

- Ejemplares descargables gratuitos del AGREE II.
- Enlaces a la herramienta de formación en línea del AGREE II.
- Listas de referencias citando el AGREE II y el Instrumento AGREE original.
- Ejemplares descargables gratuitos del instrumento AGREE original.
- Información sobre proyectos AGREE, el «AGREE Next Steps Consortium» y la Colaboración AGREE original.

ii) Cómo citar el AGREE II

AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado «día, mes, año», de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>;

iii) Herramientas de formación en línea del AGREE II

Para el acceso a las herramientas de formación en línea del AGREE II, visite <http://agreetrust.org>

II. MANUAL DEL USUARIO:

Este Manual del Usuario ha sido diseñado específicamente para orientar a los evaluadores en la utilización del instrumento. Sugerimos leer cuidadosamente las siguientes instrucciones antes de usar el instrumento.

I. PREPARÁNDOSE PARA UTILIZAR EL AGREE II

i) Documentos que acompañan a la Guía

Los usuarios deben leer primero y cuidadosamente el documento completo de la guía antes de comenzar a aplicar el AGREE II. Además del documento de la guía, los usuarios deberían intentar identificar toda la información acerca del proceso de desarrollo de la guía, previa a su evaluación. Esta información puede estar contenida en el mismo documento que las recomendaciones de la guía o podrá ir resumida en un informe técnico aparte, en un manual metodológico o en informes de programas para el desarrollo de guías de práctica clínica. Estos documentos de apoyo pueden estar publicados o estar disponibles al público en sitios web. Si bien es responsabilidad de los autores de las guías advertir a los lectores de la existencia y localización de la documentación técnica y de apoyo relevante, los usuarios del AGREE II deben realizar todos los esfuerzos para localizarlos e incluirlos como parte de los materiales disponibles para la evaluación de la guía.

ii) Número de evaluadores

Recomendamos que cada guía sea evaluada por, al menos 2 evaluadores y preferiblemente por 4, ya que esto incrementará la fiabilidad de la evaluación. Estudios de fiabilidad del instrumento se encuentran en desarrollo.

II. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL AGREE II

El AGREE II consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global («Evaluación global»). Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la guía.

Dominio 1. Alcance y Objetivo alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).

Dominio 2. Participación de los implicados se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).

Dominio 3. Rigor en la Elaboración hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas (ítems 7-14).

Dominio 4. Claridad de la Presentación tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía (ítems 15-17).

II. MANUAL DEL USUARIO:

Dominio 5. Aplicabilidad hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos (ítems 18-21).

Dominio 6. Independencia editorial tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).

La *Evaluación global* incluye una puntuación de la calidad general de la guía y sobre si la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica.

III. ESCALA DE PuntuACIÓN Y SECCIONES DEL MANUAL DEL USUARIO

Cada uno de los ítems del AGREE II y los dos ítems de la evaluación global están graduados mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 «Muy en desacuerdo» hasta el 7 «Muy de acuerdo»). El Manual del Usuario proporciona indicaciones sobre cómo puntuar cada ítem utilizando la escala de puntuación e incluye también 3 secciones adicionales para facilitar aún más la evaluación por parte del usuario. Las secciones incluidas son Descripción del Manual del Usuario, Dónde Buscar y Cómo Puntuar.

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.

ii) Descripción del manual del usuario

Esta sección define en términos generales los conceptos relacionados con cada ítem y aporta ejemplos.

iii) Dónde buscar

Esta sección dirige al evaluador hacia donde la información suele encontrarse en las guías. Esta sección incluye términos que habitualmente se utilizan para nombrar secciones o capítulos en las guías. *Son tan sólo sugerencias.* Es responsabilidad del evaluador revisar la guía en su totalidad y los materiales que la acompañan para garantizar una evaluación justa.

iv) Cómo puntuar

Esta sección incluye detalles acerca de los criterios de evaluación y consideraciones específicas para cada ítem.

- Los *criterios* identifican elementos explícitos que reflejan la definición operativa del ítem. Cuantos más criterios se cumplan, mayor será la puntuación que la guía recibirá en ese ítem.
- Las *consideraciones* tienen por objeto ayudar a una evaluación informada. Como en cualquier evaluación, se requiere que los evaluadores hagan un juicio. Cuantas más consideraciones hayan sido tenidas en cuenta, mayor será la puntuación que reciba la guía en ese ítem.

Es importante resaltar que las puntuaciones de la guía requieren un nivel de juicio. Los criterios y consideraciones sirven de orientación, y no para reemplazar estos juicios.

