

Glosario de Términos

Este glosario incluye definiciones de términos y acrónimos que son nombrados en la lista de comprobación, con el objetivo de facilitar la interpretación de los ítems incluidos. Aquellos términos que se relacionan, se han agrupado en categorías que describen los distintos aspectos del desarrollo de una guía.

Término	Definición
<i>Grupos, individuos y organizaciones involucradas en el proceso de desarrollo de la guía</i>	
Grupo elaborador de la GPC (GEG)	Grupo de profesionales de la salud y otros, grupos de interés, pacientes y cuidadores, investigadores y personal técnico que desarrolla una guía. El Grupo elaborador de la GPG (GEG) puede estar constituido por varios subgrupos o comités con tareas específicas como el comité supervisor, el panel de la guía, grupos de interés y representantes de usuarios, y el grupo de trabajo. Algunos miembros pueden pertenecer a más de un subgrupo o comité (ej. Una persona que es clínico e investigador como miembro del grupo de trabajo y del panel de la guía). ^{1,2}
Comité supervisor	Grupo que supervisa el proceso de desarrollo de una guía, cuyas tareas incluyen el establecimiento de prioridades y la selección de guías potenciales a desarrollar más allá del tema propuesto, el reclutamiento y nombramiento de los miembros del panel de la guía y la aprobación de la GPC final para su publicación y difusión. Denominado también como comité ejecutivo o consejo asesor de la guía. ²
Panel de la guía	Decide acerca de los temas que se abordarán en la guía, define las preguntas, desarrolla y formula las recomendaciones en la guía usando resúmenes de evidencia preparados por el grupo de trabajo, y aprueba el documento final de la guía para su posterior aprobación por parte del comité supervisor. Las y los miembros del panel de la guía a menudo pueden llamarse ' <i>panelistas</i> '. ²
Director/a (del panel de la guía)	Miembro líder del panel. Esta persona es neutral y tiene experiencia en la coordinación de grupos de profesionales de la salud, pacientes y cuidadores. La persona a cargo de la dirección debe estar cualificada y tener experiencia en estrategias para facilitar el funcionamiento del grupo, asegurar que todos los miembros del panel tienen las mismas oportunidades para contribuir y expresar de manera libre sus opiniones sin sentirse intimidados. Este individuo no tiene que ser necesariamente experto en ningún área clínica en particular. ^{3,4}

<p>Codirector/a (del panel de la guía)</p>	<p>Se debe designar cuando el panel de la guía es especialmente grande o las tareas asignadas son particularmente complejas. El o la codirector/a debe tener experiencia liderando grupos pero debe, además, dominar una disciplina (clínica o metodológica) diferente a la de la persona a cargo de la dirección.^{3,4}</p>
<p>Grupo de trabajo</p>	<p>Grupo de personas a quienes se les asigna la tarea de preparar y apoyar técnicamente el desarrollo de la guía, asistiendo al panel de la guía en la formulación de preguntas en formato PICO, conduciendo revisiones sistemáticas, evaluando la calidad de la evidencia, preparando los resúmenes de evidencia y otros documentos de apoyo para la discusión con el panel de la guía, escribiendo la guía y revisando los comentarios de los grupos de interés y la consulta pública. Este grupo trabaja de cerca con el panel de la guía para asegurar que se cumplen las tareas necesarias para alcanzar las metas y objetivos de la guía.</p>
<p>Secretaría</p>	<p>Grupo de personas cuya tarea es apoyar al GEG en los preparativos para el desarrollo y escritura de la guía. Las personas a cargo de la secretaría proveen apoyo técnico y administrativo (ej. Agenda, reuniones y teleconferencias, distribución de documentos)²</p>
<p>Grupos de interés</p>	<p>Una persona, grupo u organización que tiene un interés en la organización y transferencia de servicios de salud y que se interesará en el contenido y en los resultados de una guía. Se incluye en este grupo a proveedores de servicios de salud, colegios y otras sociedades profesionales, expertos en una enfermedad o condición, instituciones investigadoras y elaboradores de políticas.^{1,2}</p>
<p>Usuarios/as</p>	<p>Las y los usuarios de salud incluyen: a) pacientes individuales, b) cuidadores, incluyendo familiares y amistades del pacientes, c) miembros del público general (potenciales pacientes y financiadores de servicios de salud a través del pago de impuestos o aseguradoras), d) organizaciones voluntarias y comunitarias que representan los intereses de los y las pacientes, cuidadores y del público, e) defensores de los intereses de pacientes, cuidadores y otros clientes.</p> <p>Ellos se describen colectivamente como <i>usuarios</i> (esto no implica asumir consumo de servicios de salud) y son diferentes de otros destinatarios de guías tales como profesionales de la salud, comisionados, y proveedores de servicios.⁵</p>

