

 <p>E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2</p>	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

1. CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:

Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (quien realiza el documento)	Maritza Murcia Muñoz	Auditora de Calidad	Calidad	28/11/2018
Revisión (coordinador del proceso o servicio)	Gloria Osorio	Asesora OES	OES	28/11/2018
Aprobación (Oficina de Calidad)	Maritza Murcia Muñoz	Auditora de Calidad	Calidad	28/11/2018

Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios
1.0	14/03/2016 Resolución No. 91	Aprobación
2.0	05/12/2018	Inclusión de cada uno de los pasos de la Guía metodológica del Ministerio de Salud Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	1

 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION.

- 1. OBJETIVO:** Definir la metodología para la determinación, adopción, difusión, capacitación, evaluación de adherencia, retroalimentación y actualización de las **GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA**, en los servicios ofertados por la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, de tal manera que se reduzca la variabilidad de la práctica clínica, se mejore la calidad de la atención asistencial y se disminuya la probabilidad de aparición de eventos adversos.
- 2. ALCANCE:** Las actividades descritas en el presente documento deben aplicarse para todos los servicios habilitados de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Desde la selección de las guías hasta la diseminación institucional, implementación, evaluación y control.
- 3. NORMATIVIDAD:** Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- 4. GLOSARIO**

Procedimiento en salud (resolución 2003 de 2014): Es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

Guía clínica de atención (Resolución 2003 de 2014): Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia.

Opciones en el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica

- Desarrollo de Novo elaborar una guía desde el inicio (12 – 24 meses, 10 – 15 personas)
- Adaptación de GPC escogida (12-18 meses, 5 – 10 personas).
- Adopción de una GPC Escogida (Aceptar) Consiste en la adquisición o aceptación de la Guía, Adopción de nuevos métodos. (1-3 meses, 3 personas).

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	2

 <p>E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2</p>	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

Acrónimo: Siglas frecuentemente utilizadas por los equipos de salud

Evidencia (Diccionario ISQua 2008) Los datos y la información utilizada para la toma de decisiones. La evidencia puede ser derivada de la investigación, el aprendizaje experiencial, datos de los indicadores y las evaluaciones. Las pruebas se utilizan de una manera sistemática para evaluar las opciones y tomar decisiones.

Mejor Práctica (Glosario ISQua 2008) Es aquella que en un enfoque que se ha demostrado que produce resultados superiores, seleccionados por un proceso sistemático, y se ha considerado ejemplar, o ha demostrado el éxito.

Paciente trazador (Joint Comisión Internacional) Metodología de evaluación de la experiencia de un paciente a través de toda la institución

Plan de cuidado y tratamiento: Incorpora de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin

Pertinencia (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006) Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales

Pertinencia (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006) Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas. Es una variable de la dimensión de *Resultado* de la hoja radar, la cual es utilizada para realizar la calificación cuantitativa durante el proceso de autoevaluación.

5. DETERMINACIÓN DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA.

Cada año, se elabora el perfil epidemiológico que determinan las primeras causas para cada uno de los servicios habilitados y registrados en el REPS.

Para determinar las primeras causas se utilizan los datos generados por la estadística institucional.

Una vez se tengan los datos, se elabora el acta con las primeras causas de consulta por servicio y se procede de la siguiente manera:

Verificar si en el listado existen patologías nuevas, en cuyo caso se procederá a adoptar la guía respectiva siguiendo la metodología establecida internamente.

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	3

 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

6. ADOPCION DE GUIAS DE ATENCION

Teniendo en cuenta que la **ADOPCIÓN** implica la selección de una guía de práctica clínica de adecuada calidad metodológica, que responda a las preguntas clínicas de interés, para indicar su uso en la práctica clínica sin modificaciones. Las recomendaciones de la GPC adoptada no deben ser modificadas por ninguna razón.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ha establecido que las guías de atención empleadas en los servicios serán **ADOPTADAS**, cuando no se cuente con **Guías de práctica clínica** aprobadas por el Ministerio de salud.

Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico.