Por tanto, ninguno de los ítems del AGREE II aporta expectativas explícitas para cada uno de los 7 puntos de la escala.

v) Otras consideraciones al utilizar el AGREE II

En ocasiones, algunos ítems del AGREE II pueden no ser aplicables a alguna guía a evaluar. Por ejemplo, las guías con un objetivo muy reducido pueden no aportar todo el rango completo de opciones para el manejo de la condición (ver ítem 16). El AGREE II no incluye una respuesta tipo «No Aplicable» en su escala. Hay diferentes estrategias para manejar esta situación que incluyen que el evaluador omita ese ítem en el proceso de evaluación o que puntue ese ítem como 1 (ausencia de información) y aportando comentarios sobre la puntuación. *Independientemente de la estrategia elegida, las decisiones deben hacerse previamente, describirse de una forma explícita y, si se omiten los ítems, deben tomarse medidas para modificar adecuadamente los cálculos de la puntuación del dominio. En principio, se desaconseja excluir ítems en el proceso de evaluación.*

IV. PUNTUANDO EL AGREE II

Para cada uno de los seis dominios del AGREE II se calcula una puntuación de calidad. Las puntuaciones de los seis dominios son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad.

i) Calcular la puntuación de los dominios

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 ese dominio.

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

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

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

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

Puntuación estandarizada del dominio sería

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

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

ii) Interpretar la puntuación del dominio

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

V. EVALUACIÓN GLOBAL

Tras completar los 23 ítems, los usuarios del AGREE II deben realizar dos evaluaciones globales de la guía. Esta evaluación global requiere del usuario un juicio sobre la calidad de la guía, teniendo en cuenta los criterios considerados en el proceso de evaluación. También se pregunta al usuario sobre si recomendaría el uso de la guía.

Las páginas siguientes incluyen, por dominios, instrucciones para puntuar cada uno de los 23 ítems del AGREE II cuando se evalúa una guía. Cada ítem incluye una descripción, sugerencias sobre donde encontrar la información del ítem, y orientación sobre cómo puntuar.

DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVO

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.

ALCANCE Y OBJETIVO

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Este apartado trata del potencial impacto en salud de una guía sobre la sociedad y las poblaciones de pacientes o individuos. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía debe(n) describirse en detalle y los beneficios esperados en salud de la guía deben ser específicos al problema clínico o tema sanitario. Por ejemplo, afirmaciones específicas serían:

- Prevenir complicaciones (a largo plazo) en pacientes con diabetes mellitus.
- Disminuir el riesgo de nuevos incidentes vasculares en pacientes con infarto de miocardio previo.
- Estrategias poblacionales más efectivas para cribado colorrectal.
- Proporcionar orientación sobre el tratamiento y manejo más efectivo de los pacientes con diabetes mellitus.

Dónde buscar

Examine los párrafos/capítulos iniciales para encontrar una descripción del alcance y objetivo de la guía. En algunos casos, la justificación o necesidad de elaboración de la guía se describe en un documento separado de la guía, por ejemplo en la propuesta de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: Introducción, Alcance, Propósito, Motivos, Antecedentes, y Objetivos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Objetivo(s) de salud (por ejemplo: prevención, cribado, diagnóstico, tratamiento, etc...).
- Beneficio o resultado esperado.
- Diana(s) (por ejemplo: población de pacientes, sociedad).

Consideraciones adicionales:

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?

ALCANCE Y OBJETIVO

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Los aspectos de salud abordados por la guía deben estar descritos detalladamente, en particular las recomendaciones clave (ver ítem 17), aunque no necesariamente necesiten estar expresados como preguntas.

Siguiendo con los ejemplos descritos en el ítem 1:

- En pacientes con diabetes mellitus, ¿cuántas veces al año debe medirse la Hb1Ac?
- En pacientes con infarto agudo de miocardio confirmado, ¿cuál debe ser la dosis diaria de aspirina?
- El cribado colorrectal poblacional usando el test de sangre oculta en heces ¿reduce la mortalidad por cáncer colorrectal?
- ¿Es efectivo el autocontrol de la glucosa sanguínea en pacientes con diabetes tipo 2?

Dónde buscar

Examine los párrafos/capítulos iniciales para encontrar una descripción del alcance y objetivo de la guía. En algunos casos, las preguntas se describen en un documento separado de la guía, por ejemplo en la descripción de la búsqueda. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: Preguntas, Alcance, Propósito, Motivos y Antecedentes.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Población diana.
- Intervención(es) o exposición(es).
- Comparación(es) (si es el caso).
- Resultado(s).
- Ámbito o contexto de la atención en salud.