Cuidador/a	Son aquellas personas que proveen apoyo a pacientes o cuidados de salud no remunerado (ej. familiares, amistades) y están en conocimiento de los problemas que son importantes para pacientes y cuidadores.
Defensor/a	Aquellas personas que hablan en nombre de un paciente, o un grupo de pacientes, para ayudarles a dar a conocer sus necesidades. ⁶
Organización patrocinadora	Organización que financia la elaboración de una guía y respalda su publicación y difusión.
Sociedades profesionales	Organizaciones sin fines/ ánimo de lucro cuyos miembros son profesionales de la salud que trabajan en un campo específico o especialidad y cuya labor se centra en un tema o área específica en servicios de salud (ej. Sociedad Española de Cardiología /Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica). Las sociedades profesionales están a menudo involucradas en la elaboración de guías para sus miembros y a menudo adoptan políticas con respecto a cuestiones médicas y de promoción de la salud. Denominados también como organizaciones profesionales, sociedades médicas o asociaciones.
Terceros	Organizaciones o grupos que desean adoptar o adaptar una guía en cuya elaboración no participaron directamente. A menudo, se incluyen departamentos gubernamentales o ministerios de salud que no tienen suficientes recursos para desarrollar guías <i>de novo</i> , o cuyas poblaciones e instituciones prestadoras de servicios de salud son similares a aquellas cubiertas por una guía preexistente.
Guías y temas	
Guía Guía de Práctica Clínica (GPC)	Documento que se centra en una enfermedad o condición e incluye recomendaciones para el manejo apropiado de pacientes con esta enfermedad o condición. La guía debe basarse en la mejor evidencia disponible y debe ayudar a los proveedores de servicios de salud complementando sus conocimientos y habilidades. Las guías pueden orientarse para su aplicación en contextos clínicos, de políticas de salud, sistemas de salud o salud pública, entre otros. ²
Público objetivo	Grupo específico o gama de proveedores de salud a quienes se dirige la GPC, con el objeto de orientar su trabajo en el contexto de la atención sanitaria. El público objetivo tendrá una influencia en la amplitud y profundidad del contenido de la guía. ⁷ El público principal está compuesto por los usuarios finales a los que se dirige de la guía. Por ejemplo, si la guía está destinada a la atención primaria, el público objetivo lo compondrán los profesionales de la medicina y enfermería que ejercen en la atención primaria. El público secundario puede incluir cualquier otro grupo para el cual el contenido de la guía sea aplicable, tales como la dirección de instituciones de salud, la administración de hospitales y elaboradores de políticas. ⁸

