

Lista de Comprobación del proceso de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)

Click on the titles in the list of topics below or view the bookmarks to go to a specific topic in the checklist. Clicking on the topic title in the checklist will bring you back to the list of topics on this page. Checkboxes are provided for each item to keep track of steps completed or not applicable as well as a section for notes that can be updated while progressing through the guideline development process.

For definitions of the guideline development topics, terms and acronyms appearing throughout the GDC, please download the [glossary](#).

Temas sobre elaboración de GPC:

1. Organización, presupuesto, planificación y capacitación Priority Setting
2. Establecimiento de prioridades
3. Miembros del Grupo Elaborador de la Guía (GEG)
4. Establecimiento de procesos del grupo de la guía Consumer and Stakeholder Involvement
5. Identificación del público objetivo y selección de temas
6. Participación de usuarios y grupos de interés
7. Consideraciones sobre Conflicto de Intereses
8. Generación de preguntas (formato PICO)
9. Consideración de valores y preferencias
10. Decisión sobre la evidencia a incluir y búsqueda de la evidencia
11. Síntesis de la evidencia y consideración de información adicional
12. Juicio de la calidad, fuerza o certidumbre del conjunto de la evidencia
13. Desarrollo de las recomendaciones y determinación de su fuerza
14. Redacción de las recomendaciones y consideraciones de implementación, factibilidad y equidad
15. Presentación y revisión por pares
16. Difusión e implementación
17. Evaluación y utilización
18. Actualización

1. Organi	No	Etapas de Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)	Fuente(s)	Recursos y herramientas para la aplicación de medidas
1. Establecimiento de prioridades				
		1. Establecer la estructura del grupo elaborador de la guía (GEG) y determinar los roles, tareas, y relaciones entre los diversos grupos involucrados (ej., comité de supervisión/comisión para seleccionar los temas y miembros del grupo, grupo de trabajo constituido por personas expertas en clínica y metodología para sintetizar la evidencia, personal para tareas o apoyo administrativo, panel de la guía para elaborar recomendaciones, grupos de interés, y usuarios para consultas) (véase los temas 3, 4, y 6)	1-16	
		2. Realizar una evaluación exhaustiva de la propuesta del proyecto de elaboración de la GPC sobre aspectos de financiación y factibilidad relacionadas con el GEG (ej. Disponibilidad de recursos para completar el proyecto, compromisos esperados del panel de la guía y personal, etc.)	2-8,11,15-22	
		3. Obtener la aprobación de la organización para proceder con el proyecto de la guía	4-7,10,11,13, 16,18,20,21,23	
		4. Preparar un presupuesto para la elaboración de la GPC, estableciendo el coste estimado para cada etapa (ej. remuneración del grupo de trabajo y del personal, financiación comisionada de ciertas tareas a organizaciones o grupos externos, gastos de viaje, de publicación y difusión, etc.)	7,16,17,20,24,25	
		5. Determinar si los miembros del panel de la guía recibirán una remuneración por su tiempo o si trabajarán de forma voluntaria.	3,10,19,24	

	6. Obtener o asegurar financiación para la elaboración de la guía, poniendo especial atención a consideraciones sobre conflicto de intereses. (véase el Tema 7)	3,4,6,7,9,16,21,26,27	
	7. Perfilar y organizar el apoyo administrativo necesario para facilitar el proceso de desarrollo de la guía (ej. secretaría del grupo de trabajo para organizar y obtener la declaración de conflicto de intereses, organizar reuniones del grupo, etc.)	2-9,16,20,22	
	8. Planificar y preparar la capacitación y apoyo necesario para las personas involucradas en el proceso de desarrollo de la guía (ej. formación relacionada con el conflicto de intereses, sesiones de capacitación para miembros del panel de la guía y pacientes que se incorporarán al grupo de la guía, etc.) (véase los Temas 4 y 6)	1,2,5-7,14,15,23,24,28-30	
	9. Definir un cronograma para la finalización de la guía y plazos para completar los hitos en el proceso de desarrollo de la guía.	2,4-10,13,16-18,20-22	
	10. Determinar, si las hubiera, qué consideraciones legales son relevantes para la guía planificada, (ej. políticas de reembolso para medicamentos huérfanos)	4-7,20,21,23,24,31,32	
	11. Elaborar un protocolo para toda la guía, que pueda ser completado durante el desarrollo del proyecto con el fin de mantener el GEG al día, incluyendo un resumen de los objetivos generales y los objetivos de la guía, el cronograma, la asignación de tareas, etapas que requieren documentación de las decisiones y la metodología propuesta para todas las etapas (es decir, los incluidos en esta lista de comprobación, por ejemplo, los métodos para conformar el grupo de la guía, selección de temas a tratar en la guía, métodos de consenso, métodos de consulta, métodos de búsqueda y selección de la evidencia, etc.)	3,5,7-11,13-16,20,23,27,28,33-35	
2. Establecimiento de prioridades			

		1. Decidir sobre un proceso para el establecimiento de prioridades de los temas necesarios y designar al responsable de dirigir el proceso (ej. prioridades establecidas por el comité de supervisión de la organización patrocinadora, prioridades planteadas por los ministerios de sanidad o por las asociaciones de profesionales)	4-14,16,17,19,20,25,36,37	
		2. Aplicar un proceso sistemático y transparente con criterios específicos para la propuesta de temas para la guía durante el establecimiento de prioridades (ej. alta prevalencia y carga de enfermedad, mortalidad y morbilidad evitables, alto coste, enfermedades emergentes u opciones de atención emergentes, variabilidad en la práctica clínica, evidencia que cambia rápidamente, etc.).	3-6,8-14,16,17,19,20,25,36,37	
		3. Incorporar grupos de interés relevantes en el proceso de establecimiento de prioridades y la selección de temas para la guía (ej. profesionales clínicos, asociaciones profesionales, responsables de decisiones de políticas en salud, financiadores, el público). (véase el Tema 6)	1,5-8,10,12-17,20,36	
		4. Considerar y decidir cómo se tendrán en cuenta las diferentes perspectivas sobre la importancia y los recursos necesarios para la implementación de las recomendaciones de la guía (ej. pacientes, financiadores, profesionales de la medicina, programas de salud pública). (véase el Tema 11)	3,5,8,10,12,17,19-21,27,32,35,38	
		5. Buscar guías actualizadas existentes que cubran el tema propuesto y evaluar su credibilidad (ej. AGREE II). Determinar si estas pueden adaptarse o si se debe desarrollar una guía completamente nueva. (véase también el tema 10)	3-14,16,17,19,20,38,39	

