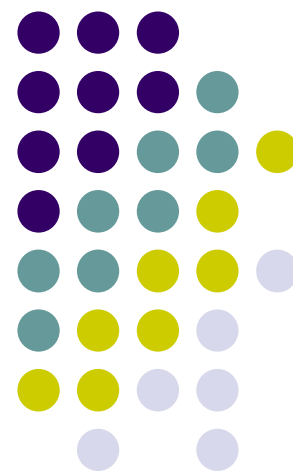
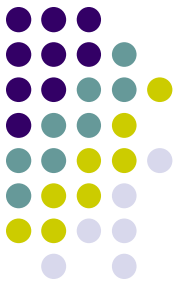


Guías de Práctica Clínica y Evaluación de Calidad Basada en evidencia de Calidad

Juan Gabriel Ruiz Peláez
Departamento de Epidemiología Clínica &
Bioestadística

Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana





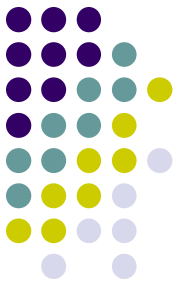
PORQUÉ MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA (Y GUÍAS DE PRÁCTICA BASADAS EN EVIDENCIA?)

Raíces de la Medicina Basada en la Evidencia



- La sangría se utilizaba como la curación de las “enfermedades calientes y húmedas”

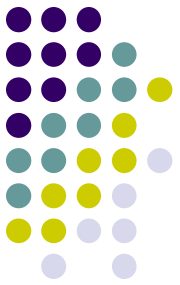
Medicina Basada en la Evidencia



Pierre Louis (1787-1872)
Inventor del “método numérico” y del “método de observación”, padre de la Epidemiología

Encontró que en promedio los pacientes que recibían sangrías les iba **peor que los que no las recibían**

Resultados Globales (n=77)



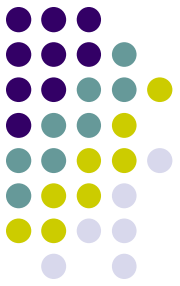
**Grupo
“Experimental”**

**Grupo
“Control”**

**Reducción
absoluta del riesgo**

	Sangría	No sangría	Diferencia
Mortalidad	44%	25%	- 19%

Medicina Basada en “la Eminencia”



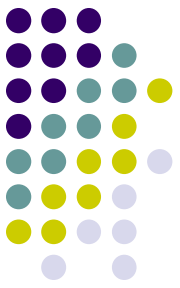
William Osler (1849 -1919)

Primer “attending physician” en Johns Hopkins

Autor muy respetado (y respetable) de libros de texto médico, creía que la mayoría de drogas de su época eran inefectivas, sin embargo (a pesar de la evidencia)

recomendaba las sangrías en algunos casos.

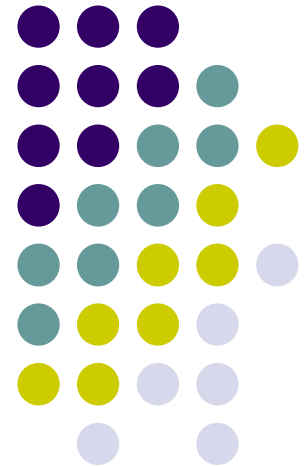
La Sangría que recomienda la evidencia..



- Ejemplo adaptado de “Introduction to EBM”
Mark V. Williams, MD
Emory University

Justificación de la MBE

Lo que dicen la “Intuición” y la lógica científica, el raciocinio fisiopatológico, versus lo que dice el conocimiento científico (la verificación empírica de hipótesis)





William A. Silverman, MD
501 Via Casitas / Apt 421
Greenbrae, CA 94904 - 1947

Tomado de Retrolental Fibroplasia: A Modern Parable by William A. Silverman, M.D.

Email: fumer@aol.com

22 July 2002

Raymond G. Duncan, MD
Cedars-Sinai Medical Center
8700 Beverly Blvd, C-3
Los Angeles, CA 90048

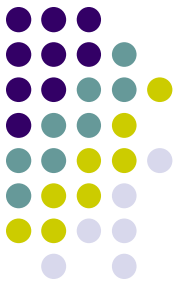
Re: **Retrolental Fibroplasia: A Modern Parable**
By William A. Silverman
Grune & Stratton, 1980

Dear Doctor Duncan:

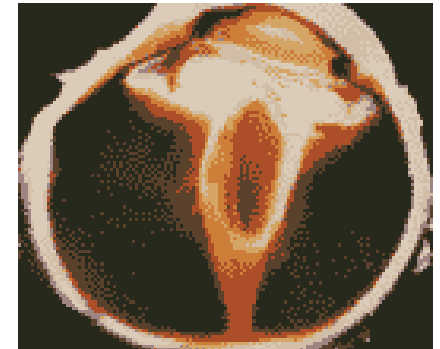
You have my permission to reproduce the pages of my above-noted out-of-print book on your website entitled neonatology.org. I understand that this copy will be used for non-commercial educational purposes only.

Sincerely,

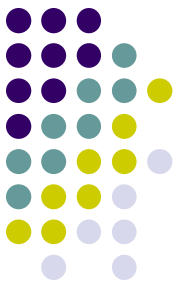
Justificación de la MBE – Estudio de un caso



- 1941: A. Clifford (Boston) describe un neonato prematuro con opacidades en ambos ojos (tejido fibroso vascularizado detrás del cristalino); primer reporte de fibroplasia retrolental (FRL)
- 1945: Terry publica la primera serie de 117 casos de prematuros con FRL



Uso de Oxígeno rutinario en Prematuros



Name Baby #1 Unit Hist. No. 7857

O. P. D. No. ---
Ho. Adm. No. 25815

ORDERS

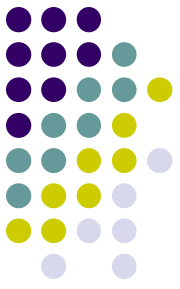
7/13 -

- ① Hens Basal - Temp of Basal 85 to 88, unless baby's temp drops below 96. If it drops below 96 raise then bed gradually but not over 92. If baby's temp goes above 98 - remove cotton wrapping -
- ② Constant oxygen. ←
- ③ Baby temp every 1 hr until stabilizes between 96 - 98, then every 4 hr.
- ④ Nothing by mouth until ordered.
Temp. 92° for 2 times - then 94°.

v.o. Dr. Bruce. D.W.S.

