



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



CONVENIO 036 de 2012

Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral del VIH/Sida en niñas y niños.

Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en adolescentes y adultos hombres y mujeres, residentes en Colombia.

Según los lineamientos de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el SGSSS



OBJETIVO GENERAL

Guía VIH Infantil

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica para el diagnóstico, manejo y seguimiento de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años, residentes en Colombia.

El desarrollo de esta guía está basado en las recomendaciones de la Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral basada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

OBJETIVO GENERAL

Guía VIH Adultos

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica para el diagnóstico, manejo y seguimiento de la infección por VIH en adolescentes mayores a 13 años, adultos hombres y mujeres residentes en Colombia.

El desarrollo de esta guía está basado en las recomendaciones de la Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral basada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

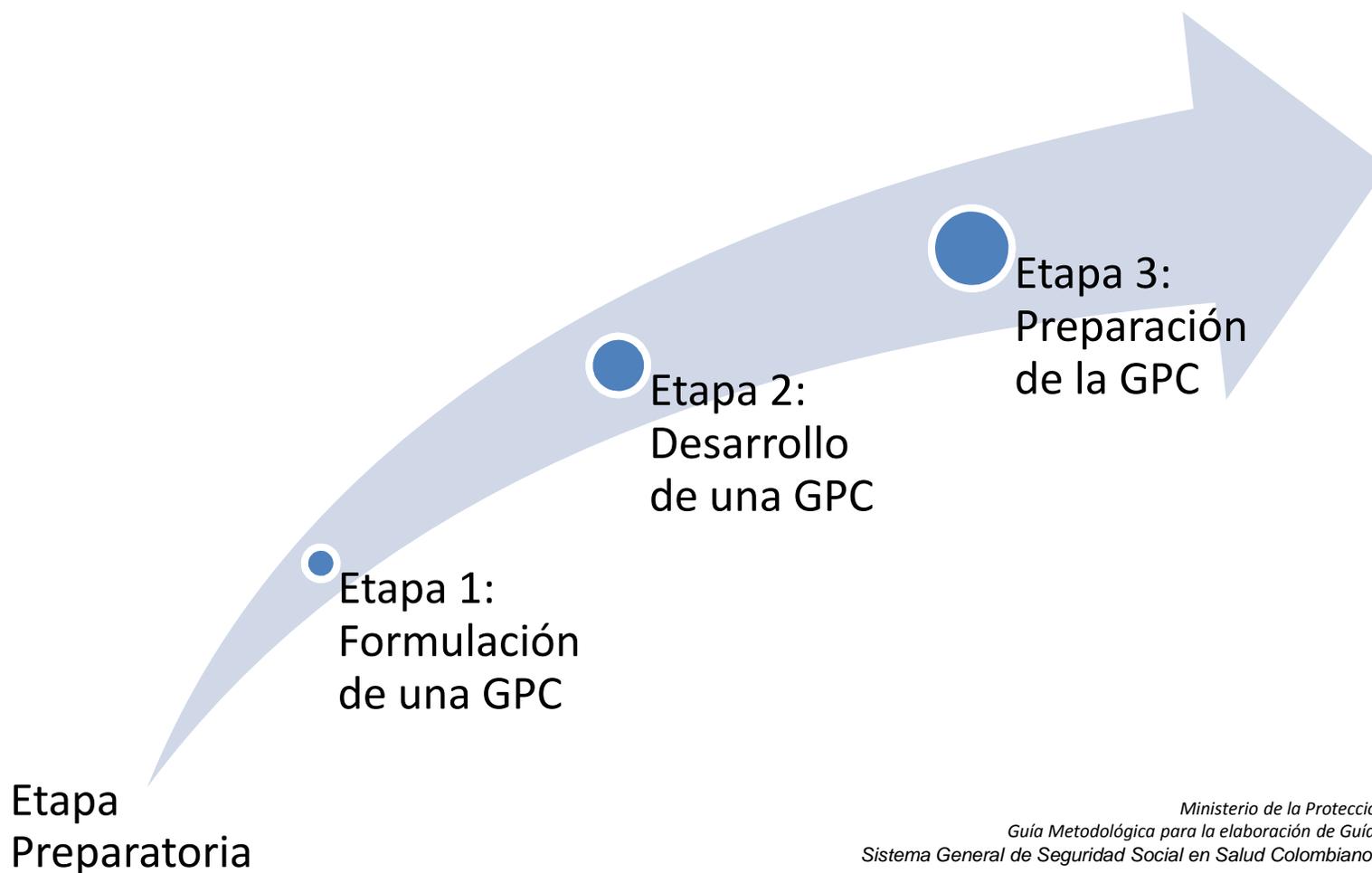


METODOLOGÍA

CONSTRUCCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA



FASES, ETAPAS Y PASOS DEL PROCESO DE DESARROLLO DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL: PRIMERA FASE- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



