Análisis de la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM)

Informe final

16 de octubre de 2024

Salud

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Gonzalo Parra González
Secretario General

Claudia Marcela Vargas
Directora de Medicamentos y tecnologías en salud

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco
Gerente Técnica

Javier Salamanca Rincón
Jefe de Gestión del Riesgo, Calidad y Proyectos

Ani Julieth Cortes Muñoz
Líder Técnico

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCIENCIAS, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autores

Cárdenas Garzón, Karen. Bacterióloga y Laboratorista Clínica. Magíster en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cortes Muñoz, Ani Julieth. Bacterióloga. Magíster en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Morón Duarte, Lina Sofía. Enfermera. Especialista en Epidemiología. Magíster en Salud Pública. PhD en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Rojas, Ana María. Odontóloga. Magíster en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Tolosa Pérez, Erica Natalia. Médica Cirujana. Especialista en Epidemiología. Especialista en Evaluaciones Económicas en Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Expertos clínicos

Burgos Cárdenas Álvaro Javier. Médico Cirujano, Especialista en Medicina interna, Magister en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Gaitán Duarte Hernando. Médico y cirujano. Especialista en obstetricia y ginecología. Magíster en epidemiología clínica. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia.

Marulanda González Lina Marcela. Médica y cirujana. Especialista en endocrinología.

Saavedra Trujillo Carlos Humberto. Médico y cirujano. Especialista en medicina interna. Especialista en patología infecciosa. Magíster en epidemiología clínica. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia.

Sierra García Alexandra. Médica y cirujana. Especialista en pediatría. Especialista en enfermedades infecciosas en pediatría. Magíster en gestión e investigación clínica.

Tovar Cortés Henry. Médico y cirujano. Especialista en medicina interna. Especialista en endocrinología. Profesor de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS).

Velandia Carrillo Carlos Alberto. Médico y cirujano. Especialista en medicina interna. Especialista en cardiología.

Participantes mesas de trabajo MSPS

Angarita Gálvez Iván Javier. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ariza Matiz Sandra. Magíster en Epidemiología. Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

Bautista Bautista Nubia Esperanza. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Caicedo Traslaviña Sidia. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Camacho Calderón Angie Lorena. Enfermera especialista, Magister en Enfermería. Grupo Curso de Vida - Dirección de Promoción y Prevención - Ministerio de Salud y Protección Social.

Castro Hernández Mónica Genith. Medica - Magister en Salud Pública. Coordinadora Grupo Curso de Vida - Dirección de Promoción y Prevención - Ministerio de Salud y Protección Social.

Correa Preciado Néstor Omar. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

Cruz Molina John Edward. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

Daza Reyes Elizabeth. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

García Orozco Heidy. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.
Madrid Fabio. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Manrique Mojica Sandra. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Marcelo Burgos Ivonne Carolina. Grupo gestión integrada de la salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónica subdirección de

Enfermedades No Transmisibles. Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección Social.

Moreno Barrera Claudia. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Munarth Rubio Natalia. Medica Pediatra - Magister en Salud Pública Grupo Curso de Vida. Dirección de Promoción y Prevención - Ministerio de Salud y Protección Social.

Rubio Barrios Daniel. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Porras Ramírez Alexandra. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Sandoval Gil Yolanda Inés. Profesional Especializado. Grupo gestión integrada de la salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónicas. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social.

Participantes mesas de trabajo IPS

Bacca Palacios María Paula. Médica, especialista en Epidemiología y en Salud y Seguridad en el Trabajo. Fundación Hospital Infantil los Ángeles. Pasto, Nariño.

Barrios Torres Ninel. Médica Especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. IPS Clínica Social Salud SAS. Sincelejo, Sucre.

Benavides Benavides Ramiro José. Médico, especialista en Neuropediatría. Fundación Hospital Infantil los Ángeles. Pasto, Nariño.
David Cuentas Evert. Médico Internista. IPS ESE Hospital José Cayetano Vásquez. Puerto Boyacá, Boyacá.

Díaz Casas Sandra Esperanza. Coordinadora de la Unidad Funcional de Mama y Tejidos Blandos. Cirujana Oncóloga de Seno y Tejidos Blandos. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C.

Erazo Sánchez Ana Milena. Médica, Especialista en Gerencia Auditoría Mercadeo y Finanzas. Fundación Hospital Infantil los Ángeles. Pasto, Nariño.

Fuentes Pachón Juan Camilo. Médico. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C.