En caso de no estar disponibles, se utilizaran las siguientes fuentes de información

6.1. Organismos recopiladores

- NGC (National Guideline Clearinghouse) <http://www.guideline.gov/>
- NeLH (Guidelines Finder National ElectronicLibrary for Health) <http://www.library.nhs.uk/guidelinesFinder/>
- CMA Infobase (GPC producidas en Canadá) <http://www.cma.ca/cpgs/index.htm>
- Primary Care Clinical Practice Guidelines <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>
- Guiasalud <http://www.guiasalud.es/home.asp>
- GPC en castellano recogidas en Fisterra http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp
- GPC en Inglés recogidas en Fisterra http://www.fisterra.com/recursos_web/ingles/i_guias_clinicas.asp

6.2. Centros sobre metodología

- GRADE Working Group <http://www.gradeworkinggroup.org/>
- Guidelines International Network (GIN) <http://www.g-i-n.net/>

6.3. Metabuscadore

- TripDatabase <http://www.tripdatabase.com/>
- Pubgle <http://www.pubgle.com/buscar.htm>

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	4

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

6.4. Otros

- Cochrane Library (<http://www.thecochranelibrary.com/>)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR).
- The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR).
- The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- The Health Technology Assessment Database (HTA database).
- ClinicalEvidence (<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp>)
- Tripdatabase (<http://www.tripdatabase.com/index.html>)
- Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
- Embase (<http://www.embase.com>)
- El Índice Bibliográfico Español (IBECS) (<http://ibecs.isciii.es>)
- El Índice Médico Español (<http://bddoc.csic.es:8080/index.jsp>)

6.5. Indicaciones generales para la adopción de guías

Adoptar significa evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones producidas en el contexto particular de las instituciones sanitarias. Este nivel de adopción está íntimamente implicado en los procesos de **implementación** de GPC.

Todas estas actividades deben ser realizadas por un equipo multidisciplinario cuya composición y trabajo garantice la objetividad de todo el proceso a lo largo de su ejecución.

El grupo de desarrollo debe contar con la figura de un líder, que no necesariamente debe ser experto en el tópico en cuestión, pero que fundamentalmente sea capaz de facilitar el trabajo grupal, promover la participación de todos sus miembros y manejar adecuadamente eventuales conflictos que pudieran surgir en el grupo por diferencia de opiniones entre dos o más de sus miembros.

6.6. Responsabilidades:

- Establecer las reglas del funcionamiento del grupo
- Planear las reuniones del equipo.
- Asegurar que el grupo cuente con la información y recursos suficientes
- Establecer un clima de confianza
- Proveer a todos los miembros la oportunidad de participar en las discusiones y actividades
- Manejar la discusión de acuerdo con la agenda
- Estimular el debate y no presionar el acuerdo
- Resumir los puntos principales y las decisiones del debate

La búsqueda de este tipo de documentos debe realizarse de manera sistemática, organizada en 3 componentes principales: búsqueda en bases de datos bibliográficas, búsqueda en registros o compiladores de GPC nacionales o internacionales y búsqueda en organismos elaboradores; secundariamente se puede complementar con la búsqueda

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	5

 <p>E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2</p>	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

en buscadores genéricos de Internet.

7. METODOLOGIA PARA LA ADOPCION DE GUIAS

Cada institución prestadora de servicios de salud deberá realizar un proceso de adopción de todas aquellas GPC dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, involucrándolas como un referente necesario para la atención de sus usuarios y destinando los recursos necesarios conducentes a su diseminación institucional, implementación, evaluación y control; incluyéndolos en el marco de los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios.

La gerencia de la institución deberá elaborar y difundir un documento en el que adquiere el compromiso de implementar la GPC y resalta esta labor como una prioridad organizacional (Plan de Implementación).

7.1. Creación del plan institucional de implementación

La creación del plan institucional de implementación es el componente central del proceso de implementación de las GPC. Se refiere al conjunto de actividades que deben seguirse para favorecer la ganancia de habilidades, por parte de los prestadores y los pacientes, conducentes a la toma de decisiones clínicas orientadas en las recomendaciones de la GPC, a la disponibilidad de recursos para hacerlo y a la utilización sistemática de dichas recomendaciones. Para tener mayor probabilidad de éxito, cada acción y cada etapa contemplada en el plan debe tener un responsable.