Ministerio de la Protección Social- COLCIENCIAS-OEI.
Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el
Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2013



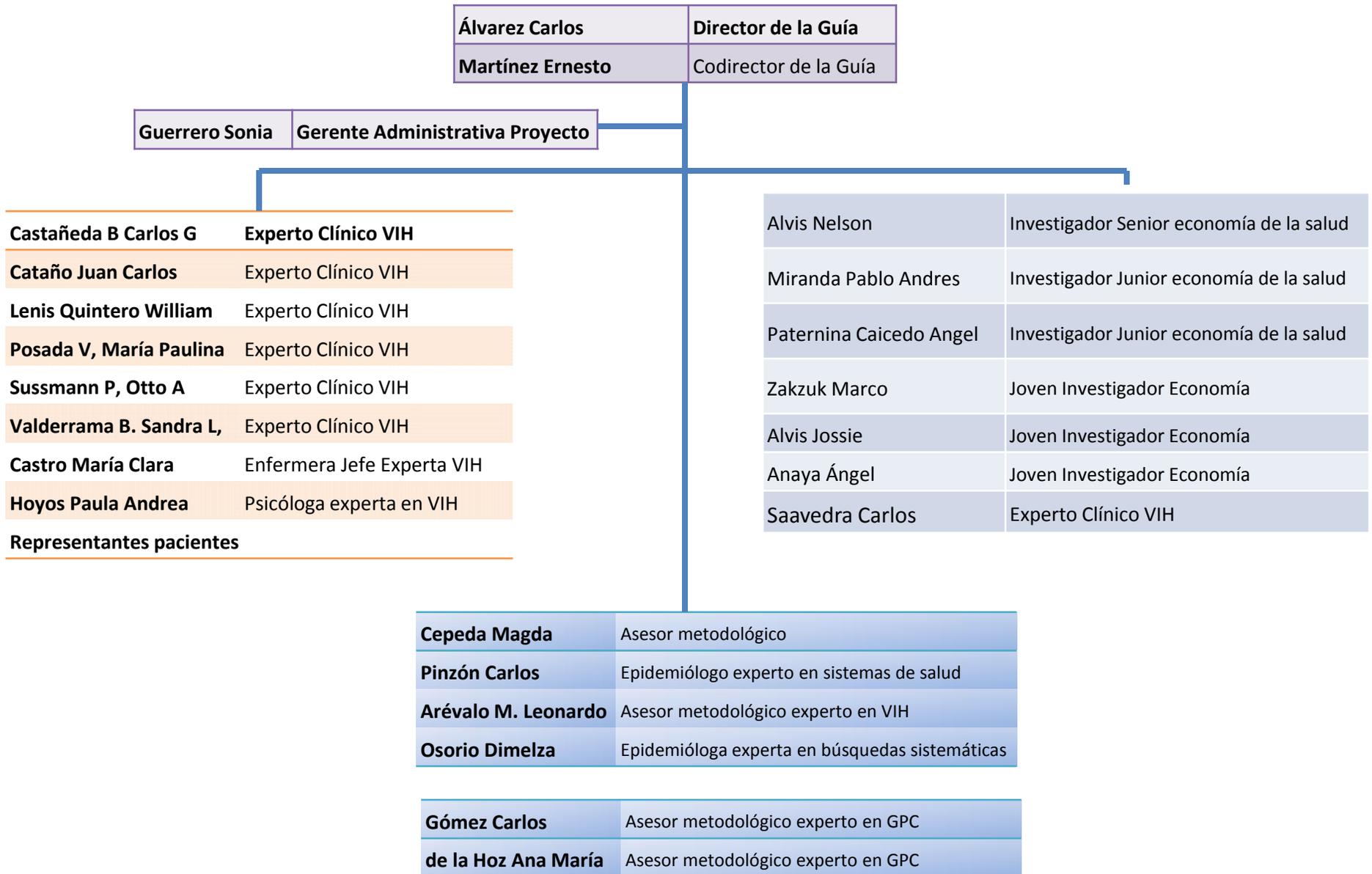
MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