		6. Analizar la necesidad o la oportunidad de asociarse con otras organizaciones que elaboran guías para determinar si existe la posibilidad de asociarse o realizar un esfuerzo conjunto para la elaboración de la guía completa o de alguna parte de la misma.	7,8,13,16,20,24,25,40	
		7. Realizar un ejercicio exploratorio sobre el alcance del tema propuesta para la guía en relación a aspectos de implementación y barreras para el cambio (ej. si es probable que la guía desarrollada mejore los resultados de salud, si la implementación de las recomendaciones de salud es factible, si los recursos están disponibles, etc.)	3-9,11,13-15,17,19-21,24,27,32,35,41	
		8. Seleccionar o proporcionar un método de consenso para utilizar durante el establecimiento de prioridades y la selección de temas de la guía (ej. votación, método de consenso Delphi). (véase el Tema 4)	4-6,13,17,20,36	
		9. Documentar el proceso de establecimiento de prioridades y la selección del tema de la guía para garantizar la transparencia.	4-6,11,13,17,20,36	
3. Miembros del Grupo Elaborador de la Guía (GEG)				
		1. Seek multidisciplinary representation for the guideline development group, including members from the target audience, patients and carers, frontline clinicians, content experts, methodology experts, and experts in health economics, to fulfill the roles required (e.g. for the working group, guideline panel). (see also Topic 6)	1,3-7,9-11,13-16,19-25,27,37,39,42,43	
		2. Decidir sobre los métodos para el reclutamiento e incorporación de miembros del GEG (ej. la publicidad generalizada de empleos, nombramiento competitivo mediante entrevistas, etc.)	1,2,5,6,9-11,13,16,20,24,25,43	

	<p>3. Alcanzar un equilibrio adecuado a la temática entre el nivel de experiencia y una representación apropiada para el panel de la guía (ej. profesionales de la medicina especializada y de atención primaria que forman parte de la público objetivo, distribución de género y geográfica de los miembros del panel), que puede ser iterativo en el caso que se requieran miembros adicionales porque el público objetivo y los temas de la guía hayan sido refinados. (véase el Tema 5)</p>	<p>1-8,10,13-16,20,24,25,27,37,39,43</p>	
	<p>4. Considerar el tamaño óptimo de grupo para el GEG, particularmente para el panel de la guía (ej. un grupo muy pequeño puede carecer de experiencia, dominio de los contenidos y una representación amplia, un grupo demasiado grande puede carecer de cohesión e interacción efectiva de grupo).</p>	<p>1,2,4-7,9,13-16,20,23,24,37,43</p>	
	<p>5. Definir los roles de los miembros del grupo de la guía y las tareas de las que serán responsables (ej. conformar un equipo redactor, responsable(s) de redacción de actas de las reuniones y de documentar las decisiones tomadas, proporcionar consulta metodológica, realizar las revisiones sistemáticas y obtención de otra evidencia, proporcionar la perspectiva de los pacientes y la perspectiva de los médicos especialistas, etc.).</p>	<p>1,2,4-10,13-16,20,22,24,37,39,43</p>	
	<p>6. Seleccionar una o varias personas encargadas del grupo, o coordinadores, con experiencia en facilitación de grupos, que mantengan una dinámica constructiva, identificando y resolviendo conflictos, siendo neutrales y objetivos, que tengan conocimientos en metodología y contenidos.</p>	<p>1,2,4-9,13-16,20,23-25,37,39,43</p>	
	<p>7. Documentar el proceso de selección de los miembros del grupo de la guía y los roles para garantizar transparencia.</p>	<p>1,2,5-8,13,16,20,21,23,27,43</p>	
<p>4. Establecimiento de procesos grupales de la guía</p>			

	1. Establecer el modo y la frecuencia con la que se llevará a cabo la comunicación con miembros del panel de la guía y otros grupos, quién será el responsable de la organización, y considerar cuándo desviarse de este enfoque/planteamiento.	1,2,4-6,8,9,13,15,16,20,24,43	
	2. Establecer expectativas y crear conciencia sobre el proceso grupal a través una introducción, capacitación y apoyo a miembros del GEG (ej. establecimiento de condiciones ideales para la discusión grupal y toma de decisiones)	1,2,4,6-9,14,16,19,23,24,37,44	
	3. Como parte de la capacitación del GEG, asegurarse de que los miembros entienden cuál será el proceso y los métodos propuestos y que estos tienen que ser respetados (ej. métodos de consenso que se puedan utilizar, votación anónima o no anónima, evaluación de la evidencia, discusión grupal y contribución de ideas).	1,2,4,6-9,14,15,19,24,33,44	
	4. Tratar de establecer las condiciones óptimas para proporcionar a los miembros del grupo igualdad de oportunidades de contribuir y de que sus ideas y argumentos sean consideradas apropiadamente (ej. durante la discusión grupal, toma de decisiones y en la formulación de recomendaciones)	1,2,6-9,13,16,19,23,24,33,37,44	
	5. Establecer métodos para manejar las discrepancias o disputas entre los miembros del grupo y el funcionamiento inapropiado del proceso grupal.	2,7-9,13,15,16,19,33,44	
	6. Proporcionar oportunidades para el debate y retroalimentación sobre el proceso grupal durante todo el proyecto de desarrollo de la guía.	E*, 6	
	7. Establecer un método para la organización, distribución a tiempo y archivo de documentos utilizados y producidos en el desarrollo de la guía.	2,5,8,9,14-16	
	8. Establecer un quórum para las reuniones (ej. 75% del grupo debe estar presente para formular recomendaciones de las guías), pero esperar que todos los miembros del grupo asistan a todas las reuniones en la medida de lo posible.	4,5,8,13,20	