García López Deysi Tatiana. Enfermera. Maestría en Epidemiología. Supervisora Administrativa de Gestión Clínica Limonar. Fundación Valle de Lili. Cali, Valle del Cauca.

González Vital Edwin. Médico General Urgencias. ESE Centro de Salud San Pedro. San Pedro, Sucre.

López Zárate Julio. Médico Epidemiólogo. IPS ESE Hospital José Cayetano Vásquez. Puerto Boyacá, Boyacá.
Luna Murillo Vanessa. Departamento de Calidad en Salud. Fundación Valle de Lili. Cali, Valle del Cauca.

Pantoja Chamorro Fredy Israel. Médico, especialista en Pediatría. Fundación Hospital Infantil los Ángeles. Pasto, Nariño.

Vergara González Francisco. Médico Epidemiólogo. IPS ESE Hospital José Cayetano Vásquez. Puerto Boyacá, Boyacá.

Vital González Saimon Jesús. Enfermero profesional. Especialista en Gerencia de la calidad y auditoría en salud. ESE Centro de Salud San Pedro. San Pedro, Sucre.

Supervisores

Velasco Hernández Betsabé Ximena. Directora de Promoción y Prevención (e). Ministerio de Salud y Protección Social.

Zuluaga Salazar Luz Adriana. Jefe de Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

Conflictos de interés

Los autores de este(a) [informe, documento, guía, etc.] declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Este documento debe citarse de la siguiente manera:

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Análisis de la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM). Primera edición. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y Ministerio de Salud y Protección Social; 2024.

Derechos de autor

En el marco del Contrato Interadministrativo No. 1271 de 2024, los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social, y los derechos morales de autor son propiedad de los colaboradores del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Por tanto, está prohibida su copia, reproducción, fijación, transmisión, circulación o similares. En consecuencia, cualquier modificación, transmisión, divulgación, publicación, copia parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito y sin que medie el consentimiento expreso y por escrito del Ministerio de Salud y Protección Social, constituirá violación a la normativa nacional, convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano aplicables a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el contrato 1271-2024, el cual fue suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia.
http://www.iets.org.co
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2024.

Salud

Contenido

LISTADO DE TABLAS 1

LISTA DE ABREVIATURAS 2

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES 3

2. ALCANCE 4

3. OBJETIVOS 5

3.1 OBJETIVO GENERAL 5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5

4. METODOLOGÍA 5

4.1 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES 5
4.1.1 Ministerio de Salud y Protección Social 6
4.1.2 Instituciones prestadoras de servicios en salud 6
4.2 DETERMINACIÓN DE LOS TEMAS QUE REQUIEREN GPC 7
4.2.1 Construcción de la herramienta priorización de temas para guías de práctica clínica 7
4.2.2 Criterios y escala de evaluación de la herramienta de priorización 7
4.2.3 Piloto de la herramienta 10
4.3 DESARROLLO DEL EJERCICIO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA DECISIÓN DE ADOPTAR/ADAPTAR, DESARROLLO *DE NOVO* O ACTUALIZACIÓN EN LAS PREGUNTAS O TEMAS PRIORIZADOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 10
4.3.1 Priorización y elaboración de preguntas 10
4.3.2 Métodos de las búsquedas y selección de GPC 11
4.3.2.1 Fuentes de información utilizadas 11
4.3.3 Términos y estrategias de búsqueda 12
4.3.3.1 Criterios de inclusión 12
4.3.3.2 Criterios de exclusión 13
4.3.4 Proceso de tamización de referencias y selección de GPC 13
4.3.5 Evaluación de calidad de GPC -MSPS 14
4.4 DESARROLLO DEL EJERCICIO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA DECISIÓN DE ADOPTAR/ADAPTAR, DESARROLLO DE NOVO O ACTUALIZACIÓN EN LAS PREGUNTAS O TEMAS PRIORIZADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORA DE SALUD 14
4.4.1 Priorización y elaboración de preguntas 14
4.4.2 Métodos de las búsquedas y selección de GPC 15
4.4.3 Fuentes de información utilizadas 15
4.4.4 Términos y estrategias de búsqueda 16
4.4.5 Criterios de inclusión 16