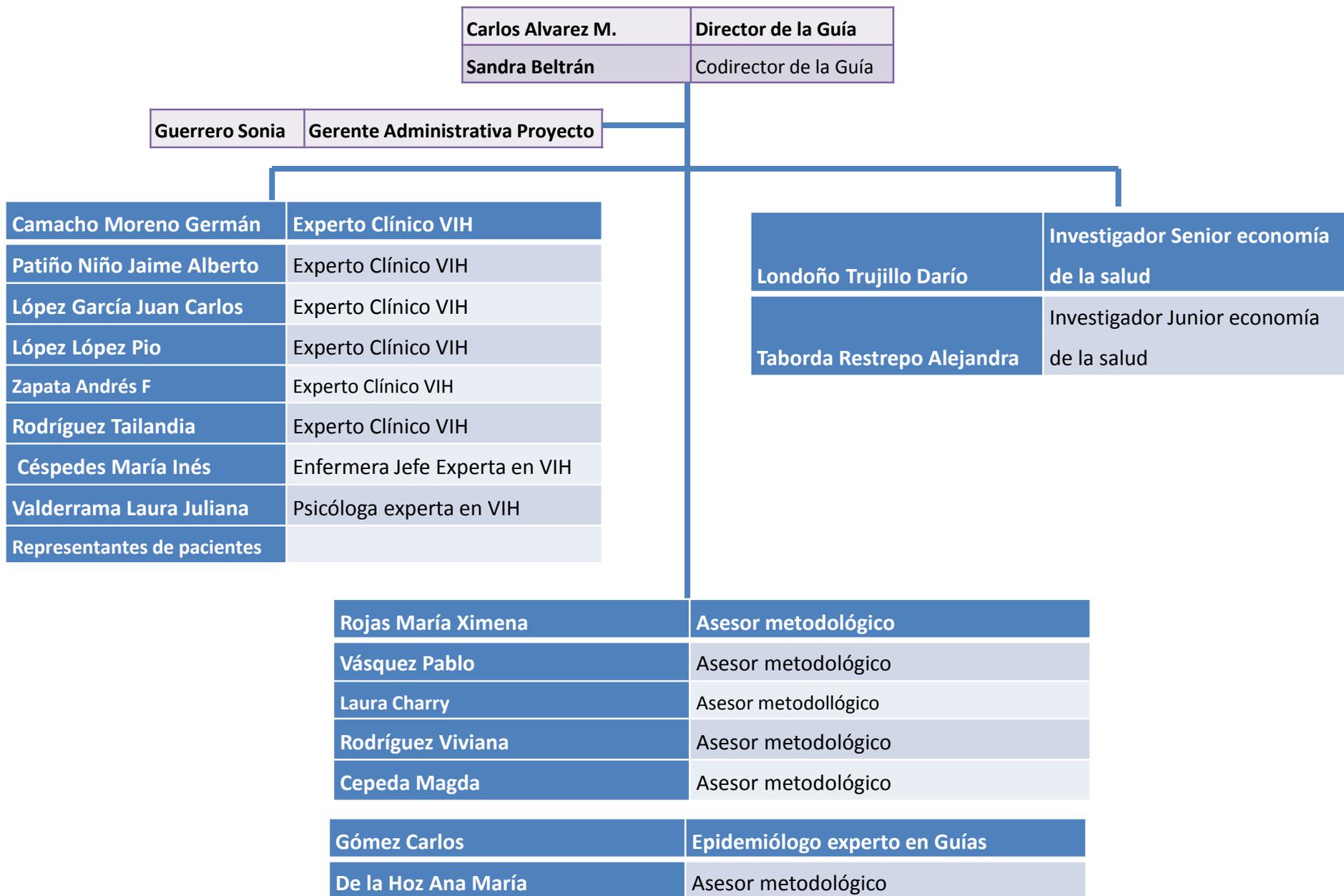
ETAPA PREPARATORIA



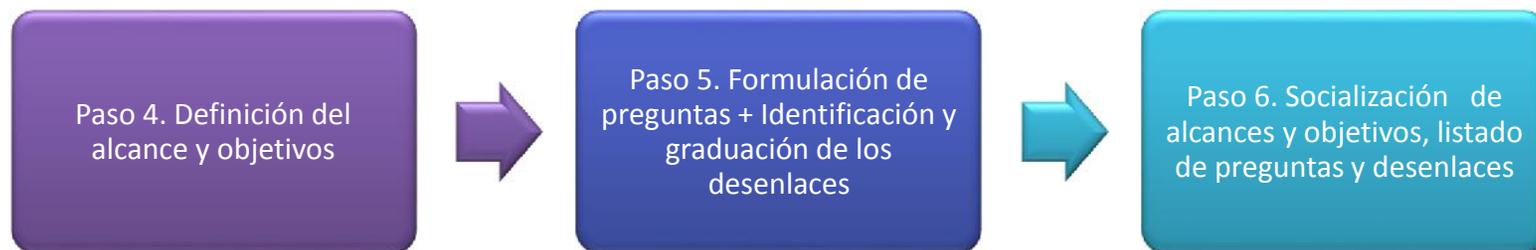
Grupo Desarrollador Guía Adultos y adolescentes



Grupo Desarrollador Guía Pediátrica



ETAPA 1. FORMULACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA



PASOS 4-6

- Listado general de preguntas genéricas.
- Formulación de preguntas clínicas en Formato PICOT.
- Identificación y graduación de los desenlaces
- Priorización preguntas y desenlaces.
- Aportes Pagina Web

Pregunta N° 1.