- Órdenes médicas neonatales prescribiendo oxígeno continuo a un gemelo prematuro Boston Lying-In Hospital julio 13, 1940

Justificación de la MBE – Estudio de un caso



Fibroplasia retrolental y oxígeno:

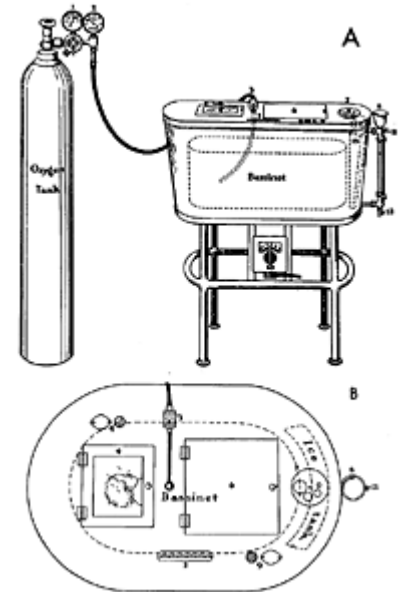
- Estudios ecológicos: EUA y Francia vs UK y Australia: diferencias en uso de O_2 y en frecuencia de FRL
- No bases fisiológicas: la neo - vascularización es una respuesta fisiológica a la hipoxia; el O_2 “debería ser protector”
- 50's: 2,500 neonatos ciegos / año

Justificación de la MBE – Estudio de un caso

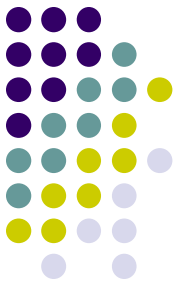


Fibroplasia retrolental y oxígeno:

- Baltimore 50's: US \$4000 al NIH para un ECC de O₂ alto vs no tan alto en RN
 - Estudio “no ético y científicamente pobre”
- 1952-1953: Se llevó a cabo ECC con resistencia del personal del hospital
 - Resultado: O₂ alto 25%, O₂ bajo: 0%



Justificación de la MBE – Estudio de un caso

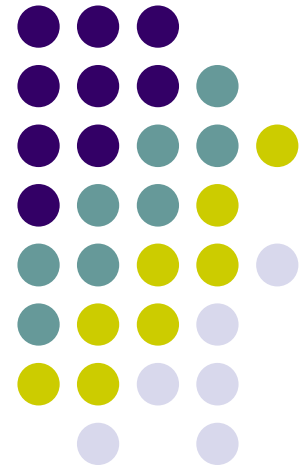


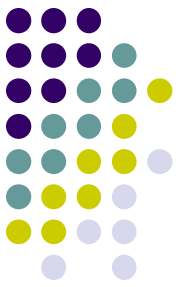
- 1950: se emplea ACTH porque “en animales inhibe formación de vasos sanguíneos”
- Estudios no controlados en dos hospitales diferentes:
 - ▶ Hospital 1 (ACTH): mejoría en el 86%
 - ▶ Hospital 2 (no ACTH): mejoría en el 13%
- ECC:
 - ▶ ACTH: 33% de ciegos y más muertes
 - ▶ No ACTH: 20% de ciegos



Medicina Basada en Evidencia

Definición

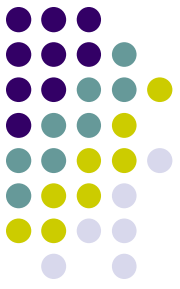




MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Proceso de traducir problemas clínicos en preguntas y luego encontrar, evaluar y usar sistemáticamente resultados de investigación para tomar decisiones clínicas

Rosemberg W. BMJ 1995;310:1122-6

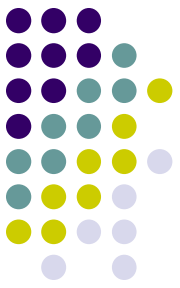


MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Definida Originalmente por Sackett como:

Uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en las decisiones acerca del cuidado individual de pacientes, integrando la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica proveniente de la investigación