4.4.6 Criterios de exclusión 17
4.4.7 Proceso de tamización de referencias y selección de GPC 17
4.4.8 Evaluación de calidad de GPC- IPS 18
4.5 PROCESO DE EVALUACIÓN Y TOMA DE DECISIONES SOBRE LAS RECOMENDACIONES 18
4.5.1 Evaluación de las recomendaciones 19
4.6 ANÁLISIS DEL EJERCICIO DE APLICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS, FACILITADORES, TIEMPOS PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL MANUAL, FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS PARA APLICARLAS EN COLOMBIA, ASÍ COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA A LA PROPUESTA METODOLÓGICA ACTUAL DE LA GM. 21
4.7 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN ORIENTADA A LA DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN PARA LA ADOPCIÓN/ADAPTACIÓN, DESARROLLO DE NOVO O ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GM, CON ÉNFASIS EN PRESTADORES. 22
4.7.1 Objetivo general..... 22
4.7.1.1 Objetivos específicos..... 22
4.7.2 Metodología..... 22
5. RESULTADOS 23
5.1 EJERCICIO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA CON MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 23
5.1.1 Selección de participantes y mesas de trabajo..... 23
5.1.2 Determinación de temas prioritarios para GPC..... 23
5.1.3 Aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo de novo o actualización..... 25
5.1.3.1 Construcción de preguntas clínicas 25
5.1.3.2 Revisión de GPC para adopción/adaptación de acuerdo con temas priorizados 26
5.1.3.3 Extracción de recomendaciones 27
5.1.3.4 Decisión de adopción/adaptación o desarrollo de novo..... 28
5.2 EJERCICIO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA CON INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS EN SALUD..... 48
5.2.1 Selección de participantes y mesas de trabajo..... 48
5.2.2 Determinación de temas prioritarios para GPC por parte de las IPS 48
5.2.3 Aplicación de la metodología y análisis del proceso 53
5.2.3.1 Construcción de preguntas PICO por temas priorizados y preguntas finales priorizadas por las IPS 53
5.2.3.2 Revisión de GPC para los temas priorizados por las IPS 54
5.2.3.3 Extracción de recomendaciones que responden las preguntas priorizadas según los temas para GPC definidos por las IPS..... 54
5.2.3.4 Decisión de adopción/adaptación o desarrollo de novo..... 56
5.3 ANÁLISIS DEL EJERCICIO DE APLICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS, FACILITADORES, TIEMPOS PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL MANUAL, FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS PARA APLICARLAS EN

COLOMBIA, ASÍ COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA A LA PROPUESTA METODOLÓGICA ACTUAL DE LA GM. 76
5.3.1 Conocimiento 78
5.3.2 Participación 79
5.3.3 Gobernanza 80
5.3.4 Oportunidades de mejora 81
5.4 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN ORIENTADA A LA DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN PARA LA ADOPCIÓN/ADAPTACIÓN, DESARROLLO DE NOVO O ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GM, CON ÉNFASIS EN PRESTADORES. 81
5.4.1 Análisis de los públicos objetivo 82
5.4.2 Perfiles, motivaciones y orientación de la comunicación 82
5.4.2.1 Áreas de calidad 82
5.4.2.3 Comités de investigación (en IPS públicas y privadas de todos los niveles de atención) 83
5.4.3 Enfoque por nivel de atención y tipo de IPS 83
5.4.4 Actividades 85
5.4.5 Cronograma (7 semanas) 87
5.4.6 Consideraciones generales 88
5.5 CONCLUSIONES 88
5.5.1 Implicaciones para la GM 90
6. REFERENCIAS 90
7. ANEXOS 95
ANEXO 1. MAPEO DE ACTORES 95
ANEXO 2. EVALUACIONES CRITERIOS DE HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN 107
ANEXO 3. PROCESO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 114
Anexo 3.1. Preguntas estructuradas 114
7.1.1.1 Anexo 3.1.1. Micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas 114
7.1.1.2 Anexo 3.1.2. Asfixia perinatal 119
7.1.1.3 Anexo 3.1.3. Sífilis gestacional y congénita 121
7.1.1.4 Anexo 3.1.4. Diabetes mellitus tipo 2 125
7.1.1.5 Anexo 3.1.5. Hipertensión arterial 128
7.1.1.6 Anexo 3.1.6. Anemia nutricional en menores de 5 años 136
Anexo 3.2 Reporte de búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas de GPC 141
Anexo 3.3 Búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores de GPC 145
Anexo 3.4 Diagrama PRISMA 148
Anexo 3.5 Herramienta 7 149
Anexo 3.6 Resultados GPC evaluadas con AGREE II 163
Anexo 3.7 Consolidado de las votaciones para priorización de preguntas 165
ANEXO 4. PROCESO INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS EN SALUD 178