Consideraciones adicionales:

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Hay suficiente información en la(s) pregunta(s) para que cualquiera inicie el desarrollo de una guía en este mismo tema o para comprender cuáles son los pacientes/poblaciones y contextos perfilados en la guía?

ALCANCE Y OBJETIVO

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

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

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

Dónde buscar

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

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

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

Consideraciones adicionales

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

DOMINIO 2. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

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.

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Este ítem se refiere a los profesionales que participan en alguna fase del proceso de elaboración de la guía. Aquí se pueden incluir a miembros del grupo coordinador, al grupo de investigación encargado de seleccionar y revisar/calificar la evidencia y a los individuos encargados de formular las recomendaciones finales. *Este ítem excluye a los revisores externos de la guía (ver elemento 13), y a los representantes de la población diana (ver elemento 5).* Debe facilitarse información sobre la composición, formación académica y experiencia relevante del equipo elaborador de la guía.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos iniciales, sección de agradecimientos o anexos para la composición del grupo elaborador de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, lista de miembros del panel de la guía, agradecimientos, y anexos.

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.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se ajustan de forma apropiada los miembros con el tema y alcance de la guía? Los candidatos potenciales incluyen clínicos relevantes, expertos en la materia, investigadores, planificadores sanitarios, gestores clínicos, y financiadores.
- ¿Existe al menos un experto en metodología en el grupo elaborador? (por ejemplo: un experto en revisiones sistemáticas, un epidemiólogo, un experto en estadística, un documentalista, etc...).

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.)

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

La información sobre las experiencias de la población diana y sus expectativas acerca de la atención sanitaria deben tenerse en cuenta en el desarrollo de guías de práctica clínica. Hay varios métodos para asegurar que las perspectivas de los interesados sean tenidas en cuenta durante las diferentes fases del desarrollo de la guía. Por ejemplo, consultas formales a pacientes/público para determinar los temas prioritarios, participación de los interesados en el grupo elaborador de la guía, o en la revisión externa de los borradores de la guía. Alternativamente, se puede obtener información a través de entrevistas a los interesados, o de revisiones de la literatura acerca de los valores, preferencias o experiencias de los pacientes/público. Debe haber evidencia de que alguno de estos procesos se ha realizado y que los puntos de vista de los interesados se han considerado.

Dónde buscar

Examinar los párrafos del proceso de elaboración de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: alcance, métodos, lista de miembros del panel de la guía, revisión externa y perspectivas de la población diana.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Mención del tipo de estrategia usada para captar los puntos de vista y las preferencias de los pacientes/público (por ejemplo, participación en el grupo elaborador de la guía, revisión bibliográfica sobre valores y preferencias).
- Métodos usados en la búsqueda de puntos de vista y preferencias (por ejemplo, evidencia obtenida de la revisión bibliográfica, encuestas, grupos focales).
- Información/resultados recogidos sobre la información de los pacientes/público.
- Descripción de cómo la información recogida fue usada durante el proceso de elaboración de la guía y/o en la formulación de las recomendaciones.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Los usuarios a los cuales se dirige la guía deben estar claramente definidos en la misma, de modo que el lector pueda determinar de inmediato si la guía es relevante para ellos. Por ejemplo, los usuarios diana de una guía sobre el dolor lumbar pueden incluir médicos generales, neurólogos, cirujanos ortopédicos, reumatólogos y fisioterapeutas.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos iniciales para una descripción de los usuarios diana de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: usuario diana y usuario al que va dirigido.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Clara descripción de la audiencia a la que va dirigida la guía (por ejemplo, especialistas, médicos de familia, pacientes, líderes/administradores clínicos o institucionales).
- Descripción de cómo la guía puede ser usada por su audiencia diana (por ejemplo, para ayudar en la toma de decisiones clínicas, o de planificación sanitaria, para establecer estándares de cuidados).

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Son los usuarios diana apropiados para el alcance de la guía?

DOMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN

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 utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
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.