Tema de la GPC	El Tema de la guía especifica la enfermedad, condición o área general que cubrirá la guía (ej. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los elaboradores de guías deben considerar la priorización de los temas con mayor potencial para mejorar los cuidados de salud y desenlaces en salud. ⁹
Temas dentro de la GPC	Los temas dentro de la guía definen el contenido que cubrirá la guía. Por ejemplo, si la guía tratará sobre el diagnóstico de una condición, su tratamiento, o ambos, o si se centrará en temas donde existe mayor incertidumbre o variabilidad en la práctica clínica. Los paneles de guías deben considerar y decidir sobre todos los posibles problemas que podrían abordarse en una guía que serán de importancia para la el publico objetivo. Definidos también como el alcance de una guía, estarán interrelacionados con las preguntas en formato PICO que se aborden en la GPC.
<i>Etapas para el desarrollo de guías</i>	
Establecimiento de prioridades	El establecimiento de prioridades consiste en que los grupos de interés identifiquen, sopesen y jerarquicen las prioridades. De este modo, se garantiza que los recursos y la asistencia se dedican a esas áreas generales (ej. enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, prevención), en las que las recomendaciones del cuidado de la salud proporcionarán el mayor beneficio a una población, una región o un país. La manera en que se abordan estas prioridades debe contribuir a futuros proyectos, al mismo tiempo que responde a las circunstancias potencialmente difíciles existentes ¹⁰ .
Revisión por pares	Consiste en someter trabajos académicos, trabajos de investigación o ideas al escrutinio de otros. La revisión por pares de una guía y unas recomendaciones, por parte de personas con intereses, conocimientos y experiencia similares a los de aquellas que la producen, pretende asegurar la precisión y validez de esta guía. Esta revisión puede ser interna, cuando la realizan colegas de la misma organización que no están involucrados directamente en el desarrollo de la guía, o externa, cuando la llevan a cabo personas totalmente independientes y ajenas al desarrollo de la misma. ^{2,6}
Difusión	Se trata del proceso activo de divulgar información, como una guía, a los usuarios a los que va dirigida, para asegurar su máxima exposición, captación e implementación. Se pueden utilizar diversos métodos de difusión, como versiones impresas de la guía completa, versiones on-line, guías resumidas, aplicaciones para el móvil, incorporación de algunas recomendaciones en sistemas de apoyo de decisiones clínicas, versiones para el público general, material didáctico que describa las recomendaciones, organización de reuniones con los usuarios a los que va dirigida, etc. A excepción del documento guía principal, a los demás productos desarrollados se les denomina habitualmente <i>productos derivados</i> . ¹¹

Implementación	Hace referencia a la adopción e incorporación de las recomendaciones de la guía por parte de las y los usuarios a los que va dirigida, en su práctica clínica. Un plan de implementación debe incluir la identificación de posibles obstáculos, criterios e indicadores de éxito, datos iniciales de los indicadores, recursos necesarios, necesidades formativas, identificación de mecanismos o redes existentes, métodos de supervisión del proceso de implementación, mecanismos de evaluación y redacción de informes, y plazos para el logro de objetivos ^{2,11} .
Adaptación de una guía	Consiste en utilizar una estrategia sistemática para usar y adaptar guías existentes, producidas en un contexto concreto, a un nuevo entorno con un contexto cultural o institucional diferente. El proceso de adaptación de una guía y sus recomendaciones debe asegurar que la guía adaptada aborde cuestiones de salud específicas, pertinentes al contexto en el que se va a utilizar, y que se amolde a las necesidades, las prioridades, la legislación, las políticas y los recursos del nuevo entorno al que va destinado. ¹²
<i>Considerations in the development of a guideline</i>	
Procedimientos grupales	Los procedimientos grupales abarcan el cómo y el cuándo deben interactuar los miembros de un grupo. Por ejemplo, la interacción de los miembros del panel durante una reunión para acordar las recomendaciones. ³
Consensus methods Métodos de consenso	Se trata de las técnicas empleadas en la toma de decisiones para alcanzar un acuerdo respecto a un asunto concreto. El consenso puede ser formal o informal; algunos ejemplos de consenso formal son el método Delphi y la técnica de grupo nominal.
Quórum	Hace referencia al número mínimo de miembros del grupo que debe estar presente para considerar válidos una reunión, una votación o un consenso. ¹
Logros	Se define como las etapas importantes alcanzadas a lo largo del proceso de desarrollo de una guía. Algunos ejemplos son: finalizar la revisión sistemática, desarrollar recomendaciones y publicar un informe de la guía ³ .
<i>Considerations in the development of a guideline</i>	
Declaración de intereses (o revelación de intereses)	Una declaración de intereses consiste en revelar el conflicto de intereses, actuales o potenciales, de naturaleza económica, profesional, intelectual u otra, pertinentes respecto al tema de la obra o la reunión, con el fin de determinar el posible conflicto de intereses. Esta declaración debe incluir también intereses relevantes de otras personas que puedan, o pueda parecer que pueden, influir indebidamente en el criterio del experto; es decir, parientes directos, jefes, socios profesionales cercanos o cualquier persona con la que el experto tenga intereses personales, económicos o profesionales comunes. ²