Anexo 4.1 Preguntas estructuradas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 178
7.1.1.7 Anexo 4.1.1 Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años 178
7.1.1.8 Anexo 4.1.2 Infección de vías urinarias 182
7.1.1.9 Anexo 4.1.3 Cáncer de mama..... 184
7.1.1.10 Anexo 4.1.4 Epilepsia en menores de 18 años 186
7.1.1.11 Anexo 4.1.5 Cáncer colorrectal 191
7.1.1.12 Anexo 4.1.6 Trauma intracraneal en adultos 196
Anexo 4.2 Reporte de búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas de GPC: IPS 203
Anexo 4.3 Búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores de GPC 208
Anexo 4.4 Diagrama PRISMA 210
Anexo 4.5 Herramienta 7 GPC. 211
Anexo 4.6 Resultados GPC evaluadas con AGREE II: IPS 231
Anexo 4.7 Consolidado de las votaciones para priorización de preguntas: IPS 238
Anexo 4.8 Consolidado de reuniones con los actores involucrados de las IPS 257

Listado de tablas

Tabla 1. Participantes en el análisis de la aplicación del ejercicio 22
Tabla 2. Listado resumen de la priorización de temas para GPC por el MSPS . 24
Tabla 3. Número de preguntas por temas (versión 1 y 2 cuestionario Google forms) y total de preguntas priorizadas MSPS 26
Tabla 4. Relación de GPC evaluadas y que responden las preguntas priorizadas por temas MSPS 27
Tabla 5. Esquemas de Tratamiento por Micobacteria 32
Tabla 6. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre 49
Tabla 7. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá 50
Tabla 8. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas del Instituto Nacional de Cancerología 50
Tabla 9. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto 51
Tabla 10. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Fundación Valle de Lili. 52
Tabla 11 Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Clínica Social Salud SAS, Sincelejo, Sucre 52
Tabla 12. Número de preguntas por temas (cuestionario Google forms) y total de preguntas priorizadas por las IPS 53
Tabla 13. Relación de GPC evaluadas y que responden las preguntas priorizadas por temas IPS 55
Tabla 14. Resultados valoración de herramientas y estrategias 79
Tabla 14. Organizaciones contactadas 96
Tabla 15. Expertos clínicos del grupo desarrollador 98
Tabla 16. Expertos metodólogos del grupo desarrollador del IETS 99
Tabla 17. Categorías de participación. 101
Tabla 18. Matriz síntesis de declaración y análisis de conflictos de interés. . 102
Tabla 19. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas 114

Lista de abreviaturas

DE	Desviación Estándar
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GM	Guía Metodológica
GPC	Guías de Práctica Clínica
IPS	Instituciones Prestadores de Servicios de Salud
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

1. Introducción y antecedentes

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró una Guía Metodológica (GM) para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC), estableciendo los lineamientos que deben seguirse para garantizar su validez y reproducibilidad. La primera versión de esta GM se publicó en 2010(1), con una actualización realizada en 2014 (2) y una tercera versión en 2023.

En la versión del 2010, se propuso utilizar la metodología ADAPTE para la elaboración de GPC(3); sin embargo, en la versión del 2014, tras un análisis realizado por los grupos desarrolladores sobre la inversión de tiempo y recursos, se decidió optar por el desarrollo de novo de las GPC. Para ello, se recomendó la metodología de "adopción de evidencia", que implica utilizar evidencia de GPC elegibles y de alta calidad que empleen el sistema GRADE(4). Esto significa que no se trata de adaptar o adoptar directamente las GPC o sus recomendaciones, sino de utilizar la evidencia que respaldó dichas recomendaciones. En la versión 2023 se reafirma el uso con ADOLOPMENT, sin embargo, se evidencian desafíos a la hora de aplicar esta metodología, en especial a nivel de instituciones prestadoras de servicios en salud.

Dentro del SGSSS, las GPC son utilizadas por los diversos actores del sistema de salud. Según lo dispuesto en los manuales de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud (Resolución 2003 de 2014 con posterior actualización a la Resolución 3100 de 2019)(5,6), los prestadores de servicios de salud deben garantizar la seguridad del paciente y la gestión del riesgo a través de procesos y procedimientos adecuados. En este contexto, la GM señala en su sección sobre procesos asistenciales prioritarios que las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS) deben incluir ciertas acciones, entre las cuales se destaca la existencia de GPC dentro de la organización.

En el numeral 11.5.5 correspondiente al estándar de procesos prioritarios de habilitación de las IPS, señala en su ítem 8 que: "*Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente*"(6).

