



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE NORMALIZACIÓN

M26: 2021

**Manual Metodológico para la construcción de un
Protocolo de Atención Clínica**

Julio, 2021

M26: 2021

**Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de
Atención Clínica**

Julio, 2021



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

Autoridades

Licda. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Nery Conrado Cerrato

Subsecretario de Proyectos e Inversiones de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Gertrudis Fuentes

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No. 23A-DGN-2021**, me permito aprobar el **“Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de Atención Clínica “Código M26:2021**



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

SECTOR SALUD
M26: 2021

**Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de
Atención Clínica**

Julio, 2021

Tabla de contenido

1.INTRODUCCIÓN	8
2.OBJETO	9
3.CAMPO DE APLICACIÓN	9
4.ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS	9
5.TÉRMINOS ABREVIADOS Y DEFINICIONES	9
6.DOCUMENTOS RELACIONADOS	11
7. DISEÑO PARA LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS ,2).....	11
8. PARTES O APARTADOS BÁSICOS DE UN PROTOCOLO (1).....	12
9.DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DEL CUERPO SUSTANTIVO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA (PAC).....	14
10. ETAPAS PARA LA PREPARACIÓN DE BORRADORES: (5).....	20
11. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS.....	24
12. ANEXOS.....	25

Presentación

La Secretaría de Salud en el marco de la reforma del sector salud pone a consideración el manual metodológico para la construcción de protocolos de atención clínica, el cual es una herramienta que facilita al personal de salud de los diferentes servicios que serán utilizados en la atención de los servicios de salud a nivel nacional. Para la elaboración de esta herramienta es necesario contar con documentos basados en evidencia científica como insumo fundamental que permita brindar la atención utilizando los avances técnicos y científicos probados y de la mejor calidad.

La Dirección General de Normalización es la Unidad encargada a nivel institucional de brindar el soporte técnico en la conducción y asesoramiento en la elaboración de documentos normativos y en especial de este manual con el fin de definir un marco metodológico el cual pretende definir un protocolo de atención clínica, el cual pone a la disposición de los interesados. Con esto pretendemos cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en la atención integral de las personas.

Dra. Elvia María Ardón
Directora General de Normalización

1. INTRODUCCIÓN.

La Dirección General de Normalización (DGN) es: “La instancia responsable de formular y actualizar el marco normativo de los procesos de atención en salud y el marco normativo sanitario que garantice la calidad en salud”, tal asignación ha sido emitida mediante acuerdo del Reglamento Interno de Organización y Funciones de la Secretaría de Salud (ROF) emitido mediante Acuerdo N° 406.

Para el cumplimiento de esta actividad, la DGN en coordinación con su equipo técnico coordinan la elaboración de los diferentes documentos normativos para la prestación de servicios de salud, con el propósito de estandarizar los aspectos técnicos y de atención para contribuir a la calidad en la prestación de servicios de salud.

El presente manual metodológico tiene como objetivo establecer una metodología para la elaboración de un protocolo de atención clínica basado en evidencia científica, con el propósito que sea utilizado a nivel nacional en las diferentes unidades de salud. Incluye la estructura del protocolo con una breve explicación de cada una de sus partes; se enfoca en el paso a paso de cómo elaborar las intervenciones en función del tema siendo estas la parte medular del documento, también incluye el proceso de selección del equipo elaborador, elaboración de borradores, pasando por la validación de expertos en el tema hasta llegar a la aprobación.

Los Protocolos de Atención Clínica (PAC), así como otros documentos normativos forman parte de las herramientas de trabajo en las diferentes unidades de salud a nivel nacional y son de suma importancia ya que contribuyen a normalizar la atención y además sirven como herramienta de formación y programación de medicamentos en insumos necesarios para la atención.

2. OBJETO.

Establecer una metodología para la elaboración de un protocolo de atención clínica basado en evidencia científica, con el propósito que sea utilizado por personal de salud nivel nacional en los diferentes establecimientos de salud.

3. CAMPO DE APLICACIÓN.

Para personal de salud clínico a nivel nacional que elabora protocolos clínicos en los diferentes niveles de atención.

4. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS.

AGREE: Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (APPRAISAL GUIDELINES OF RESEARCH AND EVALUATION)

DGN: Dirección General de Normalización

EEPAC: Equipo Elaborador del Protocolo de Atención Clínica
Equipo Técnico Proponente

ET: Equipo Técnico

GPC Guía de práctica clínica

PAC: Protocolo de Atención Clínica

ROF: Reglamento Interno de Organización y Funciones de la Secretaria de Salud

R.S. Revisión sistemática

SESAL: Secretaria de Salud

UGDN: Unidad de Gestión de Documentos Normativos

5. TÉRMINOS ABREVIADOS Y DEFINICIONES.

AGREE: instrumento para la evaluación de GPC, para examinar el tema de variabilidad en la calidad de las guías, evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elaboró una guía.

Conflicto de interés:

Se entiende aquella situación en la que alguna de las actuaciones que se señalan en el protocolo pueden verse influenciada por algún tipo de relación (habitualmente económica) entre los autores y alguna institución. En caso de no encontrarlos bastará con

indicar en el formulario de “Declaración de Intereses”: “Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.¹

Cuerpo sustantivo/contenido: Es el contenido medular del protocolo en el que se precisan aspectos como: procedimientos, diagnóstico, tratamiento u otro; se incluyen las intervenciones o actividades que contenga el protocolo, las cuales están compuestas principalmente por la descripción de actividades, el lugar y el responsable directo de realizarlas.

Equipo elaborador: Profesionales asistenciales (personal médico, de enfermería y otros) con experiencia en el tema objeto del protocolo, con capacidad para trabajar en equipo.

Equipo Técnico de Normalización: Personal técnico que asigna la DGN

Equipo proponente: Es el personal experto en el tema identificado en el tema para conformar el equipo técnico elaborador del PAC, será conformado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas (según su ámbito de competencia)

Protocolo de Atención Clínica (PAC):

Documento de consulta rápida que describe, en resumen, el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención específica de salud, consensado entre los profesionales y que se adapta al entorno y a los medios disponibles. Puede derivarse de una Guía de Práctica Clínica.²

Está dirigido a organizar el trabajo de los clínicos y de manera sintética describe las pautas de actuación ante un problema concreto, describiendo el paso a paso.³

Revisión sistemática: son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica, representa el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquización de evidencia científica.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS.