1. ¿Cuál es el mejor algoritmo para el diagnóstico de infección por VIH en hombres y mujeres (incluidas gestantes) residentes en Colombia con edad mayor a 13 años?

Población general	Intervención	Control	Desenlace
Hombres y mujeres (incluidas gestantes) residentes en Colombia con edad mayor a 13 años	(a) Estrategias para tamizaje	(a) Estrategias para tamizaje	Mortalidad
	(b) Estrategias para diagnóstico	(b) Estrategias para diagnóstico	Morbilidad
	(c) Estrategias de confirmación	(c) Estrategias de confirmación	Discapacidad
	Prueba rápida		Transmisión
	ELISA convencional		Calidad de vida
	WB		Inicio de tratamiento temprano
	IIA		Rendimiento operativo para diagnóstico
	Carga viral		Rendimiento operativo para confirmación

ETAPA 2. DESARROLLO DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA



PASOS 7- 9

Buscador	Bases de datos
Embase.com	Excerpta Medica Data Base (EMBASE)
Ovid	American College of Physicians (ACP) Jo Cochrane Database of Systematic Reviews
	Database of Resuments of Reviews of Effe Health Technology Assessment (HTA)
	National Health Service (NHS) Economi Retrieval System Online (MEDLINE) MEDLI
	Ovid MEDLINE Daily Update Ovid Nursing
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	Literatura Latinoamericana y del Caribe en en Ciencias de la Salud (IBECS)
	MEDLINE
	Scientific Electronic Library Online (SciELO)
	Biblioteca Cochrane
	Cidades/Municípios Saudáveis (CidSaúde)
	Literatura del Caribe en Ciencias de la Salu Pan American Health Organization (PAHO)
	World Health Organization Library Inform Salud Pública (CVSP)
PubMed	MEDLINE
	PubMed In-process citations
	OLDMEDLINE
	Life science journals
	PubMed Central
	National Center for Biotechnology Informatio.

Fase Identificación

- Búsqueda sistemática de GPC en sitios de instituciones compiladoras, elaboradoras, meta-buscadores y bases de datos indexadas.
- Publicaciones en páginas Web de asociaciones científicas y otras instituciones que producen recomendaciones para la práctica clínica.
- Documentos sugeridos por expertos clínicos y guías referidas en otras guías de práctica clínica.
- Búsqueda en sitios web de Ministerios de Salud en Latinoamérica.

Fase Evaluación

- Dos evaluadores independientemente evaluaron la calidad de cada GPC por medio del instrumento AGREE.
- Obtención de puntajes estandarizados por dominio y clasificación (“Muy recomendada”, “Recomendada con modificaciones”, “No recomendada”).
- Selección de GPC candidatas a Adopción.



Paso 9. Construcción del conjunto de la evidencia

Nombre documento	Desarrollador	Tipo desarrollador	Año	Tipo de guía	Scope and purpose	Stakeholder involvement	Rigour of development	Clarity of presentation	Applicability	Editorial independence	Incorporación de la evidencia
Recomendações para terapia antiretroviral em adultos infectados pelo HIV	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.	Gobierno	2008	Basada en evidencia	72	33	46	72	21	25	No se recomienda
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/ SIDA	Ministerio de Salud.	Gobierno	2005	Basada en evidencia	83	67	60	81	21	50	No se recomienda
Guia para el manejo de VIH/SIDA. Basada en la evidencia	Ministerio de la protección social	Gobierno	2007	Basada en evidencia	78	50	8	22	0	25	No se recomienda

Paso 9. Construcción del conjunto de la evidencia

Guías identificadas	Guías calificadas	Guías que pueden ser usadas para extraer evidencia
Adultos: 62	17	1 (OMS 2013) 1 (DHHS, se considerará como fuente de evidencia)
Pediátrica	19	1 (OMS 2013)

Adopción de GPC:

- Recomendaciones del New Zealand Guidelines Group (Modificación ADAPTE).
- Análisis de contenido.
- Identificación de preguntas huérfanas.
- Identificación de las fuentes de evidencia.
- Unificación del sistema de calificación de la evidencia y graduación de las recomendaciones.