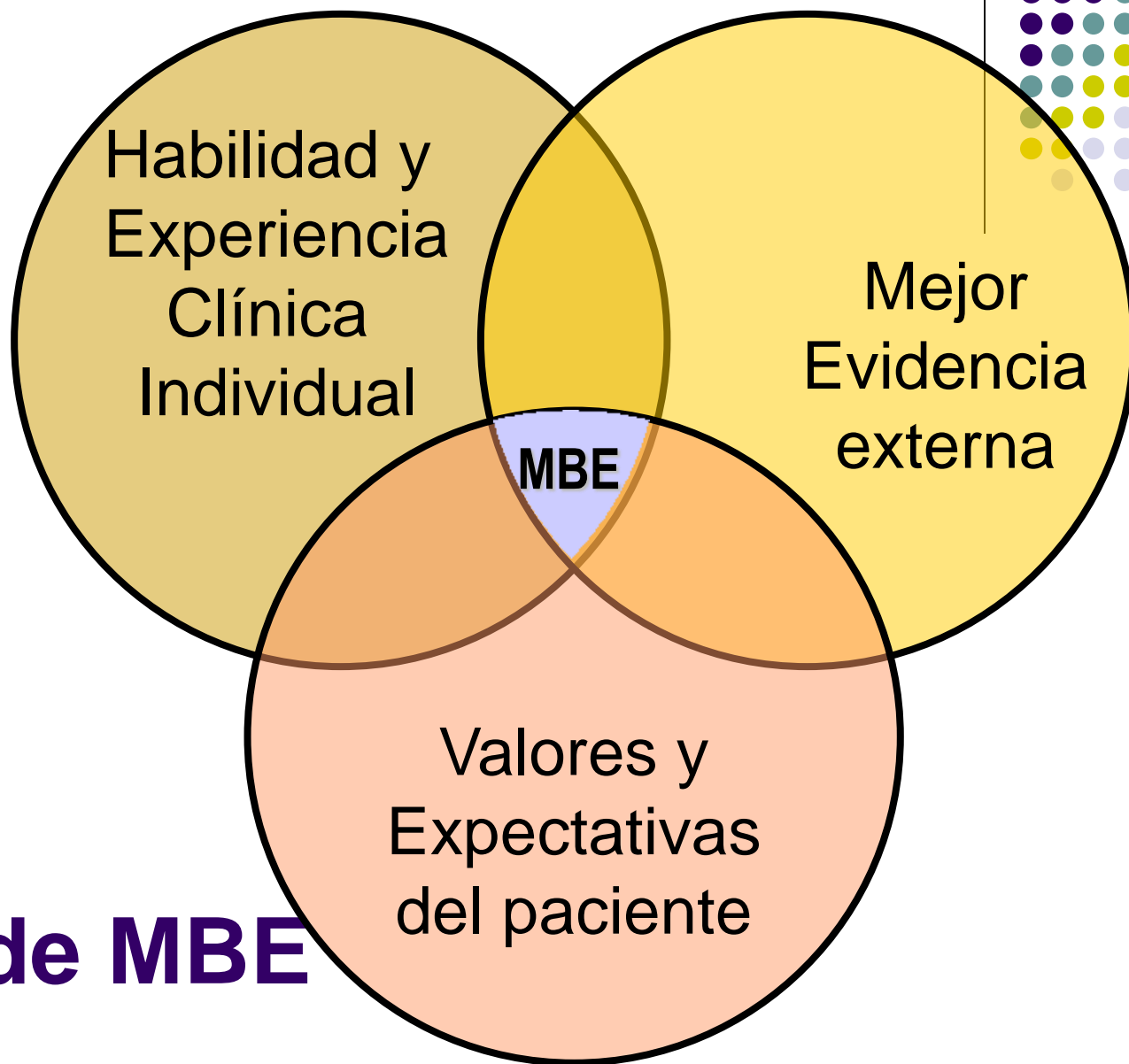
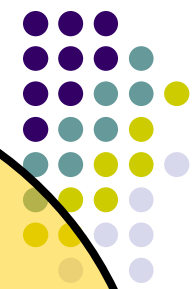
Sackett DL. BMJ 1996;312:71-2



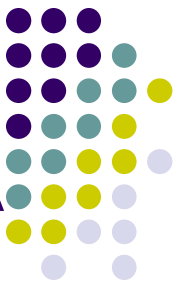
Que es hoy día MBE?

- Según la definición revisada y mejorada, MBE es una aproximación sistemática a la solución de problemas clínicos que permite la **integración** de la **mejor evidencia disponible proveniente de investigación**, con la **experiencia y habilidad clínica** y las preferencias y **valores del paciente**.

(Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone,2000)



La triada de MBE



MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

PASOS

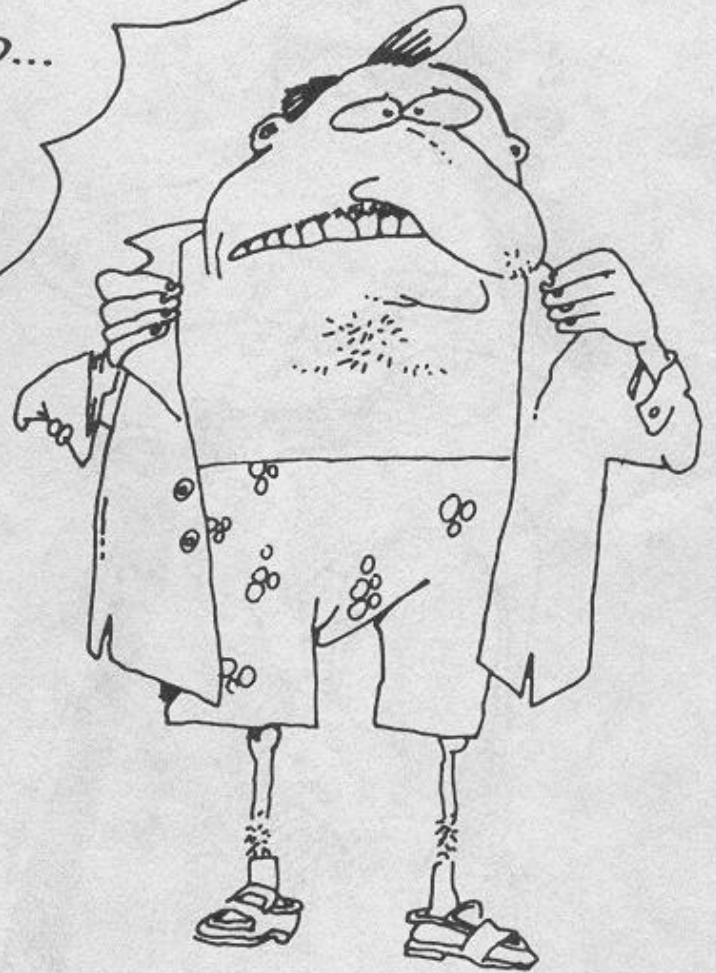
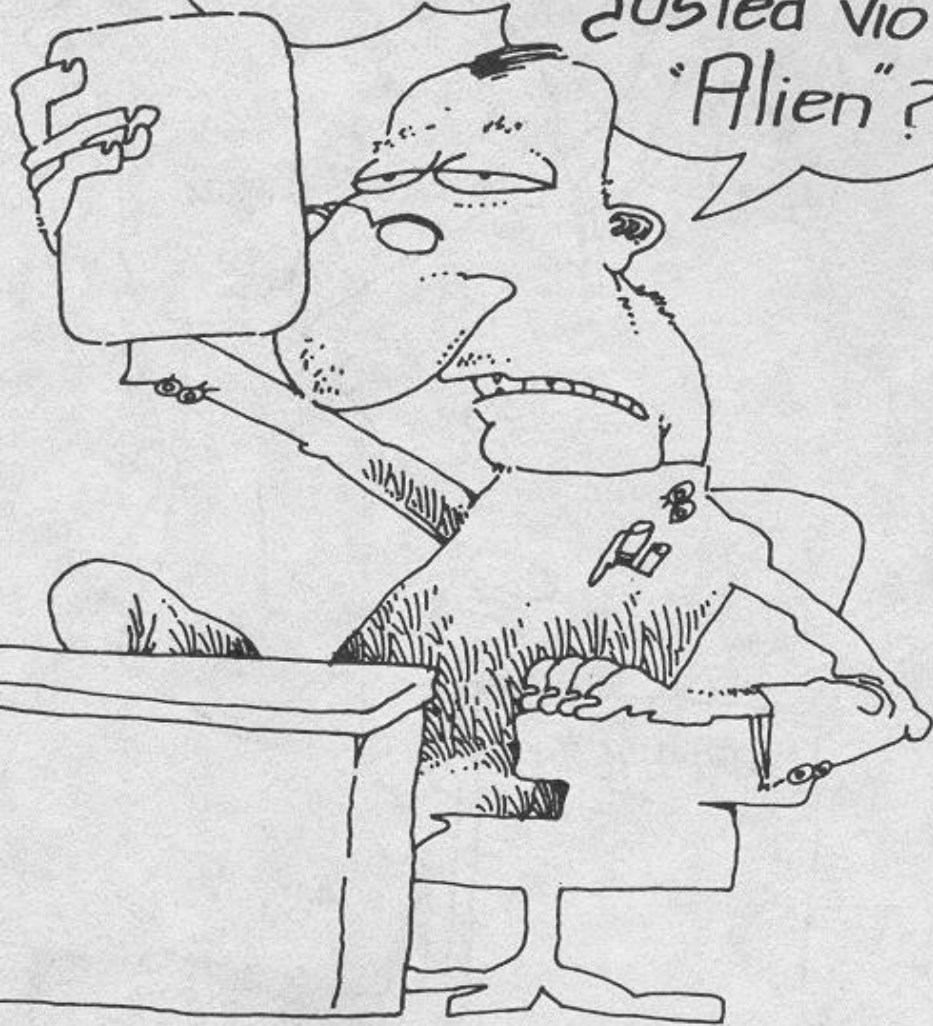
1. Plantear el problema del paciente como una pregunta clínica clara
2. Buscar la bibliografía para encontrar artículos clínicos relevantes
3. Evaluar críticamente la validez y utilidad de la evidencia
4. Aplicar los hallazgos en la práctica clínica
5. Evaluar los resultados