No todas las recomendaciones de una GPC podrán llevarse a la práctica en todos los servicios. Las condiciones y las dinámicas institucionales, el contexto institucional y social, la presencia de barreras y facilitadores, la viabilidad de la puesta en marcha de las recomendaciones, la factibilidad económica y los recursos disponibles, entre otros muchos aspectos, pueden dificultar o favorecer la implementación. De esta forma, el diseño de cada plan requiere considerar las particularidades institucionales y así, la selección de estrategias que puedan ser más efectivas se convierte en uno de los elementos que requiere mayor atención.

7.2. Pasos para la adopción de GPC.

Paso 1: composición y funcionamiento del grupo elaborador de la guías de práctica clínica:

El equipo de trabajo encargado de realizar el proyecto debe incluir profesionales clínicos de la especialidad asociada, cada guía de atención deberá surtir los pasos definidos en el presente documento además de ser sometida a una evaluación de la calidad de la misma. (Instrumento AGRREII)

Se definirá:

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	6

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

- **Líder del grupo:** Se encarga de coordinar todas las actividades de creación y ejecución del plan de implementación, así como buscar la aprobación de las actividades por parte de las directivas. quien debe organizar las reuniones de identificación de barreras y a su vez planificar y generar compromisos entre las partes interesadas para la superación de las barreras identificadas. Debe además promover la participación efectiva de los diversos actores para fomentar la favorabilidad del entorno en el que se implementara la GPC.
- Su principal responsabilidad dentro del equipo es identificar y aprovechar los espacios institucionales de difusión de las guías.
- **Personal clínico y administrativo** de las diferentes instituciones involucradas en el proceso de implementación. Su papel es apoyar el proceso de identificación de barreras y la planificación de las estrategias para superación de las mismas.
- **Coordinador de calidad:** su principal función de monitorear los procesos para asegurarse de que cada recomendación recibe el apoyo adecuado para facilitar la aplicación y a su vez recolectar y analizar periódicamente la información necesaria para la construcción de los indicadores de seguimiento y evaluación de cumplimiento de la GPC.
- Finalmente es necesario involucrar en el equipo representantes de los usuarios finales de la GPC, para lo cual resulta importante que se realice una buena identificación de los distintos tipos de destinatarios a quienes debería difundirse la GPC dado que esto permitirá seleccionar de manera adecuada las estrategias a utilizar dentro de la amplia gama de posibilidades.

Los usuarios finales de la GPC deben estar representados por los clínicos que utilizarán las recomendaciones planteadas en las GPC (médicos generales, médicos especialistas y profesionales de la salud en general) funcionarios y personal administrativo de las instituciones de salud y pacientes.

La principal función de los representantes de los usuarios finales es colaborar con la identificación de barreras y la selección de estrategias para superarlas, así como apoyar al equipo coordinador de la estrategia de implementación en la selección y adaptación del enfoque y los mensajes a difundir de acuerdo a las particularidades propias de cada entorno de aplicación.

Paso 2 Búsqueda y selección de la evidencia científica.

La revisión bibliográfica debe ser exhaustiva, rigurosa y sistemática. Se puede comenzar por la localización de otras guías previas relevantes sobre el mismo tema, fundamentalmente a través de Internet, en las páginas web de organismos recopiladores o elaboradores de guías.

Se definirá:

- Base consultada.
- La fecha en que se realizaron las búsquedas y la fecha de la última actualización.
- Persona responsable de la búsqueda con capacidad de identificar los artículos relevantes) y especificidad (capacidad de excluir los artículos inaplicables).

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	7

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

Paso 3. Selección de la GPC.

Las instituciones de salud deben priorizar unas guías, es decir, definir cuál (es) guía (s) implementar considerando el mayor número de variables del perfil epidemiológico, posibles tales como características de la población atendida y carga de la enfermedad, así como necesidades de mejoramiento de la calidad de la atención, de disminución de la variabilidad en el manejo, o reducción de costos. Se deben identificar las recomendaciones trazadoras y pertinentes para el nivel de atención de la institución. De acuerdo con las condiciones institucionales deberá decidirse cuales de las recomendaciones planteadas en las GPC se deben implementar, en todos los casos el equipo implementador deberá tener un claro conocimiento de la práctica clínica actual para saber que recomendaciones se ejecutan en la actualidad y cuáles deben ser implementadas.