		9. Establecer o planificar los horarios y ubicaciones (virtuales o presenciales) de las reuniones por adelantado y establecer el alcance y la agenda específica para cada reunión.	1,2,4,5,7,9, 13-16,19,20,43	
		10. Mantener un registro de todas las reuniones, incluyendo las actas y determinar si hacerlo o no público, o internamente disponible (ej. quienes asistieron, cuál fue el programa del día, qué decisiones se tomaron, cuáles serán los próximos pasos).	2,4,5,8,15,43	
5. Identificación del Público objetivo y Selección de Temas				
		1. Identificar, definir y / o revisar el público principal (ej. profesionales de atención primaria, profesionales de gestión de programas de salud) y secundario (ej. administradores de hospitales) para la guía y determinar el número de poblaciones que pueden ser consideradas en la guía.	4,5,7,8,11,14-16, 19,20,23,27,35, 37,39,42,45	
		2. Consultar a grupos de interés adecuados sobre el público(s) objetivo identificado para asegurar que guarda relación con la temática de la guía y que se hayan incluido todos los públicos relevantes. (véase el Tema 6)	4,14-16,42	
		3. Establecer un procedimiento y criterios para generar y priorizar una lista de posibles temas que se abordarán en la guía (ej. en los que la evidencia es más confusa o controvertida, en los que actualmente existe incertidumbre o variabilidad en la práctica, preguntas sobre cribado, diagnóstico y tratamiento, etc.).	3-10,12-16,19, 20,24,36,39, 45,46	
		4. Consultar a grupos de interés adecuados para asegurar que todos los temas relevantes para la guía han sido identificados y que las necesidades del público(s) objetivo serán satisfechas. (véase el Tema 6)	4-6,12-16,20,24, 36,47	
		5. Seleccionar o proporcionar un método de consenso para que el grupo lo utilice en la etapa de establecimiento de acuerdos acerca de los temas finalmente seleccionados para tratar en la guía (ej. método Delphi, técnica de grupo nominal).	5,9,16,20,36	

		6. Para garantizarla transparencia, documentar, documentar los procesos de identificación del público(s) objetivo y la selección de temas para la guía.	13-16,20,27,35,36,42,45	
6. Participación de usuarios y grupos de interés				
		1. Determinar quiénes serán las personas y grupos de interés apropiados, para implicarlos y consultarles durante la elaboración de la GPC, y así incorporar las opiniones de todos los interesados que puedan verse afectados por la guía (ej. grupos de profesionales, administradores de salud, responsables políticos, representantes de la industria).	1,3,6,9,11,13-16,19-21,23,24,27,29,30,32,39	
		2. Definir quiénes serán las y los usuarios apropiados para implicarlos y consultarles durante la elaboración de la GPC (ej. pacientes individuales, personas que prestan cuidados y apoyo no remunerado a pacientes, miembros del público general como pacientes potenciales y como financiadores de servicios de salud a través de los impuestos, organizaciones comunitarias que representan los intereses de los pacientes y defensores que representan los intereses de los pacientes y los cuidadores).	1,6,7,9,11,14-16,21,23,24,27,29,30,37,39,47	
		3. Establecer métodos para la participación de usuarios y grupos de interés y mantener un registro de los grupos de interés para la guía (ej. inscripción de usuarios y grupos de interés para que participen directamente en el panel de la guía, anunciar convocatorias de reuniones o talleres separados de usuarios y grupos de interés, distribución electrónica de documentos y retroalimentación, periodo abierto para la revisión de documentos y retroalimentación).	1,5,6,9,11,13-16,19-21,23,24,29,30,32,37,39,43,47	
		4. Proporcionar información (ej. capacitación y sesiones de orientación) para usuarios y grupos de interés que participen directamente en el panel de la guía para aclarar las funciones y maximizar sus contribuciones (ej. la evaluación objetiva de la evidencia, evitando las recomendaciones basadas en intereses propios).	1,6,15,23,24,29,32,37,47	

		5. Determinar las funciones, tareas y plazos para las consultas con los usuarios y grupos de interés que no participan directamente en el panel de la guía (ej. en momentos específicos durante el proceso de desarrollo de la guía que incluyan oportunidades para comentar sobre el proceso de priorización, el alcance de la guía, la identificación de público objetivo, la identificación de desenlaces importantes para los pacientes, la identificación de evidencia adicional, señalar consecuencias que el panel de la guía no ha tenido en cuenta, revisar el borrador final de la guía, etc.)	1,6,11,14-16,19,21,24,29,32,37,39,48	
		6. Desarrollar o adoptar plantillas estándar para las contribuciones y comentarios de usuarios y grupos de interés durante la consulta, con instrucciones claras o módulos de capacitación para asegurar una participación efectiva.	5,6,13,15,32	
		7. Ofrecer tiempo suficiente para el proceso de consulta y comentarios al respecto por parte de usuarios y grupos de interés.	13,15,29,32	
		8. Establecer la política y el proceso para el manejo de los aportes y de las diferentes perspectivas de usuarios y grupos de interés. (ej. asegurar que las diversas perspectivas se tienen en cuenta en la toma de decisiones, proporcionar justificación transparente para las opiniones expuestas,, proporcionar un proceso de apelación para los grupos de interés, publicar comentarios de las consultas y las respuestas del panel de la guía).	5-7,13,29,32,48	
		9. Documentar la inscripción y selección de usuarios y grupos de interés para el panel de la guía y la implicación y proceso de consulta con todos los demás usuarios y grupos de interés para garantizar métodos explícitos y transparentes.	1,5,13,15,16,21,27,29,32	
7. Consideraciones sobre Conflicto de Intereses (COI)				

		1. Establecer una política de declaración de intereses de los participantes al momento de la admisión al proyecto, incluyendo a posibles miembros del panel de la guía antes de su participación (ej. qué intereses deben ser declarados: económicos, intelectuales, académicos/clínicos, intereses en competencia de las sociedades profesionales)	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,39,43,45, 49,50	
		2. Establecer una política para determinar el conflicto de intereses y una aproximación, para recopilar y actualizar las declaraciones de los mismos (ej. cómo y qué nivel de intereses económicos deben declararse, la duración del período que debería cubrir la declaración, quien juzgará lo que constituye un conflicto).	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,43,45,49,50	
		3. Proporcionar instrucciones claras y capacitación a los potenciales miembros del grupo de la guía sobre cómo realizar la declaración del conflicto de intereses, incluyendo una lista de los miembros que deben declararlos y de los tipos de intereses que deben declararse incluyendo ejemplos.	4-7,9,13-16,18, 20,24,26,37, 45,49,50	
		4. Establecer una política de manejo del conflicto de intereses (ej. Las personas con conflicto no son excluidos categóricamente del desarrollo de la guía, pero no participan en la votación sobre las recomendaciones específicas relacionadas con el área de conflicto, la coordinación no debe tener ningún conflicto de intereses, los resúmenes de evidencia son elaborados por metodólogos sin conflicto).	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,43,45,49,50	
		5. Establecer una política para manejar el conflicto de intereses con respecto al financiamiento de las actividades de elaboración de la GPC (ej. abogar por la financiación pública, sin patrocinio comercial, patrocinio comercial de entidades no relacionadas con el tema de la guía, apoyo comercial para actividades indirectas como la traducción, no depender de una única fuente de patrocinio).	7,16,21,26,27, 30,49	

		6. Declarar y publicar la fuente de financiación y describir el papel de los patrocinadores y el apoyo prestado para la elaboración de GPC.	3,4,7,9,16,21,23,24,26,27,30,35,39,51	
		7. Declarar, publicar y describir explícitamente los conflictos de intereses de los miembros del grupo de la guía, sobre todo cuando los conflictos tienen que ver con recomendaciones específicas.	3-7,9,11,14-16,20,21,23,24,26,27,35,37,43,50,51	
8. Generación de preguntas (formato PICO)				
		1. Establecer métodos para la generación, priorización y selección de las preguntas de la guía y para la clasificación de la importancia de los desenlaces.	3-7,9,11-16,19,20,23,24,30,34,39,43,45,46,52	
		2. Generar y documentar las preguntas clave (ej. clínicas, de políticas de salud, de coste-efectividad) a las que se debe dar respuesta en la guía utilizando un formato estándar (ej. PICO) y determinar los criterios de priorización de las preguntas generadas, si no es factible responder a todas las preguntas (ej. encuestar a miembros del panel de la guía, a grupos de interés)	3-7,9-16,19,20,23,24,27,30,34,39,43,45,46,52	
		3. Describir explícitamente la población a la que se pretende aplicar la guía. Tener en cuenta características específicas de la población, como la prevalencia de múltiples comorbilidades en la misma, contexto geográfico y cuestiones de equidad (ej. razones plausibles para anticipar efectos relativos diferenciales entre las poblaciones vulnerables y favorecidos).	4-9,11,12,14-16,19,20,23,24,27,31,35,39,41,43,53,54	
		4. Determinar si es necesaria o no la aprobación reglamentaria para las intervenciones consideradas (ej. para las guías internacionales esto puede no ser relevante, ya que la aprobación reglamentaria puede no estar presente en todos los países objetivo).	4,5,7,8,14,21,24,31,32	
		5. Describir explícitamente las intervenciones y los comparadores considerados en la guía y desarrollar una estrategia analítica o un marco conceptual que muestre las relaciones entre las intervenciones y los desenlaces. Determinar si se deben incluir o no comparaciones múltiples (de tratamiento)	4-9,11-16,19-21,23,24,34,35,43,46,55	

		6. Identificar los desenlaces importantes (ej. desenlaces a lo largo del algoritmo clínico, morbilidad, calidad de vida, mortalidad), incluyendo tanto los efectos deseables (ej. beneficios, menor carga, ahorro) como los indeseables (ej. daño, carga, costes y disminución de la autonomía del paciente). No ignorar los desenlaces importantes para los cuáles pueda faltar evidencia.	4-9,11-16,19-21, 23,24,27,34,39, 43,46,52	
		7. Determinar el contexto (ej. países, hospitales) o incluirlo en las consideraciones acerca de la población (por ejemplo, población atendida en los hospitales de atención terciaria).	4-7,19,20, 24,34,45,52	
		8. Preferir desenlaces importantes para pacientes por sobre los desenlaces subrogados o indirectos. Considerar qué tan apropiados son los desenlaces subrogados a lo largo de la vía causal cuando falten datos sobre desenlaces importantes para los pacientes.	4-6,14,16, 19,20,24,34,39, 43,46,52	
		9. Clasificar la importancia relativa de los desenlaces, teniendo en cuenta los valores y preferencias de la población objetivo.	4,5,7,11-16,20, 24,34,43,52	
		10. Escoger o desarrollar un proceso para determinar a priori la magnitud del efecto, que será considerada importante por la población objetivo para los desenlaces individuales.	34,43	
		11. Involucrar a todos los miembros del grupo de la guía y consultar a usuarios y grupos de interés para garantizar una amplia representación de la población objetivo en la generación y selección de las preguntas y en la calificación de los desenlaces importantes.	1,4,5,7,14,20,24, 32,52	
		12. Documentar los métodos de generación, priorización y selección de preguntas, y de la clasificación de los desenlaces, y de de la consulta a grupos de interés y usuarios para asegurar que sean explícitos y transparentes.	4,5,7,13,34,45	

		13. Asegurarse de que el protocolo de la guía esboza la población objetivo, la condición objetivo, los desenlaces y las preguntas clave consideradas para ayudar a dirigir la revisión de la evidencia.	5,11,13,15,23,27,34,35,43,45	
9. Consideración de valores y preferencias				
		1. Decidir si los valores y preferencias de usuarios y grupos de interés (ej. pacientes y público objetivo), para informar las decisiones y deliberaciones durante la elaboración de la GPC, serán obtenidos directa o indirectamente (ej. revisión de la literatura publicada vs. consulta a los usuarios).	1,4,6,7,9,11,13,15,16,20,21,23,24,27,37,43,47,48	
		2. Establecer métodos para consultar a usuarios y grupos de interés para obtener información sobre los valores y preferencias (ej. participación de usuarios en el panel de la guía, encuestas o grupos focales con una representación más amplia de usuarios).	6,15,16,24,37,47,48	
		3. Determinar si se utilizará un enfoque estructurado para evaluar la confianza (es decir, la calidad de la evidencia) en los valores y preferencias obtenidos	E, 48	
		4. Determinar si se utilizará el modelamiento (modelling) para integrar los valores y preferencias y cómo se llevará a cabo dicho modelamiento.	E, 46,48	
		5. Determinar qué perspectiva(s) se considerará(n) para la obtención de información sobre los valores y preferencias (ej. pacientes, público, sociedad, clínicos) .	4,20,37,47,48	
		6. Considerar y documentar los enfoques para lidiar con valores y preferencias en conflicto (ej. los paciente vs. Cuidador/a, paciente vs. público).	15,20,43,47,48	
		7. Documentar los métodos de obtención de información sobre los valores y preferencias para asegurar que sean explícitos y transparentes.	1,6,11,15,27,43,47,48	