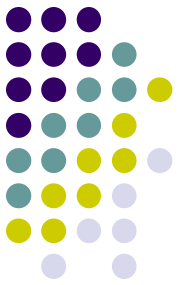
Bueno... bueno... bueno...
veamos cual de estos antibióticos
podemos suministrarle...



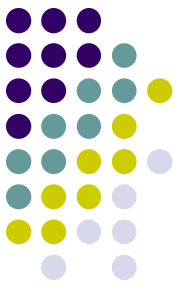
Debo comentarle algo con respecto
a su radiografía de tórax...
No quisiera alarmarlo, pero...

¿usted vio
"Alien"?



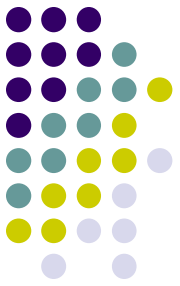


GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: DEFINICIÓN, RAZONES Y GENERACIÓN



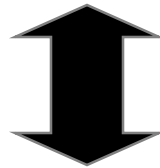
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a tomar decisiones respecto a los cuidados de salud más apropiados para circunstancias clínicas específicas
JAMA 1995;274:570-4
- Enunciados desarrollados de manera sistemática para asistir la toma de decisiones del clínico y del paciente en lo que respecta al cuidado apropiado de la salud en situaciones específicas
Arch Intern Med 1990; 1811-8

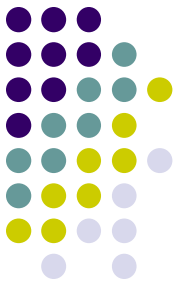


RELACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Práctica Clínica Basada en la Evidencia



Guías de Práctica Clínica



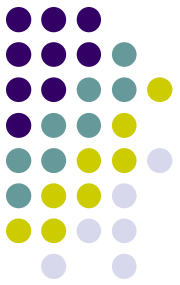
RAZONES PARA DESARROLLAR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Aumento de los costos y la demanda
- Envejecimiento de la población
- Nuevas tecnologías, usualmente costosas
- Variaciones inexplicables en la práctica (exceso o déficit en la atención)
- Costo - oportunidad: el uso inapropiado de recursos reduce la posibilidad de cuidado más amplio y de mejor calidad



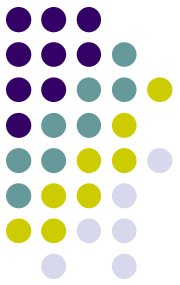
RAZONES PARA DESARROLLAR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Dificultades de los proveedores para asimilar la nueva evidencia científica
- Deseo de los proveedores de ofrecer, y de los consumidores de recibir, el mejor cuidado posible
- Mejorar la consistencia y la calidad de la atención
- Contribuir a reducir la brecha entre la práctica y la evidencia



MÉTODOS PARA LA GENERACIÓN DE RECOMENDACIONES

- Consenso informal
- Conferencias formales de Consenso (NIH)
- Guías Basadas en la Evidencia
- Desarrollo explícito (Eddy, 1990)



CONSENSOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA

- Conferencias de Consenso versus Guías Basadas en la Evidencia?
- No existe evidencia a favor de ninguna
- Razones a favor de la segunda:
 - Proceso explícito y reproducible
 - Regresión a la media
 - La práctica clínica no es ciega

The Practice Guidelines Development Cycle: A Conceptual Tool for Practice Guidelines Development and Implementation



By George P. Browman, Mark N. Levine, E. Ann Mohide, Robert S.A. Hayward, Kathleen I. Pritchard, Amiram Gafni, and Andreas Laupacis

Purpose: To develop a conceptual tool for the systematic development of cancer treatment practice guidelines.