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Deben aportarse los detalles de la estrategia utilizada para la búsqueda de la evidencia incluyendo los términos de búsqueda usados, las fuentes consultadas y el rango de fechas cubierto. Las fuentes pueden incluir bases de datos electrónicas (por ejemplo, MEDLINE, EMBASE, CINAHL), bases de datos de revisiones sistemáticas (por ejemplo, Cochrane Library, DARE) búsqueda manual en revistas, revisión de comunicaciones de congresos y otras guías clínicas (por ejemplo, en la US National Guideline Clearinghouse, German Guidelines Clearinghouse y en GuíaSalud [incluida en la versión traducida al español]). La estrategia de búsqueda debe ser tan exhaustiva como sea posible, debe llevarse a cabo de manera que evite posibles sesgos, y ser lo suficientemente detallada como para poder ser reproducible.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía. En algunos casos las estrategias de búsqueda se describen en documentos separados o en un anexo de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, estrategia de búsqueda bibliográfica, y anexos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Se nombran las bases de datos electrónicas o las fuentes de evidencia donde se realizaron las búsquedas (por ejemplo, MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL).
- Los períodos de búsqueda (por ejemplo, del 1 de enero de 2004 al 31 de marzo de 2008).
- Términos de búsqueda utilizados (por ejemplo, palabras del texto, términos indexados, subencabezamientos).
- Estrategia de búsqueda completa utilizada (por ejemplo, posiblemente localizada en los anexos).

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Es la búsqueda relevante y apropiada para responder la pregunta clínica? (por ejemplo, uso de todas las bases de datos y términos de búsqueda relevantes)
- ¿Se aporta la suficiente información para que cualquiera pueda reproducir la búsqueda?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Deben aportarse los criterios de inclusión/exclusión de la evidencias identificada mediante la búsqueda. Estos criterios deben ser descritos explícitamente y las razones para incluir y excluir las evidencias deben estar claramente establecidas. Por ejemplo, los autores de la guía pueden decidir incluir sólo evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y excluir los estudios no escritos en inglés.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos que describen el proceso de elaboración de la guía. En algunos casos los criterios de inclusión o exclusión para seleccionar la evidencia están descritos en documentos separados o en un anexo de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, búsqueda bibliográfica, criterios de inclusión/exclusión, y anexos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción de los criterios de inclusión, incluyendo:
 - Características de la población diana (paciente, público, etc.).
 - Diseño del estudio.
 - Comparaciones (si fuese relevante).
 - Resultados.
 - Idioma (si fuese relevante).
 - Contexto (si fuese relevante).
- Descripción de los criterios de exclusión (si fuese relevante; por ejemplo: el que aparezca el *francés solamente* en los criterios de inclusión, excluiría lógicamente el que aparezcan listados los idiomas distintos del francés en los criterios de exclusión).

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se dan las razones por las que se eligen los criterios de inclusión/exclusión?
- ¿Son coherentes los criterios de inclusión/exclusión con las preguntas clínicas?
- ¿Hay razones para pensar que no se ha tenido en cuenta bibliografía relevante?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Se debe proporcionar descripciones sobre las fortalezas y las limitaciones de las evidencias. Esto incluye descripciones explícitas (usando métodos / herramientas formales o informales) para evaluar y describir el riesgo de sesgos de los estudios individuales y/o de los resultados específicos y/o comentarios explícitos al conjunto de la evidencia de todos los estudios. Esto puede presentarse de diferentes maneras, por ejemplo: usando tablas donde se comentan los diferentes componentes de calidad; aplicando un instrumento o estrategia formal (por ejemplo, la escala de Jadad, el método GRADE), o realizando descripciones en el texto.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos que describen el proceso de desarrollo de la guía en busca de información aportada sobre la calidad metodológica de los estudios (por ejemplo, el riesgo de sesgos). Las tablas de evidencia se usan a menudo para presentar de forma resumida las características de calidad. Algunas guías hacen una clara distinción entre descripción e interpretación de la evidencia, por ejemplo, en el apartado de resultados y en el de discusión, respectivamente.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción de cómo el cuerpo de evidencia fue evaluado en busca de sesgos y cómo fue interpretado por los miembros del grupo elaborador de la guía.
- Los aspectos sobre los que se enmarcan las descripciones incluyen:
 - Diseño(s) de los estudios incluidos en el cuerpo de evidencia.
 - Limitaciones metodológicas del estudio (muestreo, cegamiento, ocultación de la asignación, métodos de análisis).
 - Adecuación/relevancia de las variables resultado primarias y secundarias consideradas.
 - Consistencia de los resultados entre los estudios.
 - Dirección de los resultados entre los estudios.
 - Magnitud del beneficio frente a la magnitud del daño.
 - Aplicabilidad al contexto de la práctica clínica.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Son las descripciones apropiadas, neutrales, y no sesgadas? ¿Son las descripciones completas?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Debe haber una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones y de cómo se ha llegado a las decisiones finales. Los métodos incluyen, por ejemplo, un sistema de votación, consenso informal, y técnicas formales de consenso (por ejemplo, Delphi, Glaser). Deben especificarse las áreas de desacuerdo y los métodos para resolverlas.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía. En algunos casos los métodos empleados para formular las recomendaciones aparecen en documentos separados o en un anexo a la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos y proceso de elaboración de la guía.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción del proceso de elaboración de las recomendaciones (por ejemplo, pasos usados en la técnica Delphi modificada, procedimientos de votación que fueron considerados).
- Resultados del proceso de elaboración de las recomendaciones (por ejemplo, hasta qué punto se alcanzó consenso usando la técnica Delphi modificada, resultado del procedimiento de votación).
- Descripción de cómo el proceso influyó en las recomendaciones (por ejemplo, resultados de la técnica Delphi influyen en la recomendación final, alineación con las recomendaciones y el voto final).