		8. Documentar posibles consideraciones éticas, si las recomendaciones deben prestar especial atención a ciertos grupos de pacientes o condiciones (ej. de edad avanzada, enfermedades raras, los afectados por las desigualdades en salud).	47	
		9. Decidir la forma de tener en cuenta los valores éticos o morales en la formulación de recomendaciones (ej. teniendo en cuenta las convicciones religiosas, sociales o culturales).	56	
10. Decisión sobre la evidencia a incluir y búsqueda de la evidencia				
		1. Seguir los métodos de revisión sistemática (ya sean revisiones sistemáticas completas o revisiones sistemáticas rápidas dependiendo del tema y de la estrategia de la organización o exponer las razones por las que esto no se realiza).	3-16,19-25,27,39,43,46,57,58	
		2. Desarrollar un protocolo para localizar, seleccionar y sintetizar la evidencia (ej. llevar a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas existentes, nueva revisión sistemática y búsqueda en la literatura gris) y determinar el tipo de evidencia a incluir (ej. bases de datos en que se buscará/de búsqueda, tipos de estudios, los criterios de inclusión y exclusión, búsqueda de estudios específicos sobre efectos adversos o extracción de la información sobre efectos adversos de los estudios de beneficios).	3-16,19-25,27,34,35,39,43,46,57	
		3. Decidir quién va a desarrollar las estrategias de búsqueda y quién la llevará a cabo y seleccionará la evidencia (ej. el grupo de trabajo del GEG, subcontratación de una agencia externa, establecimiento de una relación entre el GEG y la agencia externa para colaborar en el desarrollo de la guía).	2,4-11,13,15,24,43,57	

		4. Evaluar críticamente las revisiones sistemáticas seleccionadas para incluir mediante el uso de una herramienta validada (ej. AMSTAR), para asegurar que sean de calidad suficiente y apropiada para ser utilizadas en la guía.	4-7,9-12,14-16, 20,24,39,43,46, 57,58	
		5. Si una revisión sistemática existente se actualiza o necesita actualizarse, determinar cómo se incluirá la nueva evidencia y cómo se contactará a las personas que realizaron dicha revisión y que posiblemente participen en la actualización.	3,7,20,58	
		6. Si se requiere una nueva revisión sistemática, llevar a cabo una evaluación para determinar si se dispone de recursos suficientes (ej. tiempo y fondos) para llevar a cabo una revisión sistemática completa.	7,14,20,57	
		7. Si los recursos son limitados, considerar la aplicación de una metodología de evaluación rápida y describir explícitamente la metodología, mencionando las limitaciones importantes, incertidumbres, y la necesidad y la urgencia de realizar de una revisión sistemática completa	7,8,20,57	
		8. Establecer métodos para identificar evidencia adicional y datos no publicados (ej. sugerencias de las personas del panel de la guía, consultas a grupos de interés).	5,8,11,13,16,19, 34,57	
		9. Establecer una política para el manejo de las contribuciones de las personas expertas (es decir, la opinión de expertos no es evidencia en si misma y no debería utilizarse como evidencia, en su lugar se deberán describir, identificar y, si es posible, evaluar de manera sistemática y transparente aquellas experiencias u observaciones que apoyen la opinión de las personas expertas, por ejemplo dentro del marco conceptual).	8,10,11,16,24,55	

		10. Documentar y publicar la búsqueda y selección de la evidencia, juzgando la elegibilidad, tipo de evidencia incluida, y las estrategias de búsqueda utilizadas para garantizar que los métodos son explícitos y transparentes.	3-5,8,11,13,14,16,19-21,23,27,35,58	
11. Síntesis de la evidencia y consideración de información adicional				
		1. Resumir la evidencia mediante un resumen conciso (ej. tabla de evidencia, perfil de evidencia o tablas de resumen de los hallazgos de la mejor evidencia disponible para cada uno de los desenlaces importantes, incluyendo pruebas de exactitud diagnóstica, beneficios previstos, daños, recursos (costes), la calificación de la calidad de evidencia y un resumen de los resultados / estimaciones del efecto relativos y absolutos para cada desenlace.	4-8,10-16,19-21,24,27,35,39,43,46,57,58	
		2. Proporcionar un resumen de la información adicional necesaria para fundamentar las recomendaciones (ej. resumen narrativo cualitativo, tabla de evidencia), incluyendo valores y preferencias, factores que podrían modificar los efectos esperados, necesidad (prevalencia, riesgo basal, o estado), efectos sobre equidad, factibilidad y disponibilidad de recursos.	3-7,10,11,13-15,20,23,24,27,31,43,45-47,54,57,59-61	
		3. Establecer métodos para obtener información sobre el uso de recursos y costes (ej. búsqueda de evaluaciones económicas existentes, desarrollo de un modelo económico, realización de un análisis de coste-efectividad).	4,5,7,11,13-15,19-21,23,24,27,43,46,59,61	
		4. Identificar los costes, el uso de recursos, y en caso de ser relevante, la relación coste-efectividad y describir la naturaleza de los costes (paciente, comunidad, sociedad) (ej. consideraciones de accesibilidad, estimación del uso de los recursos y los costes de adquisición ponderados directamente frente a la evidencia de los beneficios y los daños de una intervención).	4,5,7,11,13-15,19-21,23,24,27,43,46,59,61	

		5. Para asegurar transparencia, realizar una documentación de los métodos a utilizar en los casos en que se incorporará la información adicional con la síntesis de evidencia (ej. consenso formal sobre los valores del paciente, consenso sobre asuntos de equidad, análisis económico formal, consideración de los datos de uso de recursos desglosados de manera cualitativa).	4,5,7,10,11,13-15,19-21,24,31,35,43,46,47,57,61	
		6. Proporcionar capacitación sobre el uso de las tablas de evidencia y espacios de discusión para asegurar que todos los miembros del panel de la guía están familiarizados con las tablas y las utilizan de la manera adecuada.	2,15,28	
		7. Además del resumen de la evidencia, poner a disposición del panel de la guía las revisiones sistemáticas completas y los estudios originales y otras fuentes de evidencia para fundamentar las deliberaciones (ej. crear un sitio Web de colaboración y/o poner esta información a disposición en reuniones y a través de comunicación electrónica).	15,57	
12. Desarrollo de las recomendaciones y determinación de su fuerza				
		1. Seleccionar un marco conceptual que defina los criterios a considerar en la calificación de la calidad de la evidencia (ej GRADE, USPSTF). Evitar modificar las herramientas de clasificación.	4-16,19-25,43,46,58,62	
		2. Designar a la persona encargada de evaluar la calidad de la evidencia (ej. metodólogos sin conflicto que participan en el grupo de trabajo).	4,6,10,14-16,63	
		3. Evaluar la calidad de la evidencia de cada desenlace importante.	4,5,7,11-16,43,46,58,62	