<p>Conflicto de intereses</p>	<p>Se engloban aquí las divergencias, entre los intereses privados de una persona y sus obligaciones profesionales, que podrían llevar a un observador independiente a sospechas razonables de que las acciones o decisiones profesionales de la persona en cuestión están motivadas por un beneficio personal, ya sea económico, de promoción académica, como suministros clínicos o prestigio dentro de la comunidad. Esta definición abarca cualquier relación económica o intelectual que pueda alterar la capacidad de un individuo o una organización para abordar una pregunta científica con una mentalidad abierta. ¹³</p>
<p>Patrocinio comercial</p>	<p>Se puede aplicar a individuos u organizaciones, incluyendo la financiación para la elaboración de una guía. Despierta una especial preocupación la posibilidad de que los elaboradores de la guía se sientan, o se pueda interpretar que están, obligados o presionados por el patrocinador a hacer recomendaciones en favor de los intereses del mismo. El patrocinio comercial puede darse en forma de investigación patrocinada por la industria farmacéutica, servicios clínicos por los cuales un miembro del comité obtenga un porcentaje sustancial de sus ingresos, asesoramiento o pertenencia a un consejo por el que se recibe cualquier tipo de compensación. ¹⁴</p>
<p>Barreras para el cambio</p>	<p>Este aspecto deberá identificarse y considerarse antes de la elaboración de una guía donde las recomendaciones sugieran cambios en la práctica de la salud. Estas barreras para el cambio pueden existir en varios niveles del sistema de salud y pueden ser a nivel estructural (como falta de recursos, efecto disuasorio en la financiación), del propio centro (como combinación de aptitudes inadecuada, falta de instalaciones o equipamiento), de los colegas (normas asistenciales locales no acordes a la práctica deseada), de la interacción entre el profesional y el paciente (como los problemas de comunicación y procesamiento de la información) y prioridades conflictivas. Existen varios métodos para identificar estas barreras cuyo protocolo varía. Estas barreras pueden variar en función de los recursos, el contexto y guías diferentes. ¹¹</p>
<p>Equidad (en salud)</p>	<p>La equidad en salud, o equidad en relación con la salud, es una medida del grado en que las políticas de salud son capaces de distribuir de manera justa el bienestar. Consiste en la ausencia de diferencias sistemáticas o potencialmente remediadas, en cuanto al estatus de salud, el acceso a la sanidad y a entornos saludables, y el tratamiento de uno o más aspectos de salud; entre las poblaciones o grupos de población definidos por características sociales, económicas, demográficas o geográficas. La inequidad en salud es el resultado de un desequilibrio en el estatus de salud y en el acceso a los servicios de salud entre distintas clases sociales, grupos étnicos y poblaciones de áreas geográficas distintas. Los paneles de guías deben considerar si sus recomendaciones tendrán un impacto en la equidad en salud, y la magnitud de éste. Denominada</p>