- Modelo Nacional de Salud, 2013
- Guía para emitir documentos normativos, G01: 2015
- Procedimiento para la Emisión y Actualización de Documentos Normativos

7. DISEÑO PARA LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS (1,2)

Con el fin de estandarizar los documentos normativos que se publiquen, los ejemplares deben contener los siguientes elementos:

Formato de presentación

Márgenes y alineación

Cuadro, figura y gráfico

Cubiertas:

 Cubierta anterior

 Cubierta posterior

Anteportada o portadilla

Página de autoridades

Página de aprobación

Portada

Índice

Cuerpo del documento

Fecha de elaboración o actualización

Indicadores de monitoreo

Página de equipo técnico elaborador del protocolo

 Esta página contiene:

 Comité técnico de la SESAL/DGN,

 Autores

 Validadores

 Equipo de apoyo técnico externo (en caso de que exista)

Página de agradecimientos (opcional)

Ver la descripción de cada uno de los anteriores en el (Anexo No. 1)

8. PARTES O APARTADOS BÁSICOS DE UN PROTOCOLO. (1)

8.1 Introducción: Esta orienta sobre el contenido del documento, en ella se establece las razones por las que fue hecho el protocolo y menciona de manera general sus objetivos y campo de aplicación. De preferencia escribir al final de terminado el proceso de elaboración del protocolo.

8.2 Justificación: es la exposición de los motivos de la necesidad de la elaboración del protocolo, aporta información sobre la situación actualizada del problema identificado.

8.3 Objetivo General: Enunciado que orienta de manera global el propósito del protocolo.

8.4 Objetivos específicos: Enunciados que definen de manera precisa lo que se pretende alcanzar con la aplicación del protocolo, parten del objetivo general y definen en sí mismos un resultado concreto. Estos indican las acciones o intervenciones que se desarrollaran en el protocolo, responden al paso a paso del protocolo.

8.5 Alcance. Establece los límites de aplicabilidad de la materia cubierta en el protocolo (población diana, usuarios y niveles de atención).

8.6 Acrónimos, símbolos y términos abreviados: Apartado que incluyen las expresiones condensadas aceptadas internacionalmente o nacionalmente para referirse a instancias, unidades de medida, abreviaturas, entre otros que son usados en el protocolo y su significado, se colocan en orden alfabético.

8.7 Términos y definiciones: Conceptos que facilitan la comprensión y aplicación del protocolo, se escriben en orden alfabético.

8.8 Metodología: Descripción del proceso de elaboración del protocolo en sus aspectos más relevantes: Proceso y búsqueda de fuentes y bases bibliográficas, modalidad de extracción de síntesis, formación de equipos de trabajo, ejecutor y de revisión, método de validación.

Previo al desarrollo del contenido del protocolo el personal encargado de elaborarlo realiza la búsqueda sistemática de evidencia científica disponible del tema de acuerdo a

las preguntas clínicas o problema de salud formulado y elegir bases de datos donde buscar, se debe de seleccionar la mejor evidencia disponible

8.9 Aspectos Generales: Apartado que puede desarrollar de manera breve aspectos como:

Definición del tema

Clasificación internacional de la enfermedad

Etiología

Fisiopatología de la enfermedad

Factores de riesgo

Criterios de severidad y signos de alarma

Diagnóstico diferencial.

8.10 Cuerpo sustantivo/contenido: es el contenido medular del protocolo, en el que se precisan aspectos como procedimientos, diagnóstico, tratamiento u otro.

8.11 Herramientas de aplicabilidad:

En este apartado se incluyen aquellos elementos o instrumentos que resulten necesarios, faciliten la comprensión o la aplicabilidad del documento, por ejemplo:

- Algoritmos de actuación: son representaciones gráficas del diagrama de flujo, correspondiente a la descripción de las actividades enumeradas en los puntos anteriores. Pueden incluir también árboles de decisiones
- flujogramas
- Cuestionarios, test e índices empleados.
- Material de apoyo que se vaya a utilizar para su difusión

8.12 Referencias bibliográficas: es el listado de documentos consultados para la elaboración el protocolo, tanto los citados en el texto como otras referencias a obras anteriormente no citadas. Este apartado es importante porque con esto demostramos que nuestra forma de actuar tiene fundamento científico y no nace de la tradición, se facilita a otros profesionales la consulta del material que se ha utilizado. Existen diferentes formas de citar las fuentes bibliográficas utilizadas, aunque el más utilizado en las Ciencias médicas son las normas de Vancouver 2000, que están disponibles en http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp **APA** (The American Psychological Association):

<http://www.uah.es/biblioteca/documentos/Ejemplos-APA-BUAH.pdf>

8.13 Referencia y respuesta: define los criterios por los cuales un paciente debe de ser referido a otro nivel de atención y cuando debe de retornar a su centro de atención de origen.

8.14 Recursos Necesarios: Descripción de los materiales e insumos necesarios para aplicar el protocolo como ser: recursos humanos, medicamentos, materiales y equipo

8.14 Anexos: Información de soporte que puede incluir formatos, formularios, material auxiliar entre otros. Estos elementos proporcionan informaciones suplementarias o abona información adicional y es la última parte del protocolo. Aquí se incluirán aquellos elementos o instrumentos que resulten imprescindibles, que puedan facilitar la comprensión o aplicabilidad del documento.

El equipo elaborador definirá cuales son considerados anexos para su inclusión.

9. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DEL CUERPO SUSTANTIVO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA (PAC).

Para la elaboración de un protocolo es necesaria la constitución de un equipo elaborador del protocolo el cual debe estar conformado y funcionar como se describe en el **(Anexo No. 2)**.

Los miembros del equipo elaborador del protocolo deben de llenar la hoja de conflicto de intereses en la primera reunión del desarrollo del proceso. **(Ver Anexo No. 3)**

Para el desarrollo del cuerpo sustantivo se describen las actividades o intervenciones que es el paso a paso de la ejecución del PAC⁴

Previo a los **pasos** se definen los objetivos, población diana y alcance del protocolo a elaborar, ya definidos, se procede de la siguiente manera:

Paso 1. Búsqueda y revisión sistemática de literatura relacionada al tema

El objetivo de esta fase es la identificación de las guías de práctica clínica y otra literatura disponible sobre el tema del protocolo que se va a realizar que se encuentran en las diferentes fuentes disponibles para investigar, estas incluyen organismos recopiladores o que producen guías de práctica clínica, bases de datos generales que pueden ser consultadas; la elección de la bibliografía es parte fundamental en la elaboración del protocolo.

En la búsqueda es imprescindible que el equipo seleccione 2 ó 3 recursos con experiencia y habilidades adecuadas, ya que la selección de los estudios responde a criterios clínicos y metodológicos.

La revisión bibliográfica, en el contexto de la elaboración de un protocolo comienza con frecuencia por la selección de GPC relevantes que ya existan sobre el mismo tema.

La bibliografía debe ser identificada siguiendo una estrategia de búsqueda explícita.

La elección de la bibliografía es importante, porque al ser documentos normativos, es necesario que la información incluida sea la mejor evidencia disponible.

En la planificación de la estrategia de búsqueda se parte de lo siguiente:

- La búsqueda se realiza a partir de las preguntas clínicas estructuradas por el equipo o problema de salud identificado
- La búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) y de estudios individuales debe realizarse en bases de datos como, por ejemplo: Biblioteca Cochrane Plus (Cochrane Library), DARE, Medline, EMBASE, CINAHL entre otras más específicas según el tema del protocolo.
- También es importante el uso de DECS y MESH que son las palabras claves para la búsqueda de la bibliografía. **(Ver anexo No.4).**
- Realiza la búsqueda sistemática de la evidencia disponible que incluye: identificar adecuadamente las preguntas Clínicas o problemas de salud que el protocolo estandarizará y elegir las bases de datos dónde buscar
- Analiza y selecciona la GPC con la mejor evidencia disponible

Paso 2: Calificación guías con metodología AGREE II

Una vez identificadas las guías se inicia la calificación de las mismas con la metodología AGREE,

Esta metodología exige que sean mínimo 3 personas que califiquen estas guías. Se recomienda el acompañamiento de personas que conozcan la metodología AGREE. **(Ver Anexo 5) plantilla de calificación AGREE**

El documento AGREE completo puede verlo en <https://www.agreetrust.org>

Paso 3: Selección de guías base y otra literatura para la elaboración del PAC

El equipo elaborador selecciona las guías que presentan una calificación mayor o igual a 70% o según el porcentaje que el grupo decida: así como también puede seleccionar otras guías que, aunque no cumplan con él % requerido, algunas partes contiene una evidencia científica.

Con los expertos en el tema se definen las intervenciones que llevara el protocolo de acuerdo a su alcance; por ej. Si es diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, las intervenciones serán en esta área.

Paso 4: Procedimiento para las intervenciones

Este apartado describe la ejecución de las actividades: responsables, lugar de trabajo e insumos para el desarrollo de cada actividad. Cada actividad se describe siguiendo el orden cronológico en que se genera el proceso.

Se describen las distintas actividades a realizar para el desarrollo del proceso técnico del protocolo, indicando de forma explícita y clara, que personal interviene para llevar a cabo cada acción.

Para la redacción del contenido de la actividad se recomienda considerar lo siguiente:

- a) Responsable + explicación de la actividad contestando las preguntas del siguiente cuadro:

Cuadro: Preguntas para la descripción de actividades

Pregunta	Respuesta
¿Quién?	Se refiere a la unidad y/o puesto de trabajo que interviene en la actividad
¿Qué?	Se menciona que actividad se efectúa
¿Cómo?	Se hace referencia a los métodos y técnicas aplicadas para realizar la actividad.
¿Dónde?	Se refiere a la ubicación geográfica o física del lugar donde el personal realiza la actividad.
¿Por qué? (Opcional)	Se realiza una justificación breve de la actividad.

- b) Enumerar cada actividad de tal manera que se facilite su comprensión e identificación.
- c) Las actividades se describen en tercera persona singular y tiempo verbal presente, por ejemplo:
Forma Correcta: El personal responsable de la unidad realiza.
Forma incorrecta: Los funcionarios de la unidad deberían realizar
- d) El lenguaje utilizado debe ser claro y preciso, comprendido fácilmente por todos los usuarios.

Paso 5: En este apartado es donde se selecciona el tipo de intervención a realizar acorde al tema, a lo que quiere se abordar, considerado como importante para el manejo en el protocolo, a cada intervención se le da un título por ej:

Indicaciones de la Hemodiálisis

Contraindicaciones relativas a la hemodiálisis.

Prescripción de la diálisis peritoneal

Manejo de las anormalidades nutricionales en pacientes con diálisis peritoneal.

Tamizaje para prediabetes y DMT2

Categorización de prediabetes y diabetes.

También se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las acciones necesarias para realizar diferentes procesos en cada intervención.
- Los equipos necesarios de bioseguridad y otros tanto para el paciente como el personal de salud ej. (lentes, guantes, mascarillas, batas...).
- Cuando sea necesario la eliminación los desechos.
- Cuando sea necesario, la información al paciente de signos y/o síntomas que permitan detectar de manera precoz cualquier complicación que pudiera aparecer derivada del procedimiento.
- Precauciones cuando para evitar complicaciones (cuando aplique).
- Precauciones dirigido a los profesionales cuando sean necesarias cómo ser: cualquier aspecto relacionado con la aplicación del protocolo que deba ser tomado especialmente en cuenta y que sirva para evitar la aparición de complicaciones o bien que permitan detectarlas de manera precoz. Por ejemplo: en el caso del sondaje vesical: asegurarse que la orina fluye a la bolsa colectora, evitar que la sonda presente dobleces o torsiones, realizar pinzamientos intermitentes en caso de retención urinaria, no forzar nunca la entrada de la sonda. Si tiene alguna dificultad consulte con un superior.
- Corroborar que todas las actividades del proceso elaborado estén descritas y este de acuerdo alcanzar los objetivos del PAC.
- Siempre que sea pertinente, la última actividad a realizar debe ser el registro, en los documentos oportunos, de la actividad realizada y de cualquier incidente que haya sucedido. Una vez descritas las actividades se deben revisar para asegurar la claridad, la precisión, el contenido y la estructura apropiada. Se debe realizar un recorrido visual del proceso para corroborar que todas las actividades del mismo estén descritas y sean coherentes para alcanzar los objetivos planteados.
- Describir cuando corresponda los posibles eventos adversos o complicaciones que puedan presentar los pacientes incluidos en el protocolo.
- indicará cuando corresponda si el paciente necesitará de un seguimiento correspondiente (incluye: modalidad, frecuencia, lugar y responsable de realizarlo).
- **En caso que corresponda se incluyen, algunos aspectos como, por ejemplo:**
 - **-Identificación del paciente:** en este apartado, cuando corresponda se hace constar de forma explícita que: se identifica al paciente según protocolo del centro.

- Se informa al paciente y familia del procedimiento que se va a realizar y que acciones son necesarias para su colaboración.
- **-Actividades de valoración:** aquí se identifican aquellas medidas a observar, previas a la ejecución de la actividad, como ser: estado general del paciente, disposición de insumos necesarios para la actividad a realizar y su preparación en casos que proceda.

Es importante identificar y comprobar que se disponga con todo el material necesario y colocarlo en el lugar que corresponda

EJEMPLO DE INTERVENCIONES:

Ejemplo NO. 1

Intervención 1: Tamizaje para prediabetes y DMT2

Lugar: Consulta ambulatoria primer nivel de atención (Complejidad 1, 2,3).

Insumos: Insumos para GPA (reactivos, jeringas, tubos de ensayo, torniquete, alcohol, equipo de laboratorio y otros).

Personal que interviene: Personal médico, personal de enfermería, técnico de laboratorio.

Indicaciones: Para realizar el tamizaje de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y prediabetes se seguirán los siguientes pasos:

1. El personal médico realizar tamizaje en la población con criterios para investigar prediabetes y diabetes según la tabla 1 (ADA, 2017) que se muestra a continuación:

Intervención 2: Categorización de prediabetes y diabetes

Lugar: Consulta ambulatoria primer nivel de atención

Insumos: Para prueba de glucosa en ayunas, curva de tolerancia a la glucosa y HBA1c, (reactivos, jeringas, alcohol, torniquete, equipo), balanza con tallímetro, calculadora, estetoscopio, esfigmomanómetro, medicamentos: metformina

Personal que interviene: persona de enfermería, personal médico, técnico en laboratorio o microbiólogo.

Indicaciones: Para realizar diagnóstico de pre diabetes se deberá hacer lo siguiente:

¿Ejemplo No. 2?

Intervención: Estratificación del riesgo cardiovascular.

Lugar: Consulta ambulatoria, segundo nivel de atención.

Insumos: Equipo validado y calibrado para medición de presión arterial, calculadora, internet.

Personal que interviene: médicos generales, médicos especialistas, personal de enfermería, estudiantes de medicina y enfermería.

Indicaciones

1. El médico en medicina general o médico especialista calcula el riesgo cardiovascular a todo paciente con HTA.

a. El riesgo cardiovascular se establece a partir de la 2da. Visita médica, o en el momento de contar con los resultados de exámenes complementarios

10. ETAPAS PARA LA PREPARACIÓN DE BORRADORES:(5)

Preparación de Borradores (B, B1, B2 y B3)

10. 1 Etapa preparatoria: Diagnostico y elaboración de Propuesta de Proyecto o borrador inicial de Documento Normativo (B)

- Solicitar por escrito a DGN la elaboración del documento normativo
- Solicitar a UGDN los requisitos del proceso de elaboración del documento normativo
- ¿Conformación del equipo elaborador? (Es la persona o grupo interesado en el abordaje de un tema específico, para elaborar la propuesta e ingresar la solicitud a UGDN).
- Concretar los requisitos brindados por la UGDN para dar inicio a la elaboración del documento normativo:
 - F01 DGN Solicitud para elaboración de documentos normativos

- F02 DGN Listado de Posibles Participantes en la Revisión y Discusión de la Propuesta de Proyecto de documento normativo (B1)
- F03 DGN cuestionario para determinar el tipo de documento normativo a emitir
- Planteamiento del problema que da origen a la necesidad del documento (situación actual, observada, deseada, donde cuando y porque
- Propuesta de Proyecto o borrador inicial de Documento Normativo (B)

10.2 Etapa Preliminar: Entrega a UGDN de los requisitos siguientes:

- F01 DGN Solicitud para elaboración de documentos normativos
- F02 DGN Listado de Posibles Participantes en la Revisión y Discusión de la Propuesta de Proyecto de documento normativo (B1)
- F03 DGN cuestionario para determinar el tipo de documento normativo a emitir
- Planteamiento del problema que da origen a la necesidad del documento (situación actual, observada, deseada, donde cuando y porque propuesta de proyecto o borrador inicial de documento normativo (B)

La UGDN asigna un técnico normativo que apoyara la conducción del proceso de emisión del documento, le asigna un código oficial al documento, coordina y realiza la primera convocatoria (F05). Primera convocatoria a reunión CTN, equipo o grupo de trabajo

Primera Reunión:

La persona asignada de la DGN realiza la socialización del proceso de emisión de protocolos.

En esta reunión se nombra el equipo técnico el cual estará compuesto por un coordinador, un secretario y el resto por un representante de cada institución.

Participa un técnico de la DGN en las reuniones durante todo el proceso en calidad de observador (con voz, pero sin voto) y asesor técnico del proceso.

Se hace la presentación de las funciones del Equipo Técnico (ET).

Las instituciones miembros del ET deberán nombrar a su representante (propietario y suplente) que formarán parte del ET, puede ser una reunión introductoria y elección del coordinador y secretario.

Se elabora el plan de trabajo, si el tiempo lo permite.

Segunda reunión y subsiguientes:

Oficialización del ET que participara en todo el proceso de elaboración del documento
Presentación del plan o continuación de la elaboración sino se finalizó en la primera reunión

Inicio de la revisión de la propuesta de Documento Normativo (B1), según plan de trabajo F07- plan de trabajo equipo técnico ET con el objetivo de alcanzar el conceso del contenido técnico incluido en el documento.

Los miembros del ET analizan los respaldos y evidencias existentes en relación a los planteamientos de la propuesta de proyecto de Documento Normativo (B1), de modo que sea posible alcanzar el consenso sobre el contenido técnico incluido en el documento.

Después de cada reunión, el secretario del ET envía a los miembros la última versión del documento, con el fin de que envíen sus comentarios antes de la siguiente reunión.

Al finalizar esta etapa, el coordinador secretario y técnico normativo de la DGN firmaran el acta de entrega (F10) y entregara a la UGDN la documentación utilizada en esta etapa (ayudas memorias, registro asistencia convocatorias, B2, acta de entrega y otros documentos generados en el marco de esta etapa).

10.3 Etapa de validación y Ajuste

10.4 Validación por expertos

Coordinar con UGDN la fecha para llevar a cabo el proceso de validación.

Seleccionar la metodología a utilizar en taller validación y grupo de expertos invitados.

Las observaciones que surjan en el taller de validación serán registradas en el formato f17. Presentación de observaciones de la validación de proyecto consensuado de documento normativo.

Se realiza el consolidado de las observaciones que surgieron en la etapa de validación utilizando el formato F17 Presentación de observaciones de la validación de proyecto consensuado de documento normativo. Posteriormente las observaciones que fueron aceptadas y sustentadas con evidencia científica serán incorporadas en el documento borrador B2 y las observaciones no aceptadas serán notificadas mediante el F12. Notificación de no Aceptación de Observaciones

10.5 Validación por Equipo de campo

Coordinar con UGDN la fecha para llevar a cabo el proceso de validación.

Seleccionar la metodología a utilizar en taller validación y grupo de expertos invitados.

Las observaciones que surjan en el taller de validación serán registradas en el formato F17. Notificación de no Aceptación de Observaciones

Se realiza el consolidado de las observaciones que surgieron en la etapa de validación utilizando el formato F17 Presentación de observaciones de la validación de proyecto consensuado de documento normativo, posteriormente las observación que fueron aceptadas y sustentadas con evidencia científica serán incorporadas en el documento borrador B(2) y las observaciones no aceptadas serán notificadas mediante el F12. Notificación de no Aceptación de Observaciones.

Una vez incorporadas las observaciones de la validación el coordinador, secretario y técnico normativo DGN realizaran una revisión final del documento consensuado (B3), enmendando errores, redacción, estructura (índice), páginas etc. y se convierte a formato PDF, posteriormente se procede a la firma por los miembros del equipo técnico del documento (B3) en cada una de sus páginas. Cabe mencionar que el contenido técnico no puede ser alterado.

La etapa finaliza con la revisión de toda la documentación que sustenta el proceso (ayudas memorias, registro asistencia convocatorias, F17, Presentación de observaciones de la validación de proyecto consensuado de documento normativo F11, F12 Notificación de no Aceptación de Observaciones borrador B3 firmado, por los miembros del equipo de trabajo) la cual será realizada por el coordinador, el secretario y el técnico normativo DGN

10.6 Etapa de Aprobación

Finalizado el B3, el Coordinador del ET entrega a la UGDN mediante oficio una carpeta física y electrónica en formato PDF conteniendo lo siguiente:

- Original del Documento Normativo (B3) firmado.
- Expediente conteniendo la documentación generada durante el proceso:
- Ayudas memorias (F09 ayuda memoria de reunión Equipo Técnico ET -DGN) de las reuniones de trabajo,
- Registros de Asistencia (F06 Registro de Asistencia -DGN).
- consolidado de Notificaciones de no Aceptación de Observaciones enviadas (F12 Notificación de no Aceptación de Observaciones).

- Copia de los correos electrónicos de las convocatorias.
- La UGDN asigna el código y solicita a la Unidad de Asesoría Legal, resolución para el documento.
- La Unidad de Asesoría Legal, emite resolución y una vez asignada resolución regresa a la UGDN con copia al departamento, unidad, u otro que sea responsable de la elaboración del documento.
- La unidad responsable del documento elabora oficio ante la UGND para solicitar sea subido a la página web de la Secretaria de Salud ya con el código y la resolución.

Etapas de Publicación

El Coordinador de la UGDN gestiona ante la instancia correspondiente la publicación del documento normativo en la página web de la SESAL y si el interesado cuenta con fondos envía a imprimir ejemplares para su socialización.

11. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ELABORACION Y EMISION DE DOCUMENTOS NORMATIVOS

(Ver Anexo No. 6)

12: ANEXOS

ANEXO No. 1

Diseño para la emisión de documentos normativos:

Con el fin de estandarizar la presentación de los documentos normativos que se publiquen, los ejemplares deben tener los siguientes elementos en el orden que se indica a continuación:

- **FORMATO DE PRESENTACIÓN:** Se recomienda los siguientes tipos de letra: Arial, Calibri, Times New Roman.

Para el contenido del manual utilizar tamaño de letra número 11-12, y el párrafo alineado de forma justificada.

Al utilizar una nota al pie se utiliza tamaño de letra número 9-10.

Para los títulos de apartados, cuadros, figuras y gráficos se usa tamaño de letra número 12-16 en **Negrita**.

- **MÁRGENES Y ALINEACIÓN:**

La alineación es justificada y se emplean las siguientes dimensiones de márgenes:

Superior: 3.50 cm

Inferior: 2.50 cm

Izquierdo: 3.00 cm

Derecho: 3.00 cm

- **CUADRO, FIGURA Y GRÁFICO:**

Para todo cuadro, figura y gráfico se le indica la fuente respectiva en la parte inferior. Si es elaborado por la unidad, aparece como: Fuente: "Los autores" o "El autor", con un formato de letra tipo Arial, Calibri o Timen New Roman número 9-10 en negrita.

Los cuadros, figuras y gráficos se enumeran comenzando por el 1. Cuando sólo exista un cuadro, figura y gráfico, no se numera. Esta numeración es independiente de cada uno, y debe continuarse en los anexos cuando existan.

Cubiertas: Son las partes exteriores del documento encuadernado. Suelen ser de un material más duro que el de las hojas. Solamente deben contener:

Cubierta anterior: En la parte superior se coloca el logo oficial de la Secretaría de Salud; en la parte central se coloca el nombre y código del documento; en la parte inferior se coloca el año y lugar de publicación

Cubierta posterior: En la parte inferior se colocan los logos de las agencias cooperantes

Anteportada o Portadilla: Es la primera página impresa donde se reproduce fielmente la información de la cubierta anterior. En la parte inferior del reverso de la anteportada se coloca los créditos de los gobiernos y agencias cooperantes para la publicación del documento.

Página de Autoridades: Es la página donde se enlistan los nombres y cargos de las autoridades en funciones pertenecientes a las instancias y dependencias de Secretaría de Salud a las que corresponde el documento.

Página de Aprobación: Es la página donde se coloca un párrafo que detalla:

- Instancia que aprueba el documento
- Número de resolución, decreto, acuerdo u oficio
- Código y título del documento.

Portada: Es la primera página del documento normativo en la que se describe el código y título del documento, contiene el nombre de las instancias o dependencias que lo elaboró y fecha de publicación.

Índice: parte del documento que sirve para facilitar orientar al lector y facilitar la manipulación del documento.⁴

Cuerpo del documento: Son las páginas que contienen el prólogo, índice y las partes que componen el documento normativo según su naturaleza.

Fecha de elaboración o actualización: es la que se coloca en el documento aprobado después de realizado el proceso de elaboración y que está listo para su socialización.

Indicadores de monitoreo: herramienta que se utiliza para la aplicación del protocolo, se recomienda se realice anualmente una vez que el protocolo ha sido implementado, estos se colocan como un anexo al protocolo y se colocan los indicadores que representen el uso del mismo, se definen en consenso con el equipo elaborador del protocolo.

Para que un indicador sea válido, debe de contener los siguientes elementos:

- Denominación del indicador. Nombre que recibirá el indicador. Debe describir de forma resumida la actividad asistencial o suceso que valora.
- Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
- Tipo de indicador. Asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado, basado en sucesos centinelas o en índices.
- Dimensión. Se incluye aquella dimensión de calidad que evalúa el indicador. Ej: accesibilidad, seguridad, efectividad, eficiencia, eficacia, satisfacción, calidad de vida, etc.
- Fundamento o justificación. Explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.
- Descripción de la población del indicador. Descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.
- Datos a recoger y fuentes. Traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos e identificación de las fuentes de obtención.

Este de Málaga-Axarquía Guía para la elaboración de protocolos Edición 01. Noviembre de 2009. Fundamento o justificación.

Explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.

Página de equipo técnico elaborador del protocolo

Esta página contiene:

Comité técnico de la SESAL/DGN: Son las personas asignadas por la DGN para orientar y conducir el proceso del documento que se está elaborando.

Autores: grupo de expertos relacionados al tema que elaboran el protocolo¹

En esta parte se coloca si hay consultor asignado para el desarrollo del documento.

Validadores: Grupo de personas que definitivamente darán la aprobación para que el protocolo pueda ser utilizado ¹

Equipo de apoyo técnico externo (en caso de que exista)

Página de agradecimientos: Es la página donde se reconoce a las diferentes instituciones y colaboradores externos a los comités técnicos, grupos o equipos de trabajo en la elaboración del documento normativo.

La numeración de las páginas de los documentos normativos encuadernados se inicia en la portada y termina en la última página del cuerpo del documento.

Una vez aprobados los documentos normativos, estos no pueden ser alterados, por lo que en la portada, contraportada y cuerpo del documento no se pueden incluir elementos de ninguna naturaleza.

ANEXO No. 2

Constitución del equipo elaborador del Protocolo de Práctica Clínica (EEPAC):

Se identifica el personal experto en el tema para conformar el equipo elaborador del PAC, (EEPAC) este equipo debe ser multidisciplinario, representado por profesionales de todas las áreas relacionadas al tema.

El EEPAC está formado por personal clínico experto en el tema, cuenta con un coordinador, una persona que realice el secretariado del documento, personal de preferencia, con conocimiento en la metodología de elaboración de este tipo de documentos y otros colaboradores con amplio conocimiento en el tema, generalmente el equipo está formado de 6 a 10 miembros como máximo.

El coordinador y encargado del secretariado se eligen en la primera reunión de trabajo por consenso entre los integrantes del EEPAC.

Es importante que en todas las reuniones tengan quórum para la toma de decisiones.

La constitución del grupo elaborador es una pieza clave para el éxito de la elaboración del protocolo

Requisitos y Funciones del equipo elaborador del PAC:

Organización del Equipo elaborador del PAC:

Están formado por los representantes de las, instituciones y organizaciones, interesadas en participar en el proceso de emisión y actualización del protocolo serán nombrados por el jefe inmediato de la organización a la cual representen.

Está compuesto por un responsable de la Coordinación, un responsable del Secretariado y el resto de los Miembros, adicionalmente, para dar fe que durante todo el proceso se cumplan las Buenas Prácticas de Normalización una la Persona Técnico Normativo Asignada en los Departamentos y Unidades Técnicas de la Dirección General de Normalización, que participa en las reuniones en calidad de observador (con voz, pero sin voto) y asesor técnico.

Los organismos internacionales de cooperación externa pueden fungir como miembros con la salvedad de que actuarán con voz, pero sin voto.

Miembros del EEPAC

Requisitos

- Profesionales con experiencia en el tema objeto del protocolo (personal médico, de enfermería y otros afines al tema.)
- capacidad para trabajar en equipo.
- Preferiblemente que tengan conocimientos y habilidades sobre evaluación crítica de literatura científica, que sea nominado oficialmente por la institución que representa.

Funciones:

- Asistir puntualmente y participar en las reuniones convocadas.
- Participar en la elaboración y aprobación del plan de trabajo.
- Elegir al secretario y al coordinador del EEPAC
- Participar en las revisiones y discusiones técnicas para el desarrollo de los documentos de trabajo
- Acordar la fecha, hora y lugar de reuniones.
- Aprobar las ayudas memorias.
- Participar en la búsqueda de literatura científica del PAC.
- Analizar los respaldos y evidencias existentes en relación a los planteamientos de la propuesta del Documento del PAC.

- Realizar la revisión final de la propuesta de proyecto de Documento Normativo revisada y consensuada por los miembros.
- Aprobar en consenso del PAC.
- cumplir con los compromisos adquiridos en las reuniones.
- Revisar y aprobar las observaciones generadas de la etapa validación.
- Apoyar al coordinador y secretario del comité, a alcanzar los objetivos planteados de manera eficaz y eficiente
- Otras funciones asignadas por el coordinador de acuerdo a su experiencia.

Coordinación: Está a cargo de Persona de la medicina con amplio conocimiento del tema basado en evidencia científica. Se recomienda que sea una figura con reconocimiento dentro de su especialidad y de su ámbito de trabajo, y con capacidad para motivar y coordinar un equipo multidisciplinario.

Búsqueda sistemática de la literatura científica relevante al tema por los miembros del EEPAC. Tener en cuenta que la búsqueda se realice de bases de datos confiables (pasar a definiciones

Requisitos

- Personal de medicina con amplio conocimiento del tema.
- Se recomienda que sea una figura con reconocimiento dentro de su especialidad y de su ámbito de trabajo
- Con capacidad para motivar y coordinar un equipo multidisciplinario.
- disponibilidad de tiempo.
- Capacidad de generar consenso, de preferencia con experiencia en la búsqueda de bibliografía con evidencia científica.

Funciones:

- Representar al EEPAC.
- Coordinar y conducir las reuniones del equipo técnico elaborador
- Elaborar junto al secretario y los miembros de ETE, el plan de trabajo
- Asegurar la implementación apropiada y cumplimiento del plan de trabajo
- Apoyar al secretario para que lleve a cabo sus funciones
- Apoyar al secretario a identificar los anfitriones y lugares para las reuniones
- Dirigir las reuniones con la visión de llegar a acuerdos basados en el cronograma de trabajo

- Asegurar que en las reuniones todos los puntos de vista expresados sean resumidos adecuadamente de manera que sean entendidos por todos los presentes
- Asegurar que en las reuniones todas las decisiones sean claramente formuladas y aprobadas
- Preparar con el secretario las convocatorias a las reuniones.
- Comprobación del quórum

Secretariado:

Requisitos:

Deberá ser parte del equipo proponente disponibilidad de tiempo, de preferencia contar con experiencia en la búsqueda de bibliografía con evidencia científica, habilidades de redacción, manejo de office.

Funciones:

- Elaborar junto al coordinador y los miembros del ETE, el plan de trabajo estableciendo las fechas para el desarrollo de cada etapa del proceso estableciendo los objetivos a alcanzar en cada reunión.
- Preparar las sesiones de trabajo junto con el coordinador, incluyendo el desarrollo y logística de la reunión.
- Elaborar y enviar las convocatorias de las reuniones de ETE con su respectiva agenda (lugar fecha, hora y objetivos).
- Proporcionar a los miembros del EEPAC los documentos técnicos necesarios para realizar las reuniones
- Notificar las cancelaciones de las reuniones.
- Registro de asistencia de los participantes en cada reunión.
- Elaboración de ayuda memorias de cada reunión.
- Integrar al documento los aportes técnicos que surjan en cada reunión de trabajo con la respectiva evidencia científica.
- Coordinar el envío de la información (agenda, ayuda memoria, la última versión del documento).
- Consolidar las observaciones emitidas durante el proceso de elaboración del PAC.
- Es responsable del expediente del documento que incluye: ayudas memorias, listas de asistencia, borradores del documento y otra documentación que sea necesaria, en forma física y electrónica.
- Llenar el Acta de Entrega, al finalizar el proceso Emisión del documento final del PAC.

ANEXO No. 3



Formulario de Declaración de Intereses

Fecha: _____

Nombre: _____

Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Años de laborar: _____

Indique dos números de teléfonos donde se pueda localizar:

Documento de Normalización Técnica a elaborar: _____

Existe relación de consultorías o trabajo remunerado para la industria de salud general (por ejemplo; farmacéutica, laboratorios, centros de salud privados.).

Si _____ No _____

Explique: _____

Nombre Completo: _____

Firma: _____

No. de Cedula _____

Código: _____

Fuente: Caja Costarricense, Manual metodológico para la construcción de un protocolo de atención clínica, Versión: 02, 2019

ANEXO No.4

Búsqueda y Revisión sistémica de literatura relacionada al tema

El objetivo de esta fase es la identificación de las guías de práctica clínica y otra literatura disponible sobre el tema del protocolo que se va a realizar que se encuentran en las diferentes fuentes disponibles para investigar, estas incluyen organismos recopiladores o que producen guías de práctica clínica, bases de datos generales que pueden ser consultadas; la elección de la bibliografía es parte fundamental en la elaboración del protocolo.

En La búsqueda es imprescindible que el equipo seleccione 2 o 3 recursos con experiencia y habilidades adecuadas, ya que la selección de los estudios responde a criterios clínicos y metodológicos.

La revisión bibliográfica, en el contexto de la elaboración de un protocolo comienza con frecuencia por la selección de GPC relevantes que ya existan sobre el mismo tema.

La bibliografía debe ser identificada siguiendo una estrategia de búsqueda explícita.

La elección de la bibliografía es importante porque al ser documentos normativos es necesario que la información incluida sea la mejor evidencia disponible.

En la planificación de la estrategia de búsqueda se parte de lo siguiente:

- La búsqueda se realiza a partir de las preguntas clínicas identificadas y estructuradas por el equipo.
- La búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) y de estudios individuales debe realizarse en bases de datos como, por ejemplo: Biblioteca Cochrane Plus (Cochrane Library), DARE, Medline, EMBASE, CINAHL entre otras más específicas según el tema del protocolo.
- También es importante el uso de DECS y MESH que son las palabras claves para la búsqueda de la bibliografía.
- Realiza la búsqueda sistemática de la evidencia disponible que incluye: identificar adecuadamente las preguntas Clínicas o problemas de salud que el protocolo estandarizará y elegir las bases de datos dónde buscar
- Analiza y selecciona la GPC con la mejor evidencia disponible

Calificación guías con metodología AGREE II

Una vez identificadas las guías se inicia la calificación de las mismas con la metodología AGREE, esta metodología exige que sean mínimo 3 personas que califiquen estas guías. Se recomienda el acompañamiento de personas que conozcan la metodología AGREE).

Selección de guías base y otra literatura para la elaboración del PAC

El equipo elaborador selecciona las guías que presentan una calificación mayor o igual a 70% o según el porcentaje que el grupo decida: así como también puede seleccionar otras guías que, aunque no cumplan con él % requerido, algunas partes contiene una evidencia científica.

Con los expertos en el tema se definen las intervenciones que llevara el protocolo de acuerdo a su alcance; por ej. Si es diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, las intervenciones serán en esta área.

Descriptorios en Ciencias de la Salud (DeCS)

El vocabulario estructurado multilingüe DeCS - Descriptorios en Ciencias de la Salud, fue creado por BIREME para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como LILACS, MEDLINE y otras.

Fue desarrollado a partir del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine (NLM) con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en múltiples idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información y para hacer eficiente el sistema de registro bibliográfico, citar y registrar de manera uniforme las referencias de bibliografía en bases de datos.

El MeSH: una herramienta clave para la búsqueda de información en la base de datos Medline. <http://decs.bvs.br/E/decsweb2019.htm>

El MeSH es el vocabulario controlado que emplea MEDLINE y otras bases de datos biomédicas para procesar la información que forma parte de cada una de ellas. Contiene encabezados o títulos (temas) de materias, calificadores (sub encabezados o subtemas), definiciones, referencias cruzadas, sinónimos y listas de términos estrechamente relacionados. Consta de más de 33,000 vocablos ordenados en estructuras jerárquicas llamadas «árboles», que se revisan anualmente para asegurar que constituyan un fiel

reflejo de la práctica y la terminología médica actual⁴. Para utilizar los MeSH existe la «MeSH Database» (base de datos de los MeSH) dentro del portal de PubMed, en la cual se consulta qué términos o palabras son consideradas o incluidas como MeSH, según el concepto que se busque

Cuando se selecciona un término, se muestra una descripción o definición del mismo. Para complementar el uso de los MeSH también es posible emplear los operadores booleanos (AND, OR y NOT) con el fin de precisar la búsqueda.

Anexo. N° 5

Identificación de Evaluador	
Nombre:	
Disciplina:	
Lugar de Trabajo	
País	
Nombre de la GPC:	

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA GPC

INSTRUMENTO AGREE REDUCIDO

Instrucciones: Marque con una "X" debajo de la columna del valor que corresponda a su evaluación para cada Item de cada dominio.

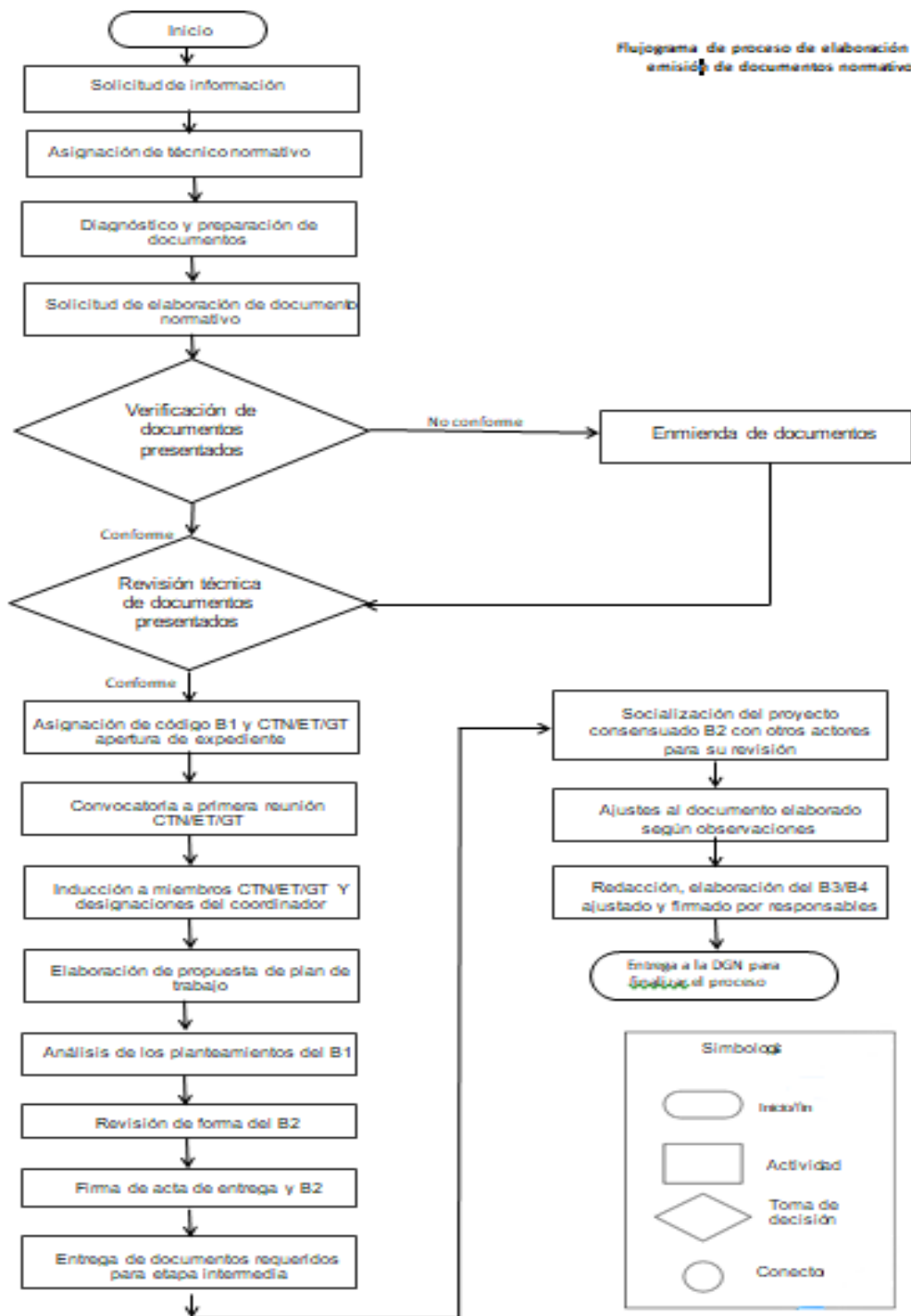
	Muy de acuerdo	7	6	5	4	3	2	1	Muy en desacuerdo	COMENTARIO
Dominio 1: ALCANCE Y OBJETIVOS										
El (los) objetivo(s) de la guía esta(n)claramente definidos										
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la GPC está(n) específicamente descrito(s).										
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la GPC está específicamente descrita.										
Dominio 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS										
4. El grupo que desarrolla la GPC incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.										
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).										
6. Los usuarios diana de la GPC están claramente definidos.										
Dominio 3: RIGOR DE LA ELABORACIÓN										

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.									
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.									
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.									
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.									
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.									
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.									
13. La GPC ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.									
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la GPC.									
Dominio 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN									
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.									
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.									
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.									
Dominio 5: APLICABILIDAD									
18. La GPC describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.									

19. La GPC proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.									
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.									
21. La GPC ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.									
Dominio 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL									
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la GPC.									
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la GPC.									
Evaluación Global	La calidad más alta posible								
1. Puntúe la calidad global de la guía.									
2. ¿Recomendarías esta GPC para su uso en la práctica?									

ANEXO No. 6

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ELABORACION Y EMISION DE DOCUMENTOS NORMATIVOS



13. BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas, 2011; 7(1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>

2.-Secretaria de Salud, Guía para emitir Documentos Normativos, G01:2015, pag. 45

3.- <https://ebevidencia.com/archivos/1536>

4.-Caja Costarricense, Manual Metodológico para construcción de un protocolo de atención clínica, versión:02, 2019.

5.-Secretaria de Salud Procedimiento para la Emisión y Actualización de Documentos Normativos PC01, junio 2021

6.-A.Pinillo,R. Cañeda, Acimed , vol.13, No 2 La Habana, mar-abril 2005

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000200006,](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000200006)

versión impresa ISSN 1024-9435