		4. Evaluar la calidad global de la evidencia (ej. la menor calidad de la evidencia cuando los desenlaces han sido calificados como los más importantes o críticos, o la mayor calidad de la evidencia cuando todos los resultados apuntan en la misma dirección).	4,5,7-9,11-16, 19-21,43,46, 58,62	
		5. Describir la calidad de la evidencia evaluada para cada desenlace y para el conjunto de la evidencia.	4,7,8,12,14,15, 20,21,23,46,51, 63	
		6. Documentar los juicios realizados en la evaluación de la calidad de la evidencia para asegurar que éstos son transparentes y explícitos.	4,5,7,8,11,13-16, 19-21,23,43, 58,62	
13. Desarrollo de las recomendaciones y determinación de su fuerza				
		1. Aplicar un marco conceptual definiendo los factores a tener en cuenta para llegar a una recomendación.	3,5-16,19-21, 24,27,35,39,43, 46,62,64	
		2. Planificar y compartir los detalles logísticos de las reuniones de consenso en los que se formularán las recomendaciones con los participantes, incluyendo la distribución de los documentos necesarios para la reunión (ej. resúmenes de evidencia, tablas de la evidencia a la recomendación), estableciendo una agenda para la reunión y seleccionando el método de consenso que el grupo utilizará para ponerse de acuerdo en los juicios (ej. método Delphi, técnica de grupo nominal).	7,9,10,16,19,43	
		3. Revisar los factores del marco conceptual que influyen en la recomendación, incluyendo el sentido y la fuerza (ej. el tipo de evidencia y la información relevante para el análisis, centrándose en el balance entre las consecuencias deseables e indeseables informadas por la calidad de la evidencia, la magnitud de la diferencia entre beneficios y daños, la certidumbre sobre los valores y preferencias o sobre su variabilidad, el uso de recursos, la equidad y otros factores).	3-8,11,12,14-16, 19,20,23,24,27, 35,39,43,46,54, 62,64	

		4. Si procede, tomar medidas para formular recomendaciones en situaciones donde haya evidencia insuficiente o de muy baja calidad (ej. recomendación condicional acompañada de los juicios realizados de forma transparente, la no formulación de recomendaciones si el panel de la guía cree que hay un riesgo sustancial de que su decisión pueda ser errónea, recomendar que la intervención se utilice en el contexto de investigación, complementado con una directriz sobre la mejor opción de manejo hasta que se disponga de investigación adicional).	4,5,7,11,13-15, 20,46,64	
		5. Tomar medidas para la formulación de recomendaciones de investigación y decidir dónde recogerlas (ej. en el anexo de la guía, sugiriendo las preguntas específicas de investigación, desenlaces importantes para pacientes específicos a medir y otros aspectos relevantes sobre los que se necesita investigar para reducir la incertidumbre acerca de los beneficios y/o inconvenientes indeseables de la intervención).	5-7,14,15, 46,64,65	
		6. Formular las recomendaciones y resumir el fundamento lógico para cada recomendación (ej. de forma narrativa o en una tabla), incluyendo detalles sobre los juicios hechos por el grupo y la relación explícita entre la recomendación y la evidencia que apoya dicha recomendación.	4-7,11-13,15, 16,20,21,24,27, 35,39,46,51,63, 64	
		7. Seleccionar un método para calificar la fuerza de las recomendaciones formuladas para informar a usuarios de la guía sobre el grado de confianza del grupo de la guía para seguir o no esa recomendación.	4,6-9,12-16, 19-24,43,46, 62,64	
		8. Seleccionar un método de consenso para que el grupo lo utilice a la hora de calificar la fuerza de las recomendaciones (ej. método Delphi, técnica de grupo nominal, votación).	2,4,6,7,15,16, 20,43	

		9. Proporcionar sugerencias acerca de si las recomendaciones son apropiadas para servir como medidas de rendimiento/criterios de calidad (ej. las opciones de manejo asociadas a recomendaciones fuertes basadas en evidencia de calidad alta o moderada, son particularmente buenas candidatas para ser criterios de calidad; si una recomendación es débil, el discutir con los pacientes los méritos relativos de manejos alternativos y la adecuada documentación de esta interacción puede llegar a ser un criterio de calidad).	4,9,13,16,24,41,64	
		10. Documentar los juicios realizados en la formulación de las recomendaciones y en la definición de su fuerza ,para asegurar que éstos son transparentes y explícitos.	3,4,6-8,11-13,16,19-21,23,24,27,35,43,51,64	
14. Redacción de las Recomendaciones y Consideraciones de Implementación, Factibilidad y Equidad				
		1. Para garantizar la claridad y mantener la coherencia en toda la guía, decidir sobre la redacción estándar que se utilizará para formular las recomendaciones, evitando términos que pueden ser vagos e inespecíficos.	4,5,7-9,13,14,16,19-21,23,24,27,43,46,64	
		2. Escribir las recomendaciones de una manera que sea accionable, y que incluyan la información suficiente para las y los destinatarios de la guía no tengan que consultar otros materiales para poder entender la recomendación.	4,5,7-9,14,16,20,21,23,24,27,35,46,51,63	
		3. Proporcionar una directriz clara o una ayuda de interpretación para describir las implicancias de la fuerza de la recomendación a los médicos, los pacientes, los responsables políticos y cualquier otro grupo del público objetivo.	4,8,9,13,14,16,19,20,35,46,64	
		4. Indicar en la formulación de la recomendación la población a la que ésta se dirige, la intervención que se recomienda y los enfoques alternativos de intervención.	4,5,8,9,13,16,20,35,46,63,64	

		5. Incluir comentarios que describan el contexto, la factibilidad y aplicabilidad de la recomendación y resaltar consideraciones clave, como aspectos relacionados con la equidad y condiciones específicas que podrían aplicarse a la recomendación (ej. si las condiciones descritas se aplican a una subpoblación específica, tipos específicos de la intervención, para ciertos valores y preferencias, cuando ciertos recursos están disponibles, etc.).	3-5,8,9,13,16,20,24,31,35,43,46,48,54,60,64	
		6. Establecer la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación cerca de la redacción de la recomendación.	6-9,13,16,19-21,24,35,46,51	
		7. Establecer los métodos que el grupo debe utilizar para acordar la redacción final de la recomendación (ej. revisión y aprobación, consenso formal).	4,7,9,16,21,43,64	
		8. Presentar sobre las recomendaciones de una manera que sea comprensible y visible (ej. no integrar recomendaciones dentro de párrafos largos, agrupar las recomendaciones en una sección de resumen).	5,9,14-16,24,27,46,63	
15. Presentación y revisión por pares				
		1. Desarrollar o adoptar un formato estandarizado para presentar la guía, con una estructura, encabezados y contenido específicos.	5-7,9-11,14-16,18,20-22,25,35,39,43,51,63	
		2. Decidir los formatos que se prepararán para los productos de la guía (ej. guía completa, guía completa con informe técnico/revisiones sistemáticas, guía breve para profesionales de la medicina o responsables de decisiones de políticas en salud, versión para pacientes), que corresponderán con el plan de difusión. (véase el Tema 16)	3-12,14-16,20-22,24,25,41,51,63	

		3. Designar a las personas encargadas de redactar los productos de la guía (ej. sub-comité del GEG) y decidir sobre la autoría (ej. autores individuales, la organización como autor, grupo de trabajo como autor). (véase el Tema 1)	3-5,7,8,11, 13-16,20,43,63	
		4. Todos los miembros del GEG llevarán a cabo una revisión del borrador final de la guía dejando un plazo de tiempo suficiente para notificar comentarios al respecto, así como para la edición y la realización de las modificaciones.	5-8,13,16,43, 63,65	
		5. Buscar la aprobación de todos los miembros del GEG para el documento final.	1,5,7-9,11,12, 16,21,24,43	
		6. Iniciar la revisión organizativa (es decir, interna) por pares	5-13,15,16, 20,25,41,43, 63,65	
		7. Decidir cuál va a ser el método de revisión externa por pares que se va a utilizar, para revisar el documento final en relación a la precisión, practicidad, claridad, organización, y utilidad de las recomendaciones, así como para asegurar contribuciones/ aportes de perspectivas más amplias e importantes que el grupo de la guía no abarcó (ej. revisión por pares por invitación, período de consulta pública con incorporación de comentarios y respuestas del GEG, envío a una revista que realiza revisión por pares).	3,5-11,13-16,20- 25,27,28,39,41, 43,63,65	
		8. Documentar el proceso interno y externo de revisión por pares y, si procede, publicar los comentarios de la consulta y las respuestas del GEG.	5-10,13,16, 21,23,25,35, 41,63,65	
16. Difusión e implementación				

		1. Preparar un plan de difusión activo con varias aproximaciones para mejorar la adopción de la guía (ej. publicar la guía en Internet, desarrollar relaciones formales con las personas responsables de los servicios de salud para la difusión e implementación de la guía y para apoyar la adopción de la misma, rueda de prensa, estrategia de medios sociales, difusión en reuniones de sociedades de profesionales, publicación de la guía en una revista a la que accede el público objetivo)	3-5,7,9-12, 14-16,19-22,24, 39,41,43,66,67	
		2. Desarrollar o adaptar herramientas, soporte y productos derivados con el fin de proporcionar la ayuda necesaria para implementar las recomendaciones en la práctica diaria (ej. aplicaciones móviles, integración con los sistemas de apoyo para decisiones clínicas, adaptar la guía como recurso didáctico para público objetivo).	4-8,11,12,15, 16,20,21,24,25, 27,35,41,43, 60,63	
		3. Realizar las consideraciones necesarias para la adaptación de la guía y proporcionar instrucciones específicas para aquellos usuarios que estén interesados en adaptar las recomendaciones a otros contextos de una manera sistemática y transparente (ej. modificando una recomendación en base a los recursos locales y el riesgo basal, implicaciones que se alejan de los juicios realizados por el panel de la guía).	7,15,16,19,21, 27,38,60	
		4. Establecer normas y reglamentos para la traducción de la guía a otros idiomas (ej. facilitar la traducción de la guía por terceras organizaciones una vez obtenido la aprobación del parte del grupo de la guía, incluir personal responsable de la traducción en el grupo de trabajo de la guía).	7,16,25,38	
17. Evaluación y utilización				
		1. Llevar a cabo una evaluación interna (es decir, autoevaluación) del proceso de elaboración de la GPC, incluyendo las reuniones del panel de la guía realizadas para formular las recomendaciones, solicitando su opinión y comentarios a las y los miembros del grupo de la guía.	E, 65	

		2. Considerar realizar una prueba piloto de la guía con los destinatarios finales (ej. con personas del público objetivo y grupos de interés que participaron en el GEG).	6,15,16,19,27,35,65	
		3. Proporcionar criterios y herramientas para que los destinatarios finales puedan monitorizar y auditar la implementación y uso de las recomendaciones de la guía (ej. identificar los desenlaces que deberían cambiar con la implementación y sugerir métodos para la medición de los desenlaces).	3-7,9,11,12,14-16,19,21,24,27,35,38,41,65	
		4. Proporcionar apoyo y herramientas para la evaluación prospectiva de la guía para determinar su efectividad tras la implementación (ej realizando evaluaciones aleatorias, siempre que sea posible, estudios tipo “antes y después” con cautela debido a la incertidumbre sobre los efectos de la implementación).	4,5,7,11,15,19,21,65,66	
		5. Considerar la posible participación del GEG en la evaluación prospectiva de la guía (ej. asociación con las organizaciones que implementan la guía para planificar estudios de evaluación).	5,7,15,16,24,25,65,66	
		6. Planificar la obtención de comentarios y evaluaciones de los destinatarios para identificar como mejorar la implementabilidad intrínseca de las recomendaciones en las versiones posteriores de la guía.	4-6,11,16,19,24,38,65	
18. Actualización				
		1. Establecer una política, un procedimiento y un calendario para el seguimiento y la revisión rutinaria de la necesidad de actualización de la guía (ej. actualización de la revisión sistemática cada 3 años para determinar si existe cualquier nueva evidencia disponible).	3-9,11,12,14-16,19-25,27,35,38,41,43,65,68	
		2. Designar a los responsables de monitorizar la literatura de forma rutinaria y de evaluar si existe nueva evidencia significativa disponible (ej. considerar la participación de expertos no implicados anteriormente en el GEG para revisar periódicamente la guía).	3,5-9,14-16,20,24,38,43,65	

		3. Establecer las condiciones que determinarán cuándo se requiere una actualización parcial o completa de la guía (ej. si se deben actualizar solamente algunas recomendaciones, o si son muchas las recomendaciones que están desactualizadas, hecho que invalidaría la guía completa, ,o cuando se necesitan recomendaciones sobre nuevos tratamientos disponibles).	3-7,9,11,15,16,20,22-24,41,65,68	
		4. Establecer acuerdos necesarios para la pertenencia y la participación en el grupo de la guía una vez finalizada la elaboración de la misma (ej. carácter rotatorio cada 1-2 años, selección de un nuevo grupo en el momento de la actualización, la continuidad de la participación del líder del panel de la guía).	5,9,13,20,25,38,65	
		5. Planificar la financiación y la logística para las futuras actualizaciones de la guía (ej. asegurando la financiación en curso, estableciendo un comité de vigilancia para supervisar el proceso de actualización).	15,16,65	
		6. Documentar el plan y los métodos propuestos para la actualización de la guía con el fin de asegurarse de que éstos se lleven a cabo.	3,15,16,27,35,68	

*E – opinión de personas expertas.

Bibliografía

1. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):15.
2. 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.
3. 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.
4. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6>. Accessed April 22, 2013.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. 2011; <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>. Accessed April 22, 2013.
7. World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development. 2012; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
8. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Methodology Manual and Policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-Guidelines_UCM_320470_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
9. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2013;148(1 suppl):S1-S55.

10. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Handbook. 2012;
<http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/pebc-products/>. Accessed April 22, 2013.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines and Recommendations: A CDC Primer*. Atlanta, Georgia: Office of the Associate Director for Science Centers for Disease Control and Prevention;2012.
12. Davino-Ramaya C, Krause LK, Robbins CW, et al. Transparency matters: Kaiser Permanente's National Guideline Program methodological processes. *The Permanente journal*. Winter 2012;16(1):55-62.
13. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual. 2011;
<http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual/>. Accessed April 22, 2013.
14. Gutiérrez GC, Bossert T, Espinosa JQ, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010;
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20METODOLOGICA%20PARA%20LA%20ELABORACION%20DE%20GU%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL.pdf>. Accessed April 22, 2013.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud: Manual metodológico. 2007; <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>. Accessed April 22, 2013.
16. German Association of the Scientific Medical Societies (AWMF) - Standing Guidelines Commission. AWMF Guidance Manual and Rules for Guideline Development, 1st Edition, English Version. 2012; <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-guidance.html>. Accessed May 2, 2014.
17. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):14.
18. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Manuscript Development Process. 2010;
http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Policies-Development_UCM_316897_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
19. New Zealand Guidelines Group. *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington: New Zealand Guidelines Group;2001.

20. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual. 2008; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/methods/procmanual.htm>. Accessed April 22, 2013.
21. 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.
22. Ministerio de Salud. Norma técnica para la elaboración de guías de practica clinica. 2005; http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176_DGSP196.pdf. Accessed April 22, 2013.
23. 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.
24. 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.
25. European Society of Cardiology. Recommendations for Guidelines Production. 2010; <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/about/Pages/rules-writing.aspx>. Accessed April 22, 2013.
26. 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.
27. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal.* 2010;182(18):E839-E842.
28. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Research Policy and Systems.* 2006;4(1):13.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. How NICE clinical guidelines are developed: An overview for stakeholders, the public and the NHS. 5th Edition. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6f>. Accessed April 22, 2013.
30. Jacobs AK, Kushner FG, Ettinger SM, et al. ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(2):213-265.

31. 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.
32. Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, et al. Stakeholder Involvement: How to Do It Right: Article 9 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):269-273.
33. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):17.
34. 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.
35. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139(6):493-498.
36. 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.
37. Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P, Schunemann H, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012;7(1):60.
38. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, et al. Adaptation, Evaluation, and Updating of Guidelines: Article 14 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):304-310.
39. Esandi ME, Luca MD, Chapman E, Schapochnik N, Bernztein R, Otheguy L. Guía para la adaptación de Guías de Práctica Clínica. 2008; <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/GuiadeGuias.pdf>. Accessed April 22, 2013.

40. Schunemann HJ, Woodhead M, Anzueto A, et al. A guide to guidelines for professional societies and other developers of recommendations: Introduction to integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):215-218.
41. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J, Schunemann H, Eccles M. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7(1):62.
42. 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.
43. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):53S-70S.
44. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix A – Agreements and advice for Guideline Development Group members. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6a>. Accessed April 22, 2013.
45. National Health and Medical Research Council. Guideline Development and Conflicts of Interest: Identifying and Managing Conflicts of Interest of Prospective Members and Members of NHMRC Committees and Working Groups Developing Guidelines. 2012; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-and-publications/information-guideline-developers/guideline-development-and-conflicts>. Accessed April 22, 2013.
46. Woolf S, Schunemann H, Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012;7(1):61.
47. 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.

48. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):22.
49. Boyd E, Bero L. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):16.
50. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Conflict of Interest Policy. 2011; <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=7582&contextId=1377>. Accessed April 22, 2013.
51. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):26.
52. Schunemann H, Oxman A, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):18.
53. 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.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence. Positively Equal: A guide to addressing equality issues in developing clinical guidelines. 2012; <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/PositivelyEqual.jsp>. Accessed July 5, 2013.
55. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):19.
56. Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. Summer 2005;21(3):312-318.
57. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):20.

58. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, et al. Synthesis, Grading, and Presentation of Evidence in Guidelines: Article 7 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):256-261.
59. Edejer T. Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):23.
60. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):25.
61. Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, et al. Incorporating Considerations of Cost-Effectiveness, Affordability, and Resource Implications in Guideline Development: Article 6 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):251-255.
62. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):21.
63. Wilson KC, Irwin RS, File TM, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF. Reporting and Publishing Guidelines: Article 12 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):293-297.
64. 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.
65. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):28.
66. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):27.

67. 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.
68. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Document Assessment and Review Protocol. 2012; http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document_review/. Accessed April 22, 2013.