Consideraciones adicionales:

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se utilizó un proceso formal para llegar a las recomendaciones?
- ¿Fueron apropiados los métodos?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

La guía debe considerar los beneficios en salud, efectos secundarios y riesgos cuando se formulan las recomendaciones. Por ejemplo una guía para el manejo del cáncer de mama debe incluir una discusión sobre los efectos globales en los distintos resultados finales. Estos pueden incluir: supervivencia, calidad de vida, efectos adversos, y manejo de los síntomas o una discusión comparando una opción de tratamiento con otra. Debe presentarse evidencia que dichos temas han sido considerados.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos que describen el proceso de elaboración de la guía para una descripción del cuerpo de evidencia, su interpretación y traslación a recomendaciones de práctica clínica. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, interpretación, discusión y recomendaciones.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Mención de los beneficios y datos que lo apoyan.
- Mención de los daños/efectos secundarios/riesgos y datos que lo apoyan.
- Mención del balance entre beneficios y daños/efectos secundarios/riesgos.
- Las recomendaciones reflejan las consideraciones tanto de los beneficios como de los daños/efectos secundarios/riesgos.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Es la discusión una parte integral del proceso de elaboración de la guía? (por ejemplo, teniendo lugar durante la formulación de la recomendación, en vez de tras ella, como si de una idea de última hora se tratase).
- ¿Ha considerado el grupo elaborador de la guía los beneficios y daños por igual?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

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

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Debe haber una relación explícita entre cada recomendación y las evidencias en las que están basadas. Los usuarios de la guía deberían ser capaces de identificar los componentes del cuerpo de evidencia, relevantes para cada recomendación.

Dónde buscar

Define y examina las recomendaciones en la guía, y el texto que describe el cuerpo de la evidencia que las respalda. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: recomendaciones y evidencia clave.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- La guía describe cómo el grupo elaborador de la guía usó y enlazó la evidencia para elaborar las recomendaciones.
- Cada recomendación está enlazada a una descripción/párrafo de evidencia clave y/o lista de referencias.
- Las recomendaciones están enlazadas a los resúmenes de evidencia, tablas de evidencia que están en la sección de resultados de la guía.

Consideraciones adicionales

- ¿Existe congruencia entre la evidencia y las recomendaciones?
- ¿La relación entre las recomendaciones y la evidencia en las que se apoya es fácil de encontrar en la guía?
- Cuando se carece de evidencia o una recomendación se realiza fundamentalmente mediante el consenso de opiniones del grupo de la guía, en vez de con la evidencia, ¿esto está claramente establecido y descrito?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

La guía debe ser revisada externamente antes de su publicación. Los revisores no deben haber estado implicados en el grupo elaborador y deben incluir expertos en el área clínica y expertos en metodología. También pueden incluirse a los representantes de la población diana (pacientes, población). Debe presentarse una descripción de la metodología utilizada para realizar la revisión externa, la cual puede incluir una lista de los revisores y su filiación.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía y la sección de reconocimientos. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, resultados, interpretación y reconocimientos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Propósito e intención de la revisión externa (por ejemplo, mejorar la calidad, reunir opiniones sobre el borrador de las recomendaciones, evaluar aplicabilidad y viabilidad, diseminar la evidencia).
- Métodos usados para realizar la revisión externa (por ejemplo, escala de evaluación, preguntas abiertas).
- Descripción de los revisores externos (por ejemplo: número, tipo de revisores, afiliaciones).
- Resultados/información recogida de la revisión externa (por ejemplo, resumen de los hallazgos clave).
- Descripción de cómo la información recogida fue utilizada para ayudar en el proceso de elaboración de la guía y/o formulación de las recomendaciones (por ejemplo, el panel de la guía tuvo en cuenta los resultados de la revisión para elaborar las recomendaciones finales).

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Son los revisores externos relevantes y apropiados para el alcance de la guía? ¿Se dio una justificación para la elección de los revisores escogidos?
- ¿Cómo fue utilizada la información de la revisión externa por el grupo elaborador de la guía?