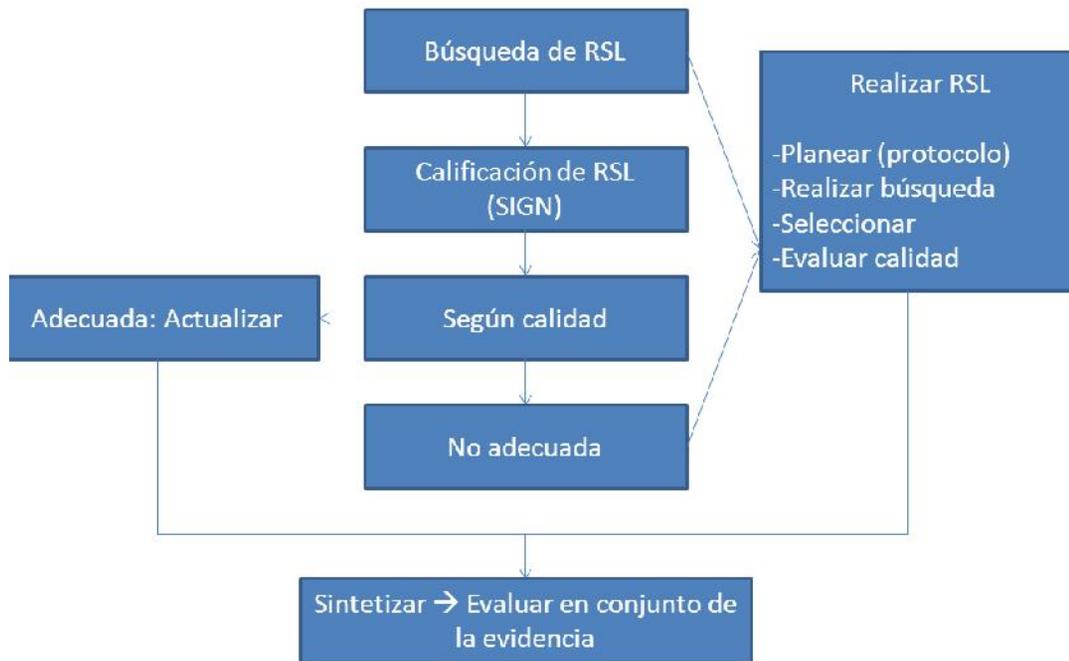
Paso	Guía Pediátrica	Guía Adultos y adolescentes
9A. Incorporación de evidencia de GPC		P3. Cuándo iniciar ART P4. Qué ART iniciar
9B. Desarrollo de novo de GPC	P1-P4 P6 Y P7	P1, P2, P6, P7
10. Evaluación de la calidad del conjunto de la evidencia	SIGN	SIGN



Paso 9a. Incorporación de la evidencia

Conjunto de evidencia	Pregunta 3 (GAdultos)	Pregunta 4 (GAdultos)
Población objetivo	Aplica para población objeto de la guía	Aplica para población objeto de la guía
Fuentes consultadas	Comprehensivo	Comprehensivo
Criterios de selección	Aplican a la revisión	Aplican a la revisión
Criterios usados para calificar la evidencia	GRADE	GRADE
Cómo se evaluaron los datos de los estudios	GRADE	GRADE
Síntesis de datos / diferencias entre estudios	Por factor / No indica	Por régimen / No indica
Tablas de evidencia	Resumen de hallazgos por factor y desenlace	Resumen de hallazgos por régimen y desenlace
Conclusiones reflejan evidencia	Sí	Sí

Paso 10. Evaluación de la calidad de GPC



BÚSQUEDA SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

- Construcción del diccionario de términos.
- Búsqueda en bases de datos indexadas.
- RSL-ECC-Estudios observacionales-
- Selección por título y resumen (Tres evaluadores independientes).

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

- Evaluación en texto completo por 4 evaluadores independientes (Plantillas SIGN).
- Evaluación GRADE. Software GRADEpro
- Evaluación SIGN y QUADAS– Ay. Dx.
- Elaboración de tablas de evidencia.

FORMULACION PRIMERAS RECOMENDACIONES

- Consenso informal del GDG (+ representantes de pacientes).

Balance preguntas – Guía pediátrica

Pregunta Guía niños	Evidencia
P1. Diagnóstico	De novo
P2. Cuándo iniciar TARV	De novo
P3. Qué TARV iniciar	De novo
P4. Genotipo para falla virológica	De novo
P5. Profilaxis en recién nacido	De novo
P6. Alimentación en lactantes	De novo

Pregunta	Evidencia
P1. Diagnóstico	De novo
P2. Valoración inicial	No evidencia de alta calidad
P3. Cuándo iniciar TARV	OMS 2013 + Actualización
P4. Qué TARV iniciar	OMS 2013 + Actualización
P5. Toxicidad	No evidencia de alta calidad
P6. Genotipo para falla virológica	De novo
P7. Seguimiento	No evidencia de alta calidad