Materials and Methods: The guidelines development tool, the Practice Guidelines Development Cycle, was derived from observing an evidence-based practice guidelines initiative at a comprehensive cancer center in Ontario, Canada, and from a literature review that uncovered barriers to guidelines development and implementation. Based on the literature findings and direct observations of how clinicians struggled with evidence-based guidelines development, we evolved a framework to incorporate clinical and administrative factors (eg, costs) into evidence-based guidelines. Use of the Practice Guidelines Development Cycle is illustrated with a clinical example (the use of adjuvant systemic therapy in good-risk, node-negative premenopausal breast cancer patients).

Results: The result is the Practice Guidelines Develop-

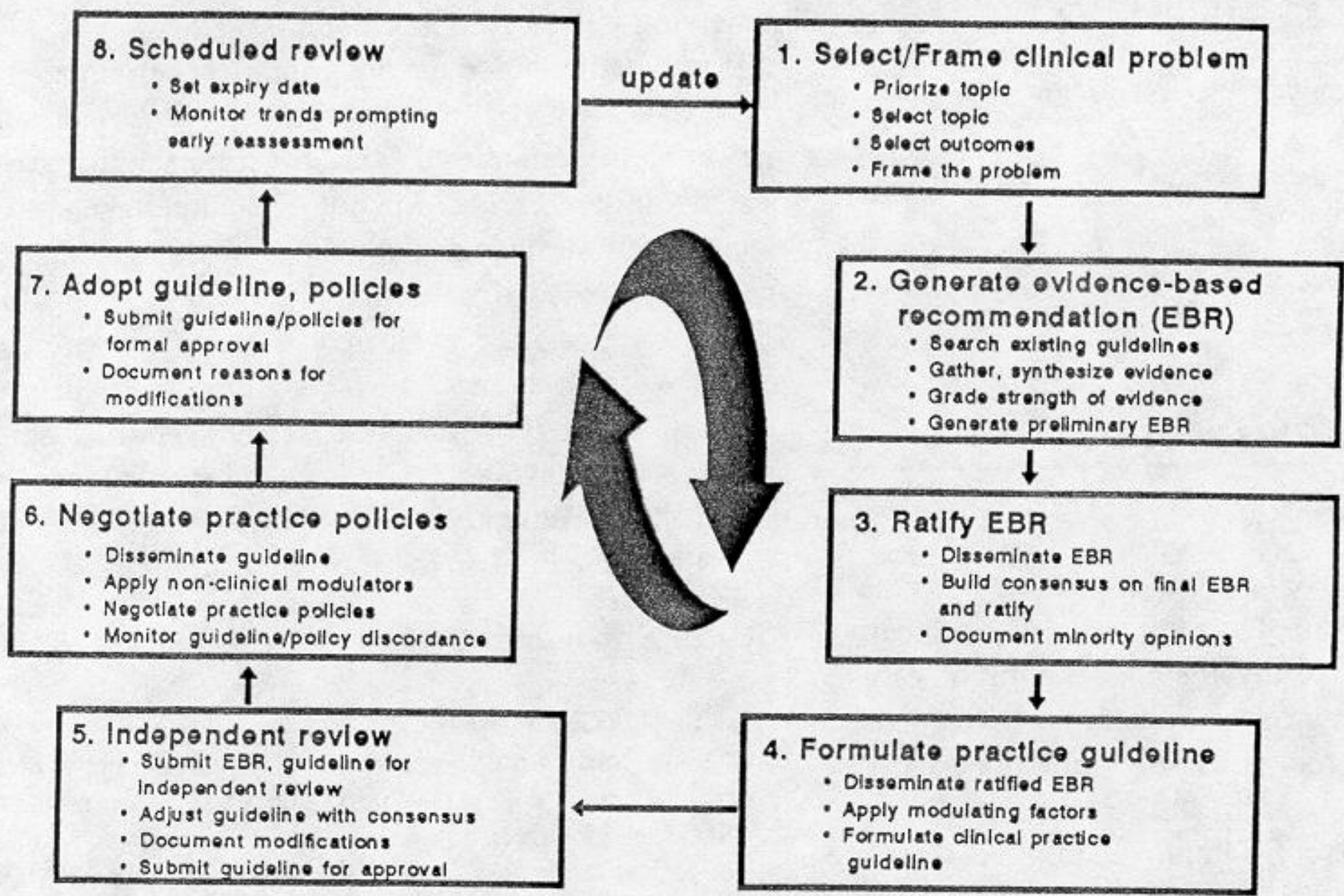
ment Cycle, which consists of eight sequential steps, from topic selection to policy formulation. Independent validation of guidelines is included. The cycle products are the evidence-based recommendation, the practice guideline, and the practice policy. The main features of the cycle are emphasis on scientific evidence, acknowledgment of the roles of clinical experience and nonclinical (administrative) factors through consensus, and explicit separation of clinical and cost considerations in guidelines development. Twenty guidelines are currently in development.

Conclusion: Attention to the barriers of guidelines development and the sociocultural nature of clinical practice, and respect for clinical experience, can lead to improved strategies for guidelines development.

J Clin Oncol 13:502-512. © 1995 by American Society of Clinical Oncology.

CLINICAL PRACTICE guidelines are being promoted as one strategy to assist clinical decision making to improve the effectiveness and reduce unnecessary costs of delivered health care services. Practice guidelines have been defined as systematically developed

tions, including the following: growing evidence of substantial unexplained and inappropriate variations in clinical practice patterns; concerns that further limitations in resources will reduce the possibilities to deliver high-quality health care; and, the difficulty clinicians have in



*Clinical guidelines***Developing guidelines**

Paul G Shekelle, Steven H Woolf, Martin Eccles, Jeremy Grimshaw

The methods of guideline development should ensure that treating patients according to the guidelines will achieve the outcomes that are desired. This article presents a combination of the literature about guideline development and the results of our combined experience in guideline development in North America and Britain. It considers the five steps in the initial development of an evidence based guideline. The dissemination, implementation, and evaluation of practice guidelines will be discussed in the final article in this series.¹

Identifying and refining the subject area of a guideline**Prioritising topics**

Guidelines can be developed for a wide range of subjects. Clinical areas can be concerned with conditions (abnormal uterine bleeding, coronary artery disease) or procedures (hysterectomy, coronary artery bypass surgery). Given the large number of potential areas, some priority setting is needed to select an area for guideline development. Potential areas can emerge from an assessment of the major causes of

Summary points

Identifying and refining the subject area is the first step in developing a guideline.

Convening and running guideline development groups is the next step.

On the basis of systematic reviews, the group assesses the evidence about the clinical question or condition.

This evidence is then translated into a recommendation within a clinical practice guideline.

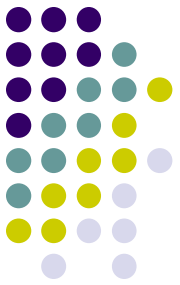
The last step in guideline development is external review of the guideline.

One method of defining the clinical question of interest and also identifying the processes for which evidence needs to be collected and assessed is the construction of models or causal pathways.² A causal path-

This is the second in a series of four articles on issues in the development and use of clinical guidelines

West Los Angeles
Veterans Affairs
Medical Center
(111G), 11501
Wilshire Blvd,
Los Angeles,
CA 90073, USA
Paul G Shekelle,
*senior research
associate, Health
Services Research and
Development Service*

Department of
Family Practice,
Virginia
Commonwealth
University, Fairfax,
Virginia 22033,
USA



PASOS PARA EL DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

1. Identificar y refinar el tema
2. Conformar el grupo de trabajo
3. Identificar y evaluar la evidencia
4. Trasladar la evidencia a una guía de práctica clínica
5. Revisar y actualizar la guía

IMPACTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



“Las GPC, especialmente cuando se combinan con otros métodos de comunicación, tales como retro - alimentación sobre la práctica y la educación por pares respetados, han mostrado mejorar tanto los procesos como los resultados del cuidado clínico”

NEJM 1996; 335: 1060-3

Lancet 1993; 342: 1317-22

JAMA 1995; 274: 700-5

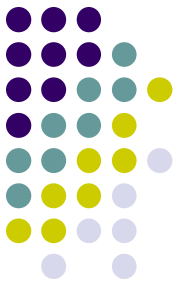


INCERTIDUMBRE RESPECTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Metas a priori de un PROGRAMA de desarrollo de CPG (para quién?):

- ¿Guías como pasos críticos?
- ¿Guías como límites permitidos?
- ¿Guías como marcador de calidad:
 - ▶ excelencia en el servicio?
 - ▶ servicio estándar?
 - ▶ requisitos mínimos?
- ¿Guías enfocadas por enfermedad?
- ¿Guías enfocadas por intervención?

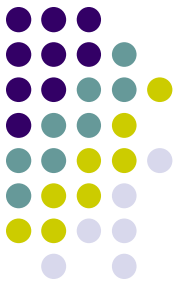
INCERTIDUMBRE RESPECTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



Aspectos éticos:

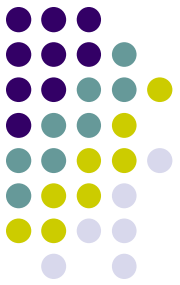
- ¿Quién será responsable de asegurar que las guías de práctica clínica son éticas en:
 - su formulación?
 - su implementación?
- ¿Quién será responsable de asegurar que no existen conflictos éticos de:
 - interés?
 - valores?

INCERTIDUMBRE RESPECTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



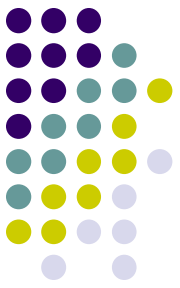
Aspectos Legales:

- ¿Cuál podría ser el impacto de las GPC sobre las demandas de mala práctica?
- ¿Cuál es la responsabilidad legal de los grupos que:
 - elaboran las GPC?
 - promueven el uso de las GPC?
 - no las siguen?
- ¿Las GPC se convertirán en el estándar legal de la práctica en medicina?

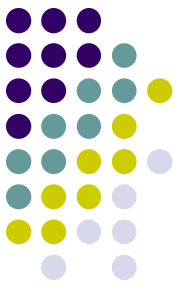


DEFINICIONES DE CALIDAD, Y EVALUACIÓN DE CALIDAD BASADA EN EVIDENCIA

Donabedian: Definiciones individualizadas de Calidad



- *Donabedian (1980) es el principal pensador acerca de calidad en salud contemporáneo*
- *El núcleo de la definición de calidad es un balance entre daño (riesgo) y beneficio en salud.*
- *La calidad se debe basar en los valores del consumidor (quizás en utilidades formales)*
 - *“Harms and benefits must be compared primarily as they are valued by the fully informed patient or his legitimate representative.”*
 - *Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. 1980, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, p. 27.*
 - *Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. 1980, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, p. 35.*



Donabedian: vincula Calidad y utilización

- *“Se puede defender la idea de evitar el uso de cuidados inútiles (lo que incidentalmente disminuye costos) como un elemento de la definición de calidad.”*
- *Esta afirmación excluye la “eficiencia” de producción masiva (productividad en vez de eficiencia), excepto en la medida que sea un resultado de decisiones del terapeuta en el manejo óptimo de pacientes individuales.*
 - *Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. 1980, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, p. 27.*

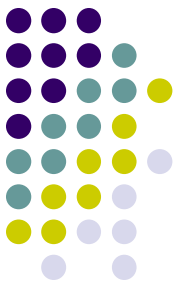
Método de Donabedian de medición de calidad



1. *Estructura*
2. *Procesos*
3. *Resultados*

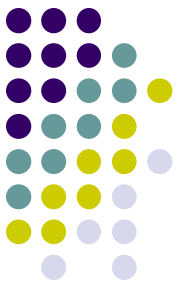
- *Enfocado en el cliente*

- *Donabedian A. Continuity and change in the quest for quality. Clinical Performance and Quality Health Care 1993:1(1);9.*