Teniendo en cuenta este antecedente normativo relevante, el propósito de este análisis es, a través de un ejercicio de aplicación de la metodología de decisión para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización contemplada en la GM para GPC (ya existentes o necesidades priorizadas por MSPS), definir las metodologías aplicables en cada GPC cuyos resultados guíen el proceso de priorización para el MSPS. Adicionalmente, replicar el ejercicio desde el punto de vista de prestadores del sistema de salud, simulando el proceso de decisión de adopción/adaptación, desarrollo de *novo* o actualización en el contexto de cumplimiento de la normativa nacional.
Al finalizar el ejercicio se espera realizar el análisis de los resultados y proponer ajustes a la GM que incorporen las necesidades que se evidenciaron durante la puesta en práctica de la GM. Finalmente, formular una estrategia de implementación de la GM y del proceso evaluado, con el fin de facilitar la comprensión y adherencia de los prestadores a las recomendaciones dentro del documento, identificando puntos sensibles que requieran ejemplos prácticos o sistemas de preguntas y respuestas entre otros.

2. Alcance

Realizar un ejercicio de aplicación de la metodología de decisión para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización contemplada en la GM actualizada a temas de GPC (ya existentes o necesidades priorizadas por el MSPS) para definir las metodologías aplicables en cada GPC, resultados que guiarán el proceso de priorización para el MSPS. Adicionalmente, se replicará el ejercicio desde el punto de vista de prestadores del sistema de salud, simulando el proceso de decisión de adopción/adaptación, desarrollo *de novo* o actualización en el contexto de cumplimiento de la normativa nacional.
Al finalizar el ejercicio se realizará el análisis de los resultados y se propondrán ajustes a la GM que incorporen las necesidades que se evidenciaron durante la puesta en práctica de la GM. Finalmente, se propondrá una estrategia de implementación de la GM y del proceso evaluado, con el fin de facilitar la comprensión y adherencia de los prestadores a las recomendaciones dentro del documento, identificando puntos sensibles que requieran ejemplos prácticos o sistemas de preguntas y respuestas entre otros.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM).

3.2 Objetivos específicos

1. Aplicar la metodología de decisión para la adopción/adaptación o desarrollo de novo o actualización en un conjunto de temas de GPC desde la perspectiva de MSPS.
2. Aplicar la metodología de decisión para la adopción/adaptación o desarrollo de novo o actualización en un conjunto de temas de GPC desde la perspectiva de las IPS.
3. Realizar los ajustes necesarios para la aplicación de la metodología a la GM en el proceso de actualización.
4. Desarrollar una propuesta de implementación del proceso de decisión de adopción/adaptación y desarrollo de novo o actualización del manual dirigido a la aplicación de los métodos por parte de los prestadores del ámbito nacional.

4. Metodología

Para la aplicación de la metodología de decisión para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización contemplada en la GM actualizada a temas de GPC a nivel de MSPS o instituciones prestadoras de servicios en salud, se estableció un proceso secuencial basado en los siguientes pasos:

4.1 Selección de los participantes

De acuerdo con su representatividad en los temas de interés para realizar GPC y mediante mapeo de actores clave de instituciones prestadoras se seleccionaron los participantes para realizar el ejercicio de aplicación de la metodología basados en:

4.1.1 Ministerio de Salud y Protección Social

Se solicitó personal técnico que cumpliera con los siguientes requisitos:

1. Participantes: con poder de decisión, que trabajen en GPC, que reconocieran las necesidades frente a la práctica clínica de las condiciones a abordar de todos los niveles de atención y de diferentes partes de país
2. Responsabilidades: tiempo y disponibilidad para asistir a las reuniones de trabajo, establecer acuerdos y cumplir con las actividades requeridas, en el marco del proyecto. Aplicación de una metodología que incluya herramientas, instrumentos y clasificación de GPC con la finalidad de priorizar los temas que se deben abordar.
3. Insumos: debían conocer la información de los temas de interés para la realización de GPC, así como tener los enlaces con las áreas técnicas para abordar la priorización que requiere conocimientos técnicos del tema.

4.1.2 Instituciones prestadoras de servicios en salud

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, European Network for Health Technology Assesssment, por su sigla en inglés). Se entiende por actores aquellos que corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que son afectados por la decisión; también son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política en salud(7).