En el proceso de planeación de la implementación se deben identificar aquellos servicios que estarán involucrados, su grado de complejidad y la población sujeto de la atención, estimar la necesidad de recursos humanos (cantidad y calidad), las personas a convocar y dimensionar el funcionamiento de la organización cuando las recomendaciones sean implementadas.

Paso 4. Identificación de barreras y facilitadores.

En el contexto de implementación de GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar el que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes las sigan, mientras que los facilitadores se refieren a aquellos factores que propician o favorecen los cambios.

Las barreras como los facilitadores principalmente tienen relación con características propias de las guías, con las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales y sectoriales en las cuales se pone en marcha y se mantiene la implementación. Algunas de las barreras más frecuentemente relacionadas con estos aspectos tienen relación con la falta de aceptación de la guía, la falta de conocimiento de su existencia, conceptos o utilidades de la guía, la ausencia de un sentido de pertenencia, la falta de conocimiento en la metodología y en la MBE, el exceso de información, la falta de acceso, la resistencia al cambio, la falta de motivación, la pobre expectativa con los resultados, la falta de apoyo de las autoridades médicas o administrativas, los procesos para autorización de prescripciones, la carencia de recursos, las tendencias de la práctica clínica, las influencias de la moda, el arraigo a las creencias populares y la participación de la industria farmacéutica.

Existen diferentes técnicas para identificar barreras en la implementación de GPC. El equipo institucional debe seleccionar aquellas que mejor se adapten a su situación. Algunas de estas se mencionan a continuación:

Lluvia de ideas: profesionales relacionados con el proceso de implementación generan listados de posibles barreras que pueden encontrarse en la implementación de la GPC

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	8

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

en un su contexto específico.

Estudio de caso: corresponde a una descripción minuciosa del análisis de una situación pasada (una experiencia de implementación anterior). Usualmente involucra varias metodologías de recolección de información.

Grupos focales: discusión oral con un grupo de interesados que tienen experiencia en implementación. A diferencia de lluvia de ideas, existe retroalimentación y análisis temático de los resultados.

Técnica de grupo nominal: discusión altamente estructurada entre grupo de personas con ideas resumidas y priorizadas. Las barreras son identificadas a través de un proceso iterativo.

Paso 5. Aplicación 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 (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).

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.

Escala de puntuación

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

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

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	9

 <p>E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2</p>	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

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.

Evaluación global de la guía

Al finalizar se debe hacer una puntuación de la calidad global de la guía, para ello define entre las siguientes opciones:

Se recomienda la guía para su uso: Sí / Sí, con modificaciones / No

Valoración de la evidencia

Una vez la información ha sido obtenida el siguiente paso consiste en la valoración crítica de la evidencia, con extracción de los datos relevantes de los estudios cuyo riesgo de sesgo se ha considerado bajo.

Grado de recomendación ideal: mínimo C

Niveles de calidad de la evidencia científica: Máximo III.

Paso 6. Adopción

La Adopción incluye:

- Evidencias de ejecución de cada una de las etapas de la adopción
- Evidencias de la ejecución del análisis de la validez científica.
- Aprobación en acta de comité.

Paso 7. Elaboración de guías de atención (contenido y diagramación)

Las guías adoptadas se ajustaran en cuanto a su diagramación a la institución, sin realizar ninguna modificación al contenido y evidencia, y en todos los casos se incluirá la fuente de adopción y toda la información relacionada a derechos de autor y propiedad de la guía.

La diagramación en todos los casos no podrá ser inferior a lo establecido por el ministerio de la protección social y su contenido será el siguiente:

- Nombre de la guía.
- Objetivos.
- Población objeto.
- Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia.
- Alcance.
- Antecedentes.
- Sintomatología.
- Recomendaciones y algoritmos de manejo.
- Criterios que determinan necesidades de educación al usuario.

Paso 8. Difusión de las guías de atención.