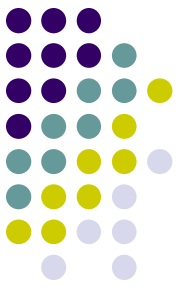
Estructura

- *“ . . . Las características relativamente estables de los proveedores de atención, de las herramientas y recursos a su disposición, y de los escenarios físicos y organizaciones en los que trabajan.”*
- *Incluye los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para proveer atención en salud.*
 - *Abarca el número, distribución y calificación del personal, hospitales, equipos, aseguramiento, etc. (Donabedian, p. 81).*



Procesos

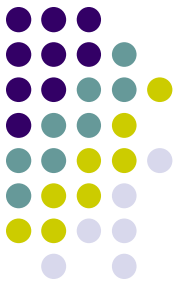
- *“ . . .El objeto primario de estudio es un conjunto de actividades que se desarrollan al interior de y entre proveedores y pacientes (Donabedian, p. 79)*
- *El objeto de toda evaluación de atención en salud*
 - *Pero no necesariamente la base para el juicio acerca de la calidad*
 - *Es necesario también medir estructura y desenlaces para determinar la calidad de un proceso*



Resultados

- *“ . . . Un cambio en el estado de salud actual y futuro de un paciente que puede ser atribuido al cuidado en salud precedente.”*
- *Incluye funcionamiento social y psicológico al igual que desempeño físico y fisiológico.*
 - *“Pero, mientras que el proceso es el objeto primario de la evaluación, la base para la determinación de la calidad es lo que se sepa sobre la relación entre las características del proceso de atención en salud y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad, de acuerdo con los valores atribuidos a éstos por el individuo y la sociedad.”*
 - *(Donabedian, p. 83)*

*Relaciones entre los tres aspectos mensurables
de la Calidad (Donabedian)*

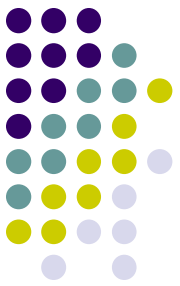


■ ***ESTRUCTURA*** →

PROCESO →

DESENLACE

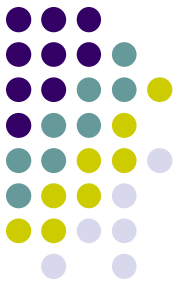
■ *Donabedian p. 83-86)*



Mejoramiento de calidad a través de Estructura: El Reporte Flexner (La primera “revolución” científica)

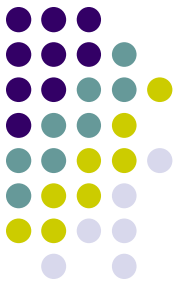
- *Berwick , p. 4*
- *Tempranos 1900*
- *Llevó la medicina hacia entrenamiento científico, alejándolo de la transmisión artesanal del oficio (aprendiz)*
- *Llegó a Latinoamérica en 1950-60*

La segunda Revolución: Responder ante otros (accountability)



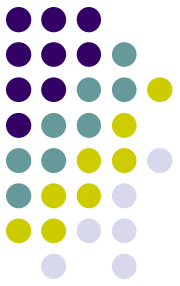
- *No revolución en cuanto a teorías*
- *Cambio en el punto de control*
 - *Inicialmente, el punto de control varió de médicos a*
 - *De artesanos y practicantes a médicos científicos*
 - *Ahora en punto de control sale del ámbito de la profesión a la sociedad.*

Los 80's—El movimiento de desenlaces (Outcomes' research)



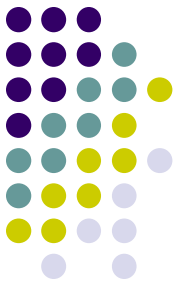
- *Variabilidad en la práctica*
 - *Se documentó*
 - *Se la declaró “mala”*
- *Guías de práctica*
 - *Declaradas “buenas” y efectivas*
- *Enfatiza en el estado funcional y en la satisfacción del cliente como desenlaces importantes que no eran medidos*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad



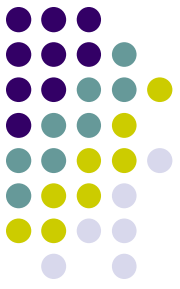
- *Hacer las cosas más barato*
- *Hacer mejor las cosas (Mejoría de calidad)*
- *Hacer bien las cosas*
- *Hacer las cosas correctas*
- *Hacer bien las cosas correctas*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (II)



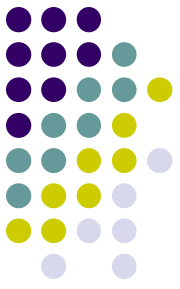
- *Hacer las cosas más barato*
 - *Los recursos son limitados*
 - *Ahorro de costos invertidos en salud.*
 - *Se intenta incrementar eficiencia.*
 - *Muchas veces solo se incrementa la productividad.*
 - *Productividad se refiere sólo a la cantidad de producto por unidad de entrada en un sistema: aumento en número de consultas (producto) hechas por un médico (entrada).*
 - *Eficiencia se refiere a la relación entre recursos invertidos (entrada) y buenos resultados obtenidos: aumento en desenlaces buenos de salud (AVISAS) por pacientes manejados por un médico.*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (III)



- *Hacer mejor las cosas (Mejoría de calidad).*
 - *Preocupación por deterioro de calidad lleva a esfuerzos para mantenerla o mejorarla.*
 - *Disminución de costos o aumento de productividad a costa de malos resultados no es una opción aceptable.*
 - *La mejoría de calidad se centra en dos aproximaciones complementarias aunque a veces antagónicas:*
 - *Calidad = conformidad de los procesos con unos estándares (explícitos o implícitos, basados ó no en evidencia) de excelencia. Evaluación de calidad basada en en procesos*
 - *Calidad = buenos desenlaces de salud.*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (IV)



- *Hacer bien las cosas*
 - *Ahorra costos (hacer las cosas más barato) **y***
 - *Mejorar estructura y procesos, ajustándolos a estándares propuestos (hacer mejor las cosas).*
 - *Hacer bien las cosas no garantiza buenos desenlaces. Es necesario no sólo hacer bien las cosas (estructura y procesos, según estándares) sino que también hay que hacer las cosas correctas (procesos que han demostrado producir buenos desenlaces).*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (V)