Paso 11. Formulación de Recomendaciones

	Calidad de la evidencia	Prueba	Estándar de oro	Sensibilidad	Especificidad	Verdaderos positivos	Verdaderos negativos	Tasa de falsos positivos	Tasa de falsos negativos
Masciotra 2011	Alta calidad (++)		Previamente caracterizadas						
		IA+RT1+Carga viral		99,8	100	7	993	0	0,2
		IA+RT2+Carga viral		99,3	100	7	993	0	0,7
		IA+RT3+Carga viral		99,3	100	7	993	0	0,7
		IA+RT4+Carga viral		99,5	100	7	993	0	0,5
Owen 2008	Alta calidad	EIA3G-1 + EIA Consenso en r		99,8	99,6	7	989	0,4	0,2
		EIA3G-1 + EIA2G-1 + EIA3G-2		99,8	99,6	7	989	0,4	0,2
		EIA3G-2 + EIA2G-1 + EIA3G-1		99,8	99,6	7	989	0,4	1,2
		EIA2G-2 + EIA2G-3 + EIA2G-		98,7	100	7	993	0	1,3
		EIA2G-2 + EIA2G-1 + EIA2G-3		98,7	100	7	993	0	1,3
		EIA2G-3 + EIA2G-1 + EIA2G-2		98,7	100	7	993	0	1,3
		EIA3G-1 + EIA3G-2 + Carga v		99,4	99,6	7	989	0,4	0,6
		EIA3G-1 + Carga viral + EIA3G		99,4	99,6	7	989	0,4	0,6
		EIA3G-2 + Carga viral + EIA3G		99,4	99,6	7	989	0,4	0,6
		PR1 + PR2 + PR3		100	100	7	993	0	1,3
		PR1 + PR2 + PR3 + PR4		98,7	100	7	993	0	1,3
		PR1 + PR2 + PR3 + PR4 + PR5		98,7	100	7	993	0	1,3
Sauer 2011	Aceptable (+)	Algoritmo actual		99,7	98,1	7	974	1,92	0,26
		Algoritmo propuesto		100	95,5	7	948	4,55	0
Wesolowski 2011	Aceptable (+)	Alternative algorithm using A		99,95	100	7	993	0	0,05
		Alternative algorithm using A		100	100	7	993	0	0
Zeh 2011	Aceptable (+)	Algoritmo A		100	99,4	7	987	0,6	0
		Algoritmo B		100	99,4	7	987	0,6	0

Paso 11. Formulación de Recomendaciones

Fecha: 2013-09-15

Pregunta: Cuando empezar terapia ART: Tratamiento como prevención > 350

HIV+Individuos

Bibliografía: Cohen 2011, SMART 2008, Grant 2011

Evaluación de la calidad							No de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
No de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Indirectness	Imprecisión	Otras consideraciones	350+	<350	Relativo (IC 95%)	Absoluto		
Evento adverso serio												
1	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	127/886 (14.3%)	119/877 (13.6%)	RR 1.06 (0.84 - 1.33)	8 o mas por 1000 (desde menos de 22 a mas de 5)	eeee HIGH	CRITICO
Grado 3 o 4 anomalías de laboratorio												
1	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	242/886 (27.3%)	31/877 (3.4%)	RR 1.1 (1.2 - 1.77)	1 mas por 1000 (desde mas 46 a 141 o mas)	eeee HIGH	CRITICO
Eventos no SIDA graves y enfermedades no oportunistas												
1	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	Serio (4)	No serio	Ninguno	2/249 (0.8%) ²	12/228 (5.3%) ²	RR 0.14 (0.03 - 0.64)	45 menos por 1000 (desde menos de 19 a menos de 51)	eeeO MODERATE	CRITICO
Progresión a SIDA												
1	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	Serio (4)	No serio	Ninguno	4/364 (1.1%) ²	11/314 (3.5%) ²	RR 0.31 (0.10 - 0.96)	24 menos por 1000 (desde menos 1 a menor 32)	eeeO MODERATE	CRITICO
Muerte por progresión a SIDA												
2	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	Serio (4)	Serio (1)	Ninguno	44/1257 (3.5%) ²	76/1196 (6.4%) ²	RR 0.48 (0.26 - 0.91)	33 menos por 1000 (desde menos 6 a menos 47)	eeOO LOW	CRITICO
Falla viral (ABC/3TC)												
1	Estudio aleatorizado	No serio	No serio	No serio	Muy serio (3)	Ninguno	25/204 (12.3%) ²	25/324 (7.7%) ²	RR 1.54 (0.92 - 2.56)	42 mas por 1000 (desde menos 6 a mas 120)	eeOO LOW	CRITICO



Paso 11. Formulación de Recomendaciones

Question: Should Atazanavir/ritonavir+Tenofovir/Emtricitabina vs Lopinavir/ritonavir + Tenofovir/Emtricitabina be used for Initial Treatment of HIV Infection(2NRTI + 1IP)?