	también como desigualdad en salud. ^{1,10,15}
Valores y preferencias	Se incluyen aquí los conocimientos, la actitud, las expectativas y las creencias de pacientes y cuidadores; las metas de los y las pacientes en cuanto a la vida y la salud; la experiencia previa con el tratamiento y la afección; la sintomatología (disnea, dolor, pérdida de peso); preferencias en cuanto a resultados deseables y no deseables; la percepción de las repercusiones que la afección o las intervenciones tengan en la calidad de vida, el bienestar o la satisfacción y las interacciones entre la labor de implementar la intervención, la propia intervención y otros contextos que pueda percibir el paciente; preferencias en cuanto a vías de acción alternativas; y preferencias relacionadas con el estilo y el contenido de la comunicación, con la información y con la participación en la toma de decisiones y la asistencia. Los valores y preferencias de aquellos a los que afecten las recomendaciones deben integrarse en el proceso de desarrollo de la guía. ⁵
Transparencia	La transparencia implica documentar y presentar de manera clara los detalles de la totalidad de los métodos y procesos utilizados para la elaboración de la guía, incluyendo los participantes en el mismo, la evidencia y la información examinada y los juicios realizados durante cualquier toma de decisiones, especialmente durante la formulación de las recomendaciones. La transparencia permitirá que otras personas sigan los pasos y obtengan el mismo producto final, si reproducen el proceso de desarrollo de la guía.
Credibilidad de las guías	El grado en que se puede confiar en las conclusiones y recomendaciones de una guía. Determinado por los métodos y enfoques utilizados, incluyendo el tiempo y la dependencia editorial tal como se describe en la herramienta AGREE II, en el informe del Institute of Medicine's y en a guía del 'Guideline International Network'. También puede ser denominado como fiabilidad o la calidad de guías. ^{4,16,17}
<i>Revisión de la evidencia y consideraciones de información adicional</i>	
Protocolo	Documento que describe el plan o el conjunto de pasos que definen cómo se desarrollará la guía y qué metodología se utilizará. Antes de desarrollar una guía, por ejemplo, el protocolo establece qué preguntas serán respondidas, cómo se recogerá y analizará la información, así como el marco conceptual y métodos de consenso que se utilizarán para formular las recomendaciones.
Pregunta en formato PICO	Población/pacientes-intervención- comparación- desenlaces (outcomes). Mnemotecnía utilizada para desarrollar las preguntas sobre cuidados en salud que serán respondidas en una guía. Una pregunta generada utilizando la estrategia PICO ayudará a identificar la evidencia a revisar, siendo útil para obtener información sobre los pacientes y su condición, las intervenciones de interés que se realizan o debieran realizarse, cualquier comparación entre la intervención actual y posibles

	alternativas, y los desenlaces deseados o logrados. ²
Población	Un grupo de personas con un vínculo en común, como presentar una misma condición médica, vivir en una misma área o compartir características comunes. La población identificada para una guía se refiere a todas las personas a las que se pretende aplicar las recomendaciones (ej. adultos con diabetes mellitus). ¹⁸
Comorbilidad	Enfermedad o condición que presenta un paciente además de la enfermedad principal de interés que se está estudiando o tratando (ej. enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus). Las comorbilidades pueden influenciar sobre las manifestaciones clínicas y la historia natural de una enfermedad. Denominadas también, como condiciones concomitantes. ^{6,19}
Vía clínica (o vía de cuidados):	Secuencia de prácticas, procedimientos, pruebas/ exámenes, intervenciones y tratamientos que debieran ser utilizados para proveer cuidados en salud a personas con un cuadro clínico determinado. ⁶
Desenlaces	El impacto que una prueba, tratamiento, política, programa u otra intervención tiene sobre una persona, grupo o población. Los desenlaces de intervenciones para mejorar la salud de la población podrían incluir un cambio en la salud y en el bienestar, o en el estado de salud de las personas. En términos clínicos, los desenlaces pueden incluir el número de pacientes que se recuperan completamente de una enfermedad o el número de hospitalizaciones, y la mejora o deterioro en la salud, habilidades funcionales, síntomas o situación de algunas personas. ⁶
Desenlaces importantes para pacientes	Un desenlace para el que se responde con un sí la siguiente pregunta: “si uno supiera que este desenlace es lo único que va a cambiar con el tratamiento, ¿consideraría el paciente recibir el tratamiento aunque estuviera asociado con efectos adversos, molestias/ incomodidades, o coste?”. Dentro de estos desenlaces se encuentran la mortalidad, morbilidad, y los desenlaces declarados por pacientes. ^{20,21}
Calidad de vida relacionada con la salud	Combinación del bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de enfermedad. Es un ejemplo de desenlace importante para pacientes. ¹
Desenlaces subrogados	Aquellos desenlaces que no son importantes en sí mismos pero que pueden estar correlacionados con desenlaces importantes para pacientes (ej. densidad ósea como desenlace subrogado del desenlace importante para pacientes, como por ejemplo fracturas). También llamados desenlaces sustitutos o indirectos. ²¹
Importancia de los desenlaces	Clasificar la importancia relativa de los desenlaces deseables (ej, reducción de mortalidad, mejora en la calidad de vida relacionada con la salud) e indeseables (ej, efectos adversos y coste) de la intervención de interés permite al panel de la guía determinar cuál es la influencia que tendrá un