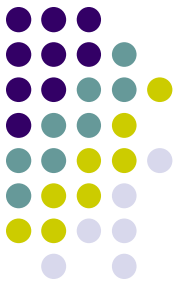
- *Hacer las cosas correctas (Cuidado basado en evidencia).*
 - ***Virtualmente todas las intervenciones tienen el potencial de hacer daño. Intervenciones aceptables deben hacer más beneficio que daño.***
 - ***Beneficio: eficaz (beneficioso bajo condiciones controladas –condiciones de investigación-), efectivo (en condiciones de la vida real), seguro y aceptable.***
 - ***Daño: desenlaces malos o inadecuados (incluye desenlaces de costos)***
 - ***Más: una diferencia significativa clínica y estadísticamente (NNT, NNH, CI).***

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (VI)



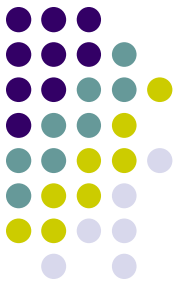
- *Hacer las cosas correctas (Cuidado basado en evidencia II).*
 - *La magnitud de una diferencia depende de:*
 - *La eficacia de la intervención (bajo condiciones controladas)*
 - *El desempeño (la calidad) del proveedor.*
 - *El riesgo absoluto (basal).*
 - *ECCs: evidencia de buena calidad, acerca de eficacia y en alguna manera sobre efectividad. Limitaciones en validez externa.*
 - *Investigación de desenlaces (Outcomes research) principalmente diseños observacionales, gana en aplicabilidad a escenarios específicos, a expensas de validez interna.*

Evolución de la medición y mejoramiento de la calidad (VII)



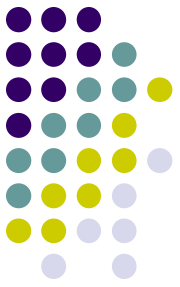
- *Haciendo bien las cosas correctas:*
 - *Haciendo bien las cosas:*
 - *Estructura apropiada (costo-efectiva) que cumple con estándares mínimos de calidad*
 - *Los procesos se deben realizar organizadamente. Tanto estructura como proceso deben ser, además de productivos (alto output por unidad de input), eficientes.*
 - *Haciendo las cosas correctas:*
 - *Procesos (intervenciones y servicios) deben hacer más beneficio que daño, (ECC, meta-análisis): eficacia, efectividad, seguridad y aceptabilidad (evaluación de calidad de procesos, basada en evidencia.).*
 - *Buen desempeño en la vida real, demostrado por su asociación con buenos desenlaces de salud (evaluación de calidad basada en desenlaces).*

Evaluación de Calidad basada en Evidencia

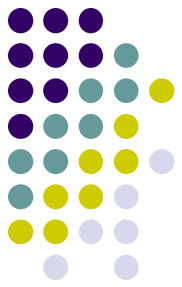


- ***Centrada en procesos que hacen más bien que daño (haciendo las cosas correctas)***
 1. ***Identificación de problemas clínicos importantes (para los que puede haber evidencia apropiada en favor de opciones específicas de manejo)***
 2. ***Desarrollo de guías específicas para manejo de problemas (que enfatizan en la necesidad de realizar opciones de manejo apoyadas en evidencia)***
 3. ***Medición de desempeño del personal de salud que manejan los problemas (particularmente la frecuencia con la que realizan opciones específicas) y***
 4. ***Mejorar el desempeño de quienes realizan el manejo (basado en comprender el porqué deciden no realizar opciones específicas)***

Cuatro pasos para Evaluación de Calidad basada en Evidencia



- *Similar al ciclo de mejoramiento de calidad: Planée, Haga, evalúe y actúe.*
- ***Defina Prioridades (Plan)***
- ***Defina Guías (Haga)***
- ***Mida desempeño (evalúe)***
- ***Mejore desempeño (Actúe)***



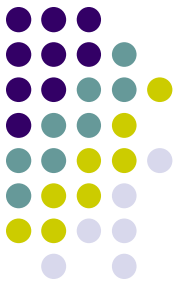
Serie de Artículo al estilo user's guide to literature

- ***Evidence-based care: 1. Setting priorities:*** *how important is the problem? Evidence-Based Care Resource Group. CMAJ 1994 Apr 15;150(8):1249-54.*
- ***Evidence-based care: 2. Setting guidelines:*** *how should we manage this problem? CMAJ 1994 May 1;150(9):1417-23.*
- ***Evidence-based care: 3. Measuring performance:*** *how are we managing this problem? Evidence-Based Care Resource Group. CMAJ 1994 May 15;150(10):1575-9.*
- ***Evidence-based care: 4. Improving performance:*** *how can we improve the way we manage this problem? Evidence-Based Care Resource Group. CMAJ 1994 Jun 1;150(11):1793-6.*



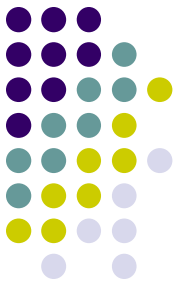
Defina Prioridades

- *¿Qué tan importante es el problema?*
- *Concentrarse en problemas clínicos definidos e importantes, para los que hay suficiente evidencia de calidad para identificar la práctica clínica óptima*



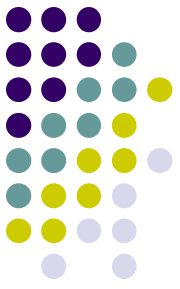
Defina Guías de práctica

- *¿Cómo se debe manejar el problema?*
- *Se desarrolla el proceso de MBE, es decir, búsqueda sistemática y apreciación crítica de la mejor evidencia disponible y utilización para definir la mejor práctica*



Evalúe desempeño

- *¿Cómo se está manejando el problema?*
- *Evalúe la medida en la que el personal de salud lleva a cabo las intervenciones óptimas*



Mejore desempeño

- *¿Cómo se puede mejorar la manera como se maneja el problema?*
- *Intervenir para mejorar la práctica del personal de salud*