Settings:

Bibliography: Chetchotisakd, 2009 Molina, 2008 Molina, 2009

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Atazanavir/ritonavir +Tenofovir/Emtricitabina	Lopinavir/ritonavir + Tenofovir/Emtricitabina	Relative (95% CI)	Absolute		
Adherencia relacionada con eventos adversos (follow-up 96 weeks)												
1	randomised trials	serious	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision*	none	13/438 (3%)	22/440 (5%)	RR 0.59 (0.3 to 1.16)	21 fewer per 1000 (from 35 fewer to 8 more)	CRITICO	
							0%			-		
Eventos adversos (follow-up 96 weeks)												
1	randomised trials	serious	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	203/441 (64.2%)	282/437 (64.5%)	RR 0.99 (0.9 to 1.1)	6 fewer per 1000 (from 65 fewer to 65 more)	MODERATE	CRITICO
							0%			-		
Fracaso virológico (follow-up 48 weeks)												
1	randomised trials	no serious risk of bias†	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious*	none	25/440 (5.7%)	26/437 (5.9%)	RR 0.97 (0.57 to 1.65)	2 fewer per 1000 (from 26 fewer to 39 more)	MODERATE	CRITICO
							0%			-		
Fracaso virológico (follow-up 96 weeks)												



Paso 11. Formulación de Recomendaciones

	FRACASO VIROLOGICO					DESCONTINUACION POR EA					
	GRUPO 1	GRUPO 2	Efecto relativo IC95%	Calidad desenlace	Observaciones	Autor	GRUPO 1	GRUPO 2	Efecto relativo IC95%	Calidad desenlace	Observaciones
No Nucleosidos inhibidores de Transcriptasa Reversa											
Efavirenz + 2NRTI vs Nevirapina + 2NRTI	166/723 23%	71/271 (26.2%)	RR 0.88 (0.69 to 1.11)	eooo VERY LOW	follow-up 48 weeks	Annan, 2009					
Filipivirina + Tenofovir/Emtricitabine vs Efavirenz + Tenofovir/Emtricitabine (ECHO/THRIVE)	96/686 14%	52/682 (7.6%)	RR 1.84 (1.33 to 2.53)	eeee HIGH	follow-up 96 weeks	Molina, 2013	28/686 (4.1%)	58/682 (8.5%)	RR 0.48 (0.31 to 0.74)	eeee HIGH	follow-up 96 weeks
Raltegravir + Tenofovir/Emtricitabine vs Efavirenz + Tenofovir/Emtricitabine (STARTMRK)	27/281 (9.6%)	39/282 (13.8%)	RR 0.69 (0.44 to 1.1)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks	Lennox, 2009	8/282 (2.8%)	17/284 6%	RR 0.47 (0.21 to 1.08)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks
	39/281 (13.9%)	45/282 16%	RR 0.87 (0.59 to 1.29)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks	Lennox, 2010	11/281 (3.9%)	16/282 (5.7%)	RR 0.69 (0.33 to 1.46)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks
	82/281 (29.2%)	110/282 39%	RR 0.75 (0.59 to 0.94)	eeee HIGH	follow-up 240 weeks	Rockstroh, 2013	14/281 5%	28/282 (9.9%)	RR 0.5 (0.27 to 0.93)	eeee HIGH	follow-up 240 weeks
Tenofovir/Lamivudina+Raltegravir vs Tenofovir/Lamivudina+Efavirenz (Estudio 004)	5/41 (12.1%)	5/38 (13.2%)	RR 0.93 (0.29 to 2.95)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks	Markowitz, 2007	0/41 0%	0/38 0%	RR 1.1 (0.36 to 3.5)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks
	6/160 4%	2/38 5%	RR 0.71 (0.15 to 3.39)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks	Markowitz, 2009	1/160 (0.6%)	1/38 (2.8%)	RR 0.71 (0.15 to 3.39)	eeee LOW	follow-up 96 weeks
	5/160 6%	5/38 13%	RR 0.24 (0.07 to 0.78)	eeee LOW	follow-up 240 weeks	Gardner, 2013	3/160 (1.9%)	1/38 (2.6%)	RR 0.71 (0.08 to 6.66)	eeee LOW	follow-up 240 weeks
Maraviroc + Zidovudina/Lamivudina vs Efavirenz + Zidovudina/Lamivudina (MERIT)	112/360 0.31	130/361 0.36	RR 0.86 (0.71 to 1.06)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks	Cooper, 2010	13/311 0%	43/303 (14.2%)	RR 0.29 (0.16 to 0.54)	eeee HIGH	follow-up 48 weeks
	129/311 (41.5%)	147/303 (48.5%)	RR 1.11 (0.91 to 1.34)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks	Sierra-Madero, 2013	19/311 (6.1%)	47/303 (15.5%)	RR 0.39 (0.24 to 0.66)	eeee HIGH	follow-up 96 weeks
Elvitegravir/Cobicistat + Tenofovir/Emtricitabine vs Efavirenz + Tenofovir/Emtricitabine (SPRING-2)	12/348 (3.4%)	56/352 (15.9%)	RR 0.78 (0.54 to 1.12)	eeee HIGH	follow-up 48 weeks	Sax, 2012	13/348 (3.7%)	18/352 (5.1%)	RR 0.73 (0.36 to 1.47)	eeee HIGH	follow-up 48 weeks
	55/348 (15.8%)	65/352 (18.5%)	RR 0.86 (0.62 to 1.19)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks	Zolopa, 2013	17/348 (4.9%)	24/352 (6.8%)	RR 0.72 (0.39 to 1.31)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks
Dolutegravir + 2NRTI vs Efavirenz + 2NRTI (SPRING-1)	12/51 (23.5%)	14/50 28%	RR 0.84 (0.43 to 1.63)	eeee MODERATE	follow-up 96 weeks NRTI: ABC/3TC O TDF/FTC	Steilbrink, 2013					
Inhibidores de Proteasa											
Fosamprenavir/ritonavir + NRTI vs Lopinavir/ritonavir + NRTI	26/341 (7.6%)	11/43 (25.6%)	RR 0.9 (0.42 to 1.94)	eeee LOW	follow-up 72 weeks	Caiza, 2008	4/39 (10.3%)	6/43 14%	RR 0.74 (0.22 to 2.41)	eeee LOW	follow-up 72 weeks
Fosamprenavir/ritonavir + Abacavir/Lamivudina vs Lopinavir/ritonavir + Abacavir/Lamivudina	26/341 (7.6%)	30/347 (8.6%)	RR 0.88 (0.53 to 1.46)	eeee HIGH	follow-up 48 weeks	Eron, 2006	27/434 (6.2%)	25/444 (5.6%)	RR 1.1 (0.65 to 1.87)	eeee MODERATE	follow-up 48 weeks