	desenlace en particular y sus estimadores de efecto en la formulación de una recomendación en particular. La importancia relativa de los desenlaces puede variar de acuerdo a diferentes valores y preferencias o cuando se considera desde la perspectiva de pacientes, clínicos y encargados de políticas de salud. En el marco conceptual GRADE, los desenlaces son clasificados como críticos para la toma de decisiones, importantes pero no críticos para la toma de decisiones, y de baja importancia para la toma de decisiones. ²¹
Magnitud del efecto	Medida de la diferencia o del efecto relativo de una intervención sobre el desenlace de interés en el grupo intervención comparado con el grupo control. También, conocido por tamaño del efecto. ⁶
Revisión sistemática	Revisión exhaustiva de la literatura publicada en relación a un tema de cuidados en salud y que responde a una pregunta específica. Se lleva a cabo una búsqueda de literatura amplia, basada en una estrategia de búsqueda para identificar todos los estudios. Los estudios son revisados, se evalúa su calidad, y los resultados se resumen de acuerdo a la pregunta de la revisión. ²
Recolección de la evidencia	En el contexto de revisiones sistemáticas, el proceso de buscar sistemáticamente todos los estudios científicos relevantes a una pregunta concreta, y recuperarlos para su revisión. Este proceso también incluye obtener de otras fuentes evidencia no publicada ²
Criterios de selección	Criterios utilizados para decidir qué estudios y tipos de estudios deberían ser incluidos y excluidos como fuente potencial a la hora de recoger la evidencia durante la elaboración de una guía. También, llamados criterios de inclusión y exclusión. ⁶
Opinión de expertos	Se trata de una interpretación de la evidencia. Algunas veces se basa en evidencia de alta calidad como ensayos clínicos aleatorizados o estudios observacionales bien realizados, y otras veces se basa en información recogida de forma no sistemática, e idealmente resumida por escrito. La opinión de expertos se confunde a menudo con la noción de evidencia que no está disponible a partir de investigación sistemática o que no fue resumida de forma sistemática. A menudo, también se utiliza como excusa para no recoger evidencia de forma sistemática.
Evaluación económica	Conjunto de métodos cuantitativos formales utilizados para evaluar una o más intervenciones, programas o estrategias en relación con su utilización de recursos y sus desenlaces esperados. Las evaluaciones económicas pueden incluir distintos tipos de estudios como el análisis de coste efectividad, el análisis de coste beneficio y los modelos económicos. ²
Calidad de la evidencia	Describe el nivel de confianza o certidumbre en los estimadores de efecto de una intervención en un desenlace específico en una población determinada. También, llamado fuerza de la evidencia, confianza en los estimadores, certidumbre en la evidencia, y niveles de evidencia. ²²