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	10

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

Una vez se han identificado las barreras y facilitadores de la implementación se seleccionan las estrategias de diseminación más adecuadas de acuerdo a los recursos humanos, técnicos y económicos. A continuación se presentan algunas estrategias globales a tener en cuenta:

Estrategias de diseminación de GPC

1. Distribución del material, evidencia.
2. Talleres prácticos interactivos.
3. Sistemas de recuerdo.

Para la difusión de las guías se realizan por cada una de estas unas recomendaciones trazadoras, estas contienen un resumen que consolida toda la evidencia relacionada con una recomendación o un grupo de recomendaciones provenientes de una GPC. Utilizan un lenguaje directo, técnico y explícito y permiten que los profesionales de la salud accedan a la mejor evidencia disponible de forma rápida y sencilla. Así mismo, al incluir detalles de la evidencia en efectividad y seguridad, los resúmenes no solo sirven como instrumento de implementación, sino que ayudan como herramienta de capacitación.

Las guías completas deben estar disponibles permanentemente en la intranet para consulta del equipo de salud.

Se conserva evidencia de la socialización de la guía.

Paso 9. Implementación y distribución de las guías de atención.

Posterior a la difusión (socialización) se realiza la distribución al personal asistencial, deberán estar en cada área, disponibles en intranet.

Paso 10. Selección de mecanismos de evaluación y control

Para evaluar y controlar las GPC, deben seleccionarse una serie de indicadores propios del proceso de implementación de las GPC.

La revisión sistemática de modelos de implementación permite identificar diversos indicadores los cuales se clasifican de acuerdo si corresponden a estructura proceso o resultado y si pretenden determinar efectividad o impacto.

Indicadores del proceso de implementación.

1. Efectividad Impacto.
2. Estructura: Adecuación de la planta física y adquisición de tecnologías necesarias para las intervenciones recomendadas en la guía por nivel de atención.
3. Aumento de cobertura en áreas rurales y/o población vulnerable.
4. Efectividad Impacto Número de pacientes atendidos de acuerdo con las recomendaciones de la GPC.
5. Cobertura efectiva con recomendaciones de la GPC. Número de recomendaciones de las GPC incluidas en la compra y prestación de servicios en salud, Reducción del gasto de bolsillo para las nuevas intervenciones en salud.
6. Resultado Identificación de cambio de conducta clínica en el manejo de la

FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	11

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

condición de salud particular Reducción de mortalidad o número de complicaciones por condición de salud.

7. Número de profesionales de la salud necesarios para la prestación óptima del servicio. Reducción de mortalidad o número de complicaciones por condición de salud.
8. Número de profesionales de salud que prestan el servicio de salud según recomendaciones de las GPC.
9. Reducción de mortalidad o número de complicaciones por condición de salud.

Elaboración de línea de base

La línea de base es la primera medición de todos los indicadores contemplados en el plan de implementación, permite conocer el valor de los indicadores al momento de iniciarse el proceso y por ende significa identificar el punto de partida. Para construir la línea de base se sugiere tener en cuenta entre otros los indicadores contemplados en las GPC, relevantes para la institución, así mismo se puede recurrir a fuentes primarias (información propia de la institución) que permitan tener un claro conocimiento de la práctica clínica actual, o secundarias (MSPS, investigaciones, otras instituciones) para información que puede ser inferida a la institución.

El establecimiento de la línea debe hacerse antes de iniciar las actividades de implementación de tal manera que pueda tener utilidad para hacer comparaciones, evaluar los cambios que se van produciendo y el logro de los objetivos. La línea de base también facilita la programación de actividades necesarias para cumplir las recomendaciones, estimar los recursos que se requieren y proyectar las implicaciones en costos o en cambios organizativos. De no establecerse la línea de base, las evaluaciones de resultados y de impacto pueden carecer de confiabilidad.

Paso 11. Evaluación a la adherencia.

La IPS cuenta con un comité de historias clínicas, órgano encargado de garantizar la adhesión a las guías y protocolos por parte del personal de la salud, la evaluación de adherencia a guías se realizará con una frecuencia trimestral, utilizando una herramienta de evaluación estandarizada.

La evaluación de la adherencia debe cumplir con las siguientes características:

- Se evalúan todas las guías en ciclos de 2 años máximos.
- Se deben evaluar todos los profesionales de la salud.
- Se debe retroalimentar el resultado.
- La evaluación debe permitir evaluar la pertinencia y la adherencia a las guías.
- Se deben calcular los indicadores de pertinencia y adherencia a guías por profesional.