En este contexto, para el análisis de la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM) el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolló conforme el objetivo y alcance del involucramiento y la temática. Se tomaron en cuenta, así mismo, todos los niveles de atención y complejidad (primer, segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad), tipo de población (adultos y pediatría) la naturaleza jurídica de las organizaciones (si eran públicas o privadas), su nivel territorial (departamentales y municipales), su región y su voluntad de participar. El detalle del proceso de convocatoria y selección se detallan en el **Anexo 1**.

4.2 Determinación de los temas que requieren GPC

Se estableció la priorización de 6 temas desde el MSPS (se tuvieran GPC existentes o no en el país) y 6 temas provenientes de 6 IPS. Para un total de 12 temas para realizar a aplicación de la de decisión para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización contemplada en la GM actualizada.

Este proceso se llevó a cabo por medio de la construcción y uso de una herramienta basada en 6 preguntas para priorizar temas de interés para la realización de GPC:

4.2.1 Construcción de la herramienta priorización de temas para guías de práctica clínica

La herramienta de priorización de temas para la realización de GPC, se construyó a partir de una revisión de literatura. Este proceso permitió identificar criterios clave utilizados en la priorización de guías(1,8–14). A partir de esta revisión, se identificaron y seleccionaron criterios de priorización que reflejan la relevancia, impacto, factibilidad y necesidad de realización de GPC. Estos criterios fueron adaptados al contexto, asegurando su pertinencia y aplicabilidad en la práctica clínica a nivel local y nacional.

La herramienta de priorización se creó pensando en un proceso simple y flexible diseñado para facilitar la selección de temas para GPC. Utiliza criterios clave evaluados mediante escalas de calificación claras (escala Likert de 1 a 5), permitiendo una valoración rápida. Los criterios abordan aspectos como la relevancia del problema de salud pública, la proporción de la población afectada, los cambios recientes en la práctica clínica, las opciones terapéuticas disponibles, la capacidad de la GPC para mejorar la atención y la carga económica de la condición. Además, permite identificar tópicos específicos que deberían incluirse en la GPC, lo que la hace adaptable a diferentes contextos y necesidades.

4.2.2 Criterios y escala de evaluación de la herramienta de priorización

Criterio 1: ¿El tema es un problema de salud pública?

- **Escala:** poco relevante a muy relevante.

- **Descripción:** evalúa la relevancia del tema en términos de su impacto en la salud pública, determinando si la condición es una prioridad en la agenda sanitaria debido a su prevalencia, severidad o potencial para generar costos significativos en el sistema de salud.

Criterio 2: ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición?

- **Escala:** baja proporción (<5%) a alta proporción (>30%).

- **Descripción:** Este criterio mide la extensión del problema de salud en la población, considerando el porcentaje de personas afectadas. Cuanto mayor sea la proporción, mayor será el puntaje, lo que refleja la necesidad de priorizar la GPC.

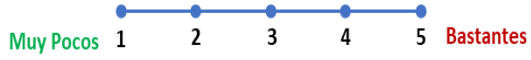
Criterio 3: ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)?

- **Escala:** pocos cambios a muchos cambios.

- **Descripción:** evalúa la evolución de la práctica clínica relacionada con la condición de salud en los últimos cinco años. Cambios significativos en diagnósticos, tratamientos o enfoques de manejo sugieren la necesidad de actualizar o desarrollar una nueva GPC.

Criterio 4: ¿Cuántos medicamentos asociados al manejo de esta condición conoce usted?

- **Escala:** muy pocos (<5) a bastantes (>30).



- **Descripción:** se enfoca en la disponibilidad y diversidad de opciones terapéuticas para la condición. Un mayor número de medicamentos sugiere una mayor complejidad en el manejo, lo que podría beneficiarse de una GPC.

Criterio 5: ¿Considera usted que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud?

- **Escala:** poco probable a muy probable.

- **Descripción:** evalúa la potencial efectividad de una GPC para mejorar la atención de la condición. Este criterio refleja la percepción de los expertos sobre la capacidad de la GPC para impactar positivamente en la gestión de la salud.

Criterio 6: ¿La atención de esta condición representa una alta carga económica para el sistema de salud? (enfermedad rara, cuenta de alto costo-CAC)?

- **Escala:** baja carga a alta carga.

- **Descripción:** mide el impacto de la condición en términos de costos, recursos y atención necesarios dentro del sistema de salud.

Criterio 7: Si se realiza una GPC, ¿cuáles de los siguientes tópicos deben ser abordados?

- **Opciones:** prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, pronóstico.
- **Descripción:** permite a los evaluadores identificar áreas clave que deben ser incluidas en la GPC. La selección de estos tópicos orienta el alcance y enfoque de la guía.