Tabla o perfil de evidencia, o tabla de resumen de hallazgos	Tabla que resume los resultados/ estimadores de efecto de los estudios para cada desenlace de interés y la calidad de la evidencia asociada. La tabla proporciona un resumen conciso de la información clave necesaria para tomar una decisión, y en el contexto de una guía, provee un resumen de la información clave que subyace a una recomendación. ^{6,23}
Recomendaciones y formulación de recomendaciones	
Estrategia analítica o marco conceptual	Estrategia que describe los criterios que usa el panel de la guía para revisar la evidencia y analizar la información relevante para llegar a una recomendación. El análisis puede centrarse en el balance entre consecuencias deseables e indeseables, informadas por la calidad de la evidencia, la magnitud de la diferencia entre los beneficios y daños, la certidumbre en la variabilidad de los valores y preferencias, el uso de recursos, la equidad y otros factores (ej. Marco conceptual de la evidencia a las recomendaciones de GRADE/ DECIDE) ²⁴
Recomendación	Curso de acción recomendado por la guía, basado en preguntas clínicas, recolección de evidencia, y consideración de otra información de la estrategia analítica o marco conceptual. Las recomendaciones en la guías pueden estar relacionadas con intervenciones clínicas, actividades de salud pública o políticas de gobierno. ²
Recomendación condicional	Recomendación para la que el panel de la guía tuvo mayor incertidumbre sobre si la implementación de la acción recomendada conlleva más consecuencias deseables que indeseables. Condiciones específicas tendrían que ser descritas. En el marco conceptual GRADE se le llama recomendación débil. ²⁵
Recomendación de investigación	Recomendación que resulta del proceso de desarrollo de la guía para ser utilizada en el contexto de investigación únicamente. Los paneles de guías deberían considerar realizar recomendaciones de investigación cuando haya una gran incertidumbre sobre los efectos deseables e indeseables de una intervención, nuevas investigaciones puedan disminuir la incertidumbre, y que los beneficios potenciales y ahorros, derivados de la reducción de esta incertidumbre, sean mayores que los daños potenciales de no hacer la recomendación de investigación. La formulación de recomendaciones para investigación adicional debe ser lo más precisa y específica posible. Definir la población, intervención, comparación y desenlaces (PICO) explícitamente hace las recomendaciones de investigación más útiles. ^{24,26}
Fuerza de la recomendación	La fuerza de una recomendación refleja el grado en que los elaboradores de la guía confían en que los efectos deseables de adherirse a la recomendación superan los efectos indeseables. ^{24,25}
Medidas de rendimiento	Criterios que pueden ser medidos para evaluar la calidad de los cuidados en salud (ej. profesionales clínicos siguiendo una opción de manejo específico). Las opciones de manejo

	asociadas con recomendaciones fuertes son particularmente buenos candidatos para los criterios de calidad. ²⁴
<i>Acrónimos utilizados en la lista de comprobación</i>	
AGREE II	Valoración de guías para investigación y evaluación II (del inglés: <i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>). Herramienta validada desarrollada a través de una colaboración internacional para evaluar el proceso de desarrollo de guías de práctica clínica y la calidad de su descripción. ¹⁶
AMSTAR	Una herramienta de medición para evaluar revisiones sistemáticas (del inglés: <i>A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews</i>). Herramienta validada con 11 ítems para medir la calidad metodológica de revisiones sistemáticas. ²⁷
GRADE	De sus siglas en inglés: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation approach; Desarrollado por un grupo de trabajo colaborativo internacional, GRADE es un sistema que provee un enfoque transparente para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, que es utilizado por muchas organizaciones internacionales. Aborda asuntos metodológicos y prácticos relacionados con revisiones sistemáticas y el desarrollo y la difusión de recomendaciones. ²⁸
USPSTF	Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU (del inglés: United States Preventive Services Task Force). Organización gubernamental que desarrolla recomendaciones sobre servicios clínicos preventivos como tamizaje, servicios de asesoramiento y medicinas preventivas. La organización desarrolló su propio marco conceptual para clasificar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones. ²⁹

Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/l2-glossary>. Accessed July 21, 2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
3. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
4. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058. Accessed April 22, 2013.
5. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013; <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>. Accessed July 21, 2013.
7. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
8. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
9. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.

10. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. 2013; http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html. Accessed July 26, 2013.
11. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.
12. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.
13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. Sep 15 2009;180(6):564-580.
14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.
15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.
16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013; <http://www.agreetrust.org>. Accessed July 21, 2013.
17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.
18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.
19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.

20. Guyatt G DP, Montori V, Schünemann HJ, Bhandari M,. Putting the patient first: In our practice, and in our use of language. *ACP journal club*. Jan-Feb 2004;140(A11).
21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):395-400.
22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):401-406.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):383-394.
24. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-725.
26. Brown P BK, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al,. How to formulate research recommendations. *BMJ*. Oct 14 2006;333(7572):804-806.
27. AMSTAR. Assessing the methodological quality of systematic reviews. 2012; <http://amstar.ca>. Accessed July 21, 2013.
28. The GRADE working group. GRADE Working Group. 2013; <http://www.gradeworkinggroup.org>. Accessed July 21, 2013.
29. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Accessed July 21, 2013.