Paso 12. Revisión y actualización de guías de atención

Las guías se revisan y actualizan en plazos no mayores a 5 años o antes si la patología y

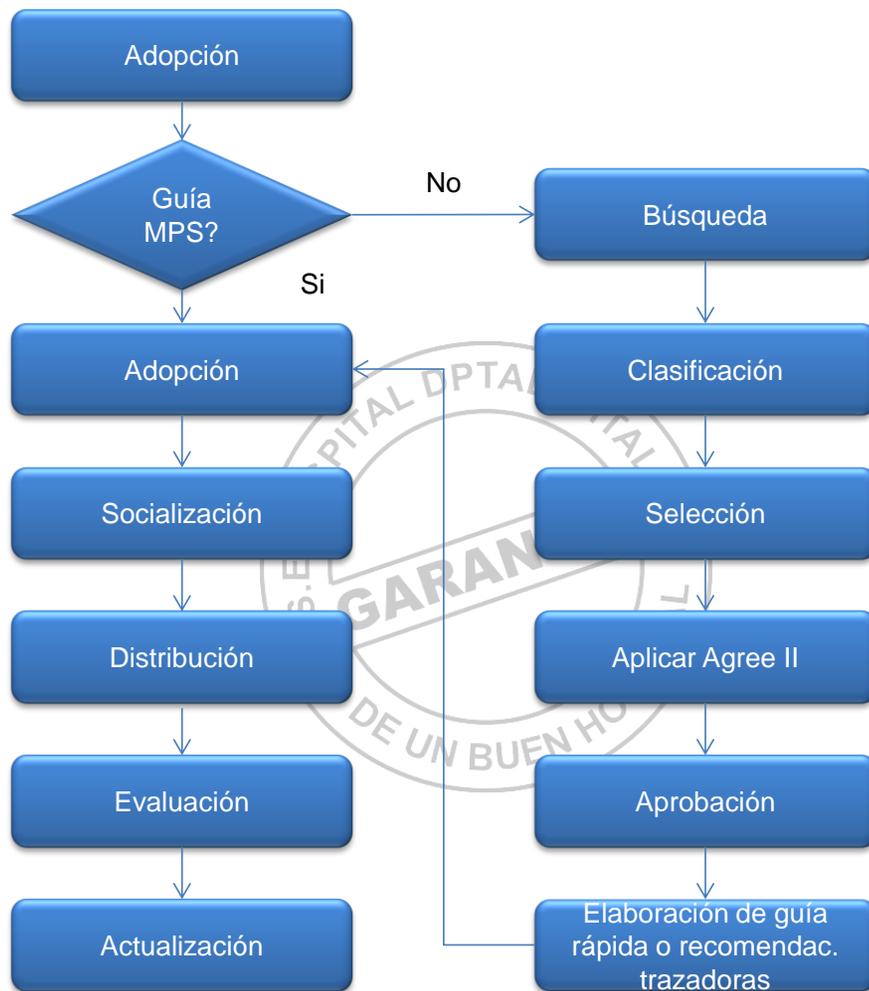
FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	12

 <p>E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2</p>	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

algún cambio en su manejo son publicados con suficiente evidencia para generar algún cambio.

En caso de presentarse causas diferentes a las existentes, estas guías no se eliminan, se guardan como material de estudio e histórico, ya que en algún periodo puede presentarse que se repita alguna causa previamente documentada.

7.3. Resumen Método de Adopción



FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	13

	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	HSP-AC-PL-PR01

BIBLIOGRAFIA:

En la elaboración de los criterios utilizados en el Instrumento AGREE se han utilizado las siguientes fuentes:

1. Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN (eds). Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington D.C. National Academy Press, 1992.
2. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11: 21-28.
3. Grol R, Dalhuijzen J, Mookink H, Thomas S, Veld C, Rutten G. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998; 317: 858-861.
4. Lohr KN. The quality of practice guidelines and the quality of health care. In: Guidelines in health care. Report of a WHO Conference.
5. Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD Septiembre de 2017



FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	14

 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO – HUILA NIT: 891.180.134 - 2	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	HSP-AC-PL-PR01
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN ADOPCIÓN, DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE GUIAS DE ATENCION	

--



FECHA:	Elaboración:	14/03/16	Vo. Bo. Comité de Calidad Acta No. 005	Aprobación:	Versión:	Hoja:
	Modificación:	28/11/2018		Resolución No. 328 del 28/11/2018	2.0	15