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Las guías deben reflejar el estado actual de la investigación. Debe proporcionarse una clara descripción del procedimiento de actualización de la guía. Por ejemplo, se incluye un cronograma o se establece un panel permanente que recibe regularmente actualizaciones de búsquedas bibliográficas y realiza los cambios requeridos.

Dónde buscar

Examinar los párrafos de introducción, los párrafos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía y los párrafos finales. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, actualización de la guía y fecha de la guía.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Una declaración de que la guía será actualizada.
- Intervalo explícito de tiempo o criterios explícitos para guiar las decisiones sobre cuándo una actualización será llevada a cabo.
- Se aporta la metodología para el procedimiento de actualización.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se aporta suficiente información para saber cuándo se realizará una actualización o qué criterios indicarían una actualización?

DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

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.

CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario:

Una recomendación debe ofrecer una descripción concreta y precisa sobre qué medida es adecuada, en qué situación y en qué grupo de pacientes, sobre la base de las evidencias disponibles.

- Un ejemplo de recomendación específica sería: los antibióticos han de ser prescritos en niños de dos o más años con un diagnóstico de otitis media aguda si el dolor persiste más de tres días o si las molestias empeoran tras la consulta, a pesar de un adecuado tratamiento con analgésicos; en estos casos se debe administrar amoxicilina durante 7 días (añadiendo aquí un cuadro de dosificación).
- Un ejemplo de una recomendación ambigua sería: los antibióticos están indicados en casos de una evolución anormal o complicada.

Sin embargo, la evidencia no es siempre clara y puede haber dudas sobre la estrategia más adecuada. En este caso, la incertidumbre debe ser mencionada en la guía de forma explícita.

Dónde buscar

Definir y examinar las recomendaciones en la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: recomendaciones y resumen principal.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Mención de la acción recomendada.
- Identificación de la intención o propósito de la acción recomendada (por ejemplo, mejorar la calidad de vida, disminuir los efectos secundarios).
- Identificación de la población relevante (por ejemplo, pacientes, público).
- Advertencias o matizaciones, si fuese relevante (por ejemplo, pacientes o condiciones para los que las recomendaciones no se aplicarían).

Consideraciones adicionales

- En el caso de múltiples recomendaciones (por ejemplo, guías de manejo de un proceso), ¿está claro a quién se aplica cada recomendación?
- Si existe incertidumbre en la interpretación y discusión de la evidencia, ¿es esa incertidumbre reflejada en las recomendaciones y explícitamente mencionada?

CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Una guía dirigida al manejo de una enfermedad debe considerar las diferentes opciones para el cribado, prevención, diagnóstico o tratamiento de la condición que aborda. Estas posibles opciones deben estar claramente presentadas en la guía.

Por ejemplo, una recomendación sobre el manejo de la depresión debe incluir las siguientes alternativas:

- El tratamiento con antidepresivos tricíclicos.
- El tratamiento con ISRS.
- La psicoterapia.
- La combinación de terapias farmacológicas y psicoterapia.

Dónde buscar

Examinar las recomendaciones y la evidencia que las apoya. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: resumen principal, recomendaciones, discusión, opciones de tratamiento y alternativas de tratamiento.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción de las opciones.
- Descripción de la población o de la situación clínica más apropiada para cada opción.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Pertenece a una guía de alcance amplio o estrecho? Este ítem puede ser más relevante para guías que son de amplio alcance (por ejemplo, abarcan el manejo de una condición o tema más que focalizarse en un grupo particular de intervenciones para una condición/tema específico).

CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables

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

Comentarios:

Descripción del Manual del Usuario:

Los usuarios deben poder encontrar fácilmente las recomendaciones más relevantes. Tales recomendaciones responden a las principales preguntas clínicas abordadas en la guía. Pueden identificarse de diversas formas. Por ejemplo, pueden ser resumidas en un recuadro, escritas en negrita, subrayadas o presentadas mediante diagramas de flujo o algoritmos.

Dónde Buscar:

Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: resumen principal, conclusiones, y recomendaciones. Algunas guías incluyen aparte un resumen con las recomendaciones clave (por ejemplo: guía de referencia rápida).

Cómo Puntuar:

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción de las recomendaciones en un cuadro resumen, con letra en negrita, subrayada o presentadas como diagrama de flujo o algoritmos.
- Recomendaciones específicas están agrupadas en una sección.

Consideraciones adicionales:

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se seleccionaron de forma apropiada las recomendaciones claves y reflejan éstas los mensajes claves de la guía?
- ¿Están agrupadas las recomendaciones específicas en una sección ubicada cerca del resumen de la evidencia clave?

DOMINIO 5. APLICABILIDAD

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 auditoría.

APLICABILIDAD

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Puede haber factores facilitadores y barreras que influyan en la aplicación de las recomendaciones de la guía. Por ejemplo:

- Una guía sobre accidentes cerebrovasculares puede recomendar que el cuidado sea coordinado a través de unidades y servicios especializados en accidentes cerebrovasculares. Puede haber un mecanismo especial de financiación en la región que permita la formación de estas unidades.
- Una guía sobre diabetes en atención primaria puede requerir que los pacientes sean atendidos y que se realice el seguimiento en unidades clínicas especializadas en diabetes. Puede ocurrir que haya un número insuficiente de médicos disponibles en una región que permita el establecimiento de estas clínicas.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos de disseminación/ implementación de la guía o, si está disponible, documentos adicionales con planes o estrategias específicas para la implementación de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: barreras, utilización de la guía e indicadores de calidad.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Identificación de los tipos de factores facilitadores y barreras que se consideraron.
- Métodos usados para buscar información sobre los factores facilitadores y barreras para implementar las recomendaciones (por ejemplo, información proveniente de participantes implicados clave, pilotaje de la guía antes de su implementación generalizada).
- Información/descripción de los tipos de factores facilitadores y barreras que surgieron de la búsqueda (por ejemplo, los médicos tienen las habilidades para proporcionar los cuidados recomendados; no se dispone de equipo suficiente para garantizar que todos los miembros elegibles de la población reciban una mamografía).
- Descripción de cómo la información influyó en el proceso de elaboración de la guía y/o en la formulación de las recomendaciones.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Sugiere la guía estrategias específicas para resolver las barreras?

APLICABILIDAD

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Para que una guía sea efectiva necesita ser diseminada e implementada mediante materiales adicionales. Estos pueden incluir, por ejemplo, un documento resumen, una guía de consulta rápida, herramientas educativas, resultados de una prueba piloto, folletos para pacientes o soporte informático. Cualquier material adicional debe ser suministrado junto con la guía.

Dónde buscar

Examinar el párrafo de diseminación/implementación de la guía y, si están disponibles, los materiales de acompañamiento específicos que han sido elaborados para sustentar la diseminación e implementación de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: herramientas, recursos, implementación y anexos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Una sección de implementación en la guía.
- Herramientas y recursos para facilitar su aplicación:
 - Documentos resumidos de la guía.
 - Enlaces a listas de comprobación, algoritmos.
 - Enlaces a manuales de ayuda.
 - Soluciones vinculadas a análisis de barreras (ver ítem 18).
 - Herramientas para sacar provecho de los facilitadores de la guía (ver ítem 18).
 - Resultado del pilotaje y lecciones aprendidas.
- Indicaciones sobre cómo los usuarios pueden acceder a herramientas y recursos.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Hay información sobre el desarrollo de las herramientas de implementación y de los procedimientos de validación?

APLICABILIDAD

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Las recomendaciones pueden requerir recursos adicionales para su aplicación. Por ejemplo, puede necesitarse más personal especializado, nuevos equipos o tratamientos farmacológicos caros. Esto puede tener implicaciones económicas sobre los presupuestos de los sistemas de salud. La guía debe recoger una discusión sobre el impacto potencial de las recomendaciones sobre los recursos.

Dónde buscar

Examinar el/los párrafo/s de diseminación/implementación de la guía o, si están disponibles, documentos adicionales con planes o estrategias específicas para la implementación de la guía. Algunas guías presentan la implicación en los costes en los párrafos en los que se discute la evidencia o las decisiones detrás de las recomendaciones. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, coste utilidad, coste efectividad, costes de adquisición e implicaciones sobre los presupuestos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Identificación de los tipos de información sobre costes que se consideraron (por ejemplo, evaluaciones económicas, costes de adquisición de medicamentos).
- Métodos que se usaron para buscar información sobre costes (por ejemplo, un economista de la salud fue parte del panel de elaboración de la guía, uso de evaluaciones de tecnologías sanitarias para medicamentos específicos, etc...).
- Información/descripción de la información sobre costes que surgió de la búsqueda (por ejemplo: Costes específicos de adquisición de medicamentos por ciclo de tratamiento individual).
- Descripción de cómo la información recogida fue utilizada para ayudar en el proceso de elaboración de la guía y/o formulación de las recomendaciones.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Hubo expertos apropiados implicados en la búsqueda y análisis de la información sobre costes?

APLICABILIDAD

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Medir la aplicación de las recomendaciones de la guía puede facilitar su uso continuado. Esto requiere criterios claramente definidos derivados de las recomendaciones clave de la guía. Los criterios pueden incluir mediciones del proceso, mediciones de la conducta, mediciones de resultados clínicos o de salud. Ejemplos de criterios de monitorización y auditoría son:

- La HbA1c debe ser < 8,0%.
- El nivel de presión arterial diastólica debe ser < 95 mmHg.
- El 80% de la población con 50 años de edad debe recibir cribado de cáncer colorrectal mediante pruebas de sangre oculta en heces.
- Si las molestias por otitis media aguda persisten más de tres días, debe prescribirse amoxicilina.

Dónde buscar

Examinar el párrafo/capítulo de auditoría o monitorización del empleo de la guía o, si están disponibles, documentos adicionales con planes o estrategias específicos para evaluación de la guía. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: recomendaciones, indicadores de calidad y criterios de auditoría.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Identificación de criterios para evaluar la implementación de la guía o adherencia a las recomendaciones.
- Criterios para evaluar el impacto de implementar las recomendaciones.
- Consejos sobre la frecuencia e intervalo de medición.
- Descripciones o definiciones operativas de cómo deben medirse los criterios.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Se proporciona una variedad de criterios incluyendo mediciones del proceso, de la conducta y de resultados clínicos o de salud?

DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL

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.

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

Algunas guías se desarrollan con financiación externa (por ejemplo, fondos gubernamentales, asociaciones profesionales, ONGs, compañías farmacéuticas). La ayuda puede ser una contribución financiera para el desarrollo completo de la guía o para alguna de sus partes (por ejemplo, impresión de las guías). Debe haber una declaración explícita de que los puntos de vista o intereses de los financiadores no han influenciado las recomendaciones finales.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos en los que se describe el proceso de elaboración de la guía o la sección de reconocimientos. Ejemplos de secciones o capítulos de las guías donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: nota legal o exención de responsabilidades y fuente de financiación.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- El nombre de la entidad financiadora o fuente de financiación (o declaración explícita de no tener financiación).
- Declaración de que la entidad financiadora no influyó en el contenido de la guía.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Cómo abordó el grupo elaborador de la guía la influencia potencial de la entidad financiadora?

INDEPENDENCIA EDITORIAL

23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía

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

Comentarios:

Descripción del manual del usuario

En algunas circunstancias, los miembros del grupo elaborador pueden tener conflictos de interés. Por ejemplo, esto puede aplicarse a aquellos miembros del equipo elaborador cuya investigación sobre el tema de la guía está también financiada por una compañía farmacéutica. Debe haber una declaración explícita de que todos los miembros del grupo han declarado la existencia, o no, de algún conflicto de interés.

Dónde buscar

Examinar los párrafos/capítulos que describen el grupo elaborador de la guía o la sección de reconocimientos. Ejemplos de secciones o capítulos de la guía donde con frecuencia se puede encontrar esta información serían: métodos, conflictos de interés, panel de la guía y anexos.

Cómo puntuar

El contenido del ítem incluye los siguientes criterios:

- Descripción de los tipos de conflictos de interés considerados.
- Métodos usados para buscar los potenciales conflictos de interés.
- Descripción de los conflictos de interés.
- Descripción de cómo los conflictos de interés influyeron en el proceso de elaboración de la guía y en el desarrollo de las recomendaciones.

Consideraciones adicionales

- ¿El ítem está bien escrito? ¿Las descripciones son claras y concisas?
- ¿Es fácil de encontrar en la guía el contenido del ítem?
- ¿Qué medidas se tomaron para minimizar la influencia de los conflictos de interés en el desarrollo de la guía o la formulación de las recomendaciones?

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

1. Puntúe la calidad global de la guía.

1 La calidad más baja posible	2	3	4	5	6	7 La calidad más alta posible
----------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------

2. ¿Recomendaría esta guía para su uso?

- Sí
- Sí, con modificaciones
- No

Notas:

Descripción del manual del usuario

La evaluación global requiere que el usuario del AGREE II haga un juicio de la calidad de la guía, teniendo en cuenta la calificación de los ítems considerados en el proceso de evaluación.

1. RTWG: Return to work guide. (Nueva Zelanda 2005)
2. MDG: MD Guidelines. (EEUU online)
3. ODG: Official disability guidelines(EEUU online)
4. TMPG: Tackling musculoskeletal problems a guide for clinic & workplace (UK 2009)
5. GPMMD: Guidance on the prevention and management of MDs in the workplace (Irlanda2013)
6. WRG: Work related MDS Guide &Tools for modified work (Canada2005)