4.2.3 Piloto de la herramienta

La herramienta fue aplicada por cinco epidemiólogos y una salubrista pública, expertos en la evaluación y uso de GPC, quienes aplicaron estos criterios en cuatro escenarios o temas clínicos seleccionados a conveniencia teniendo en cuenta que fueran condiciones raras, de baja y alta prevalencia: enfermedad de Fabry, fibromialgia, neuropatía diabética y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Cada uno de los expertos utilizó la herramienta para evaluar y priorizar las guías asociadas a cada una de estas condiciones, permitiendo observar el comportamiento de la herramienta en diferentes contextos clínicos. Cada criterio fue evaluado utilizando la escala de Likert correspondiente, y los puntajes obtenidos para cada tema fueron analizados para determinar la capacidad de la herramienta para discriminar entre condiciones que requieren mayor o menor priorización (**Anexo** 2)

4.3 Desarrollo del ejercicio de aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo *de novo* o actualización en las preguntas o temas priorizados desde la perspectiva del Ministerio de Salud y Protección Social

4.3.1 Priorización y elaboración de preguntas

Para definir las preguntas incluidas en el proceso de aplicación de la metodología de decisión para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización contemplada en la GM actualizada a temas de GPC, se realizaron sesiones específicas con los referentes del MSPS de la oficina de Calidad y de la Dirección de Promoción y Prevención con los temas priorizados en el paso 1. En estas sesiones, se analizó cada una de las preguntas de los temas priorizados, considerando los siguientes criterios:

- ¿La pregunta es relevante para la práctica clínica actual?
- ¿Existe nueva evidencia relevante de las tecnologías en salud con el potencial de cambiar las recomendaciones?
- ¿Existe nueva evidencia relevante de cambios en el contexto con el potencial de cambiar las recomendaciones?
- ¿La pregunta necesita actualización?
- ¿La pregunta es prioritaria para actualización?

Además, se propusieron algunas preguntas para desarrollar de novo, las cuales fueron evaluadas según los siguientes criterios:

- Disponibilidad de la evidencia
- Factibilidad
- Relevancia clínica
- Variabilidad en la práctica
- Prioridad para el ente gestor

En el análisis de construcción de cada pregunta, se consideraron las GPC desarrolladas por el MSPS, que fueron revisadas para identificar los ámbitos y preguntas ya abordados, con el fin de asegurar que las preguntas actuales reflejaran la información más reciente y relevante de acuerdo con la nueva evidencia. Para los temas en los que no existían GPC desarrolladas por el MSPS, las preguntas fueron construidas a partir de GPC y documentos recientes recuperados para tal fin.
La decisión sobre la conducta a seguir para cada pregunta ya sea actualización o desarrollo de nuevas preguntas, se tomó mediante votaciones realizadas por los referentes del MSPS a través de formularios en Google forms, uno para cada uno de los seis temas, que contenían las preguntas PICO correspondientes. Se utilizó una escala Likert de 1 a 9 (1: No priorizar, 9: Priorizar) para la votación. Tras una primera votación, se recibieron comentarios para ajustes, que fueron implementados en los formularios. Posteriormente, los formularios ajustados fueron enviados para una votación definitiva. El grado de acuerdo con cada conducta se alcanzó si el 80% votaba entre 7 y 9.
Las preguntas realizadas con sus componentes en la estructura PICO que fueron priorizadas se encuentran en los **Anexos 3.1.1 a 3.1.6**

4.3.2 Métodos de las búsquedas y selección de GPC

Se realizó una revisión sistemática de literatura con el objetivo de identificar GPC con el alcance de los temas 6 temas priorizados por el MSPS.

4.3.2.1 Fuentes de información utilizadas

Se revisaron las siguientes fuentes de información: Bases de datos generales (Pubmed, EMBASE), y en los siguientes organismos recopiladores y productores de GPC:

- Agency for Healthcare Research and Quality

- Guideline International Network (GIN)
- Catalogageetl' Indexationdes Sites Médicaux (CISMeF),
- New Zeland Guidelines Group (CNZGG)
- TRIP database
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- National electronic Library for Health (NeLH)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Agencia for Healthcare Quality Research and Quality (AHQR)
- GPC infobase: CMA joule
- Australian Clinical Practice Guidelines- NHMRC
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- American College of Physicians (ACP),
- Guidelines in practice
- BIGG. International Database for GRADE Guidelines. BIREME-OPS
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
- Database of WHO guidelines
- WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS
- Singapore Ministry of health Guidelines
- Database of GRADE EtD's and Guidelines
- Guía Salud
- RedSalud
- Cenetec
- Repositorio argentino

4.3.3 Términos y estrategias de búsqueda

Para búsqueda en las bases de datos se diseñó una estrategia de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado como términos MeSH (Medical Subject Headings), DeCS y Emtree (Embase Subject Headings) y por lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas y variaciones ortográficas y plurales. Las estrategias se complementaron con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores boléanos.

Los detalles de las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos y organismos recopiladores y desarrolladores de GPC y sus resultados se presentan en los **Anexos 3.2 y 3.3**

4.3.3.1 Criterios de inclusión

1. Se utilizaron como criterios de selección GPC que cubrieran los temas sobre:

a) Diagnóstico y manejo de la anemia nutricional en niños menores de cinco años;
b) Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con diabetes mellitus tipo 2;
c) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas;
d) Diagnóstico tratamiento y seguimiento de asfixia perinatal;
e) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial y
f) Atención integral de la sífilis gestacional y congénita,

2. Publicadas en los últimos 5 años.

4.3.3.2 Criterios de exclusión

Las razones de exclusión de las referencias fueron las siguientes:

1. GPC basadas en consensos o en revisiones no sistemáticas de la literatura.
2. Se trataba de otro tipo de publicación diferente a GPC.
3. Se encontraba desactualizada (más de 5 años de la fecha de búsqueda).

4.3.4 Proceso de tamización de referencias y selección de GPC

Las referencias recuperadas se exportaron al Mendeley® versión de escritorio 1.19.8. para eliminar duplicados. Luego cada una de las referencias fue tamizada en el programa Rayyan. Se recuperaron los textos completos a partir de las referencias incluidas y se revisaron en duplicado y de manera independiente, resolviendo las discrepancias en la decisión por medio de consenso entre los revisores. El número de referencias identificadas en la búsqueda de GPC se describe en el diagrama de flujo *PRISMA*(15). (**Anexo 3.4**).

Las GPC seleccionadas en el paso anterior fueron valoradas con la herramienta 7 de la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (GM)*(2). Los criterios de la herramienta 7 fueron evaluados de forma independiente: coincidencia entre los alcances y objetivos de la guía evaluada y la presente guía, establecimiento de recomendaciones basadas en la evidencia, búsqueda

de evidencia primaria replicable y descripción de un proceso de desarrollo y grupo desarrollador. Se excluyeron aquellas referencias que no cumplieron con uno o más de los criterios indicados en la herramienta 7 (**Anexo 3.5**).

4.3.5 Evaluación de calidad de GPC -MSPS

Aquellas GPC que cumplieron con todos los criterios de la herramienta 7 fueron evaluadas en su calidad con el instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE), versión II (16) en forma independiente por parte de dos evaluadores. Se seleccionaron las GPC que cumplieron los criterios sugeridos por la GM con puntaje mayor al 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial (**Anexo 3.6**).

4.4 Desarrollo del ejercicio de aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo de novo o actualización en las preguntas o temas priorizados desde la perspectiva de las Instituciones Prestadora de Salud

4.4.1 Priorización y elaboración de preguntas

Para definir las preguntas incluidas en el proceso de adopción, adaptación, desarrollo de novo o actualización, contemplado en la GM actualizada en temas de GPC, se realizaron sesiones específicas con los referentes de cada IPS. Durante estas sesiones, se explicó el proceso metodológico para la selección y priorización de temas relevantes para desarrollar GPC. Cada IPS identificó los temas que requerían el desarrollo de una GPC y, posteriormente, aplicaron la herramienta de priorización. Con base en los puntajes obtenidos, se identificó un tema prioritario para cada IPS participante. A partir de estos temas, se desarrollaron preguntas PICO, que fueron analizadas y ajustadas según las observaciones de los equipos de cada IPS.

Cada una de las preguntas de los temas priorizados, consideraron los siguientes criterios:

- ¿La pregunta es relevante para la práctica clínica actual?
- ¿Existe nueva evidencia relevante de las tecnologías en salud con el potencial de cambiar las recomendaciones?
- ¿Existe nueva evidencia relevante de cambios en el contexto con el potencial de cambiar las recomendaciones?
- ¿La pregunta necesita actualización?

- ¿La pregunta es prioritaria para actualización?

Además, se propusieron algunas preguntas para desarrollar de novo, las cuales fueron evaluadas según los siguientes criterios:

- Disponibilidad de la evidencia
- Factibilