

probablemente porque en la muestra predominaron individuos de este grupo. Por último, el 88,5 % de mascotas vivían dentro de la casa de su dueño, lo que incrementaría el riesgo de transmisión intradomiciliaria de cepas productoras de BLEE.

Se concluye que la alta frecuencia de portadores de enterobacterias productoras de BLEE en humanos y mascotas de la comunidad encontrada en este estudio, representa un riesgo latente para el desarrollo de infecciones comunitarias en nuestra región. Así mismo, las mascotas que portan estos microorganismos podrían ser un importante reservorio y medio de diseminación.

Agradecimientos: los autores agradecen a la Dirección de Investigación del Hospital Regional de Lambayeque por dar las facilidades para la realización del presente estudio.

Fuentes de financiamiento: la Dirección de Investigación del Hospital Regional de Lambayeque financió los gastos de uso de infraestructura y equipamiento de laboratorio.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woerther PL, Burdet C, Chachaty E, Andremont A. *Trends in human fecal carriage of extended-spectrum β -lactamases in the community: Toward the globalization of CTX-M*. Clin Microbiol Rev. 2013;26(4):744–58. doi: 10.1128/CMR.00023-13.
2. Gandolfi-Decristophoris P, Petrini O, Ruggeri-Bernardi N, Schelling E. *Extended-spectrum B-lactamase-producing Enterobacteriaceae in healthy companion animals living in nursing homes and in the community*. Am J Infect Control. 2013;41(9):831–5. doi: 10.1016/j.ajic.2012.11.013.
3. Colquechagua Aliaga F, Sevilla Andrad C, Gonzales Escalante E. *Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en muestras fecales en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2015;32(1):26–32.
4. Barguigua A, Ouair H, El Otmani F, Saile R, El Mdaghri N, El Azhari M, et al. *Fecal carriage of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae in community setting in Casablanca*. Infect Dis (Lond). 2014;47(1):27–32. doi: 10.3109/00365548.2014.961542.
5. Guillem-Sáiz P, Francès-Bozal F, Gimenez-Fernández F, Sáiz-Sánchez C. *Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española*. Rev Clínica Med Fam. 2010;3(2):99–103.

Correspondencia: Franklin Rómulo Aguilar Gamboa

Dirección: Dirección de Investigación del Hospital Regional de Lambayeque. Av. Via de Evitamiento Norte con Av. El Progreso. Chiclayo, Perú.

Teléfono: (074) 962074341

Correo electrónico: krause_86@hotmail.com

¿SON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 ELABORADAS POR EL MINSA, CONFIABLES?

ARE THE MINSA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS RELIABLE?

Elsa R. Neira-Sanchez ^{1,2,a}, Germán Málaga ^{1,2,b}

Sr Editor. Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención de los pacientes, las cuales están sustentadas en la revisión sistemática de la evidencia y en la valoración de beneficios y riesgos de las opciones de tratamiento ⁽¹⁾. El principal atributo que debe tener una GPC es la de ser confiable, para lo que deben cumplir las siguientes características: validez, reproducibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad y desarrollo, a través de un proceso multidisciplinario que incluye la participación de representantes de los grupos clave afectados ⁽¹⁾.

El instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) ⁽²⁾ fue desarrollado para servir como elemento de evaluación de calidad de desarrollo de las GPC y el reporte de estas. El AGREE II es una herramienta de 23 ítems organizados en seis dominios: alcance y objetivo; participación de los implicados; rigor en la elaboración; claridad en la presentación; aplicabilidad, e independencia editorial. El instrumento es de aplicación muy difundida, y ha sido asumido por una serie de instituciones académicas que producen GPC, como la canadiense National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT), el National Guideline Cleringhouse (NGC), el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras.

El Ministerio de Salud ha publicado recientemente la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento

¹ Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² CONEVID, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico endocrinóloga; ^b médico internista, magister en medicina. Recibido: 22/02/2016 Aprobado: 20/04/2016

Citar como: Neira-Sanchez ER, Málaga G. ¿Son las guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 elaboradas por el Minsa, confiables? [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):377-9. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2093

y Control de la Enfermedad Hipertensiva”⁽³⁾ y la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes *Mellitus* tipo 2, en el Primer Nivel de Atención”⁽⁴⁾. Por tal motivo, quisimos evaluar si las mencionadas guías reúnen criterios internacionalmente aceptados de rigor metodológico, que permitan su uso con “razonable confianza”, y si sus recomendaciones pueden ser adoptadas en la práctica clínica diaria. Para tal fin sometimos ambas guías a la evaluación de investigadores, utilizando el instrumento AGREE II, lo que se hizo en forma ciega, por duplicado. El punto de corte para considerar un dominio como aceptablemente desarrollado en la GPC es de 60%⁽⁵⁾, valor determinado por el uso, pues no está especificado directamente en la descripción de la metodología AGREE II.

Los resultados obtenidos (tabla 1), teniendo en cuenta que el mínimo puntaje para declarar como aceptable cualquiera de los dominios, es 60%, y muestran que estamos frente a GPC que no cumplen con los estándares internacionales aceptados y recomendados.

Las limitaciones de ambas guías, siendo comunes, las describiremos de manera conjunta: no definen sus objetivos, los aspectos de salud que se desea cubrir no son descritos de manera clara y específica, ni se especifica la población a la cual se pretende aplicar la guía. Tampoco son mencionados los integrantes del grupo que desarrolla la guía, el cual debería ser multidisciplinario. En el mismo sentido, no se definen los usuarios diana de las GPC y se desconoce si se han tenido en cuenta sus opiniones y preferencias para el desarrollo de la misma.

La confiabilidad es una característica indispensable en la determinación de calidad de la GPC, característica que se sustenta de manera importante en el dominio “rigor de su elaboración”. Este dominio exige: especificación del proceso utilizado para buscar, seleccionar y sintetizar la evidencia, así como los métodos para formular las recomendaciones, debiendo existir una relación explícita

entre cada una de las recomendaciones y la evidencia utilizada para formularlas; así mismo, debe incluirse la revisión por expertos externos y el procedimiento para actualizar la guía. Estas exigencias están ausentes en ambas GPC.

Si bien el dominio de claridad en la presentación es el mayor valor alcanzado por ambas guías, el formato no permite identificar fácilmente las recomendaciones clave, las recomendaciones no son específicas y no se presentan claramente las distintas opciones para el manejo de las enfermedades.

En ninguna de las dos guías se consideran las barreras de organización, infraestructura o económicas para su aplicabilidad o su implementación y no se describen los criterios para monitorización. Finalmente, se desconoce si la autoría de quienes participaron en su elaboración ha sido carente de conflictos de interés, o si ha sido imparcial e independiente; omisiones que, como se entiende, resultan críticas al evaluar la confiabilidad.

Las GPC, que deben ser elaboradas como herramientas que faciliten la toma de decisiones clínicas en base a evidencia científica, para lo que se requiere principalmente sean “confiables”, en el caso de las GPC desarrolladas en hipertensión arterial y diabetes *mellitus* 2, por el MINSA, no lo son y carecen de características fundamentales en su reporte, que deben ser mejoradas. El instrumento AGREE II brinda las directrices para elaborar GPC adecuadas y confiables. En nuestro medio, las normas establecidas omiten estas directrices, lo que ocasiona GPC de pobre calidad metodológica. Se debería propugnar que en los grupos multidisciplinarios que participen en la elaboración de futuras GPC se incluya expertos en metodología, y en cuanto a esta, debemos adecuar nuestras normas técnicas a las recomendaciones internacionales metodológicas o nos adherimos a estas recomendaciones internacionales de metodología y reporte, como las establecidas por NICE y Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), o para la adaptación de GPC con la metodología ADAPTE⁽⁶⁾.

Tabla 1. Puntuaciones estandarizadas por dominio (%) y por guía de práctica clínica

Dominio	Guía de práctica clínica HTA	Guía de práctica clínica DM2
Alcance y objetivo	19,44	36,11
Participación de los implicados	2,78	2,78
Rigor en la elaboración	12,50	17,71
Claridad de la presentación	47,22	58,33
Aplicabilidad	27,08	41,67
Independencia editorial	0,00	0,00

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Editors: Robin Graham, Michelle Mancher, Dianne Miller Wolman, Sheldon Greenfield, and Earl Steinberg. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
2. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, *et al.* *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449.
3. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva*. Lima: MINSA; 2015.
4. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, en el Primer Nivel de Atención*. Lima: MINSA; 2015.
5. Alonso-Coello P, Irfan A, Solà I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, *et al.* *The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies*. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):e58. doi: 10.1136/qshc.2010.042077
6. The ADAPTE Collaboration. *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0*. Pitlochry: The ADAPTE Collaboration; 2009.

Correspondencia: Germán Málaga Rodríguez
 Dirección: calle Las Cantutas 479, Casuarinas sur, Santiago de Surco. Lima 33, Perú.
 Teléfono: (511) 992768300
 Correo electrónico: german.malaga@upch.pe

LEY DE COBERTURA UNIVERSAL DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

LAW OF UNIVERSAL COVERAGE OF HIGH-COST DISEASES

Isabel Parra-Baltazar^{1,a}, Claudia Pinto-Dongo^{1,a}, Sara Quispe-Iporra^{1,a}

Sr. Editor. Las enfermedades de alto costo, también llamadas “enfermedades catastróficas”, constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que tiene un alto impacto económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades

catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Entre los países de América Latina con mayores ingresos, Uruguay es uno de los que más ha avanzado en este tema, es así que en 1980 creó el Fondo Nacional de Recursos (http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr) que brinda cobertura universal a las enfermedades de baja prevalencia ⁽¹⁾.

En Chile existe la Ley Ricarte Soto que establece una cobertura universal para los usuarios de los distintos sistemas previsionales de salud, indistintamente de su nivel socioeconómico. Se toma en cuenta el diagnóstico y tratamientos con efectividad probada de once enfermedades de alto costo, con un 100% del financiamiento. Actualmente, se encuentra en la primera etapa de aplicación, se estima que pueda beneficiar a más de 4000 usuarios y en el transcurso del tiempo añadir otras enfermedades ⁽²⁾.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta desde el 2002 con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el cual financia una serie de enfermedades de alto costo (siete tipos de cánceres más frecuentes, el tratamiento integral de la insuficiencia renal crónica y enfermedades raras y huérfanas) en personas en pobreza ⁽³⁾. El seguro social (EsSalud) cuenta con una amplia cobertura para sus asegurados (en su mayoría trabajadores formales), pero no cubre medicamentos fuera de su petitorio farmacológico. Por otro lado, las entidades prestadoras de salud (EPS) no brindan una cobertura para enfermedades catastróficas ni para ciertas enfermedades genéticas, debido a que su cobertura es limitada. Por ejemplo, dentro de sus planes de aseguramiento no cubren a los modificadores de respuesta biológica para diagnósticos no oncológicos, tampoco cubren tratamientos biológicos, ni la sustitución hormonal en casos de trastornos del crecimiento ^(4,5).

Es por ello, que ante esta desigualdad manifiesta en el Perú, es importante dar énfasis en la implementación de propuestas que permitan la creación de sistemas de protección financiera que garanticen el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alto costo, sin importar la situación económica del poblador, debido a que la salud es un derecho universal.

Es importante tomar en consideración la Ley Ricarte Soto implementada en Chile, el cual permite la cobertura de tratamientos de enfermedades catastróficas a nivel nacional, independientemente del seguro con el que cuente el ciudadano. De esta manera, se convierte en una herramienta financiera “solidaria” que finalmente disminuiría las inequidades y desigualdades.

¹ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

^a Estudiante de Medicina

Recibido: 02/02/2016 Aprobado: 09/03/2016

Citar como: Parra-Baltazar I, Pinto-Dongo C, Quispe-Iporra S. Ley de cobertura universal de enfermedades de alto costo [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):379-80. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2191