Paso 11. Formulación de Recomendaciones

Paso	Guía Pediátrica	Guía Adultos y adolescentes
Factores que determinan la fuerza de la asociación	- DECIDE + Discusión en consenso	- GRADE + Discusión en consenso
Fuerza de las recomendaciones	- GRADE - Recomendación fuerte a favor/en contra - Recomendación débil a favor/en contra	
Proceso de formulación	- Evidencia - Calidad de la evidencia - Balance de riesgos/beneficios y costos - Fuerza de la recomendación	

Paso 11. Formulación de Recomendaciones

- Consenso del GDG en:
 - Evidencia
 - Calidad de la evidencia para desenlaces críticos
 - Balance entre riesgos, beneficios y costos
 - Fuerza de la recomendación
- Participan miembros del GDG y algunos colaboradores de la fuerza de tarea ampliada

Paso 11. Formulación de Recomendaciones

Significado de los cuatro niveles de evidencia dentro del abordaje GRADE

Fuente: traducido Balssem H y cols. (2)

Calidad de la evidencia	Definición	Representación gráfica
Alta	Se tiene gran confianza en que el verdadero efecto se encuentra cerca del estimativo del efecto	⊕⊕⊕⊕
Moderada	La confianza en el estimativo del efecto es moderada: es probable que el verdadero efecto se encuentre cerca del estimativo, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente	⊕⊕⊕○
Baja	La confianza en el estimativo del efecto es limitada: El verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente al estimativo del efecto.	⊕⊕○ ○
Muy baja	La confianza en el estimativo del efecto es muy baja: Es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto.	⊕○ ○ ○

Descripción de la fuerza y dirección de la recomendación. Sistema GRADE

Fuente: traducido de Grade Working Group 2004 (1)

Fuerza y dirección de la recomendación	Definición
Recomendación fuerte a favor	Los beneficios de la intervención superan claramente los efectos indeseables.
Recomendación fuerte en contra	Los efectos indeseables superan claramente los beneficios de la intervención
Recomendación débil a favor	Los beneficios de la intervención probablemente superan los efectos indeseables.
Recomendación débil en contra	Los efectos indeseables de la intervención probablemente superan los beneficios.



Paso 11. Formulación de Recomendaciones

Recomendación



Votación en consenso P1

FORMULACION DE RECOMENDACIONES- CONSENSOS DE EXPERTOS.

- Método Delphi modificado.
- Consulta virtual + Consulta presencial (Áreas de desacuerdo).
- **1 jornadas (guía pediátrica) / 2 jornadas (guía adultos)**
- Conclusiones y recomendaciones.
- Aportes pagina web



Pasos siguientes

- Divulgación de recomendaciones
- Etapa 3
 - Definición de indicadores desde la guía de práctica clínica
 - Elementos para la implementación de la guía de práctica clínica, barreras y facilitadores
 - Redacción de la guía de práctica clínica
- Etapa 4
 - Divulgación del borrador de la guía de práctica clínica
 - Evaluación externa de la guía de práctica clínica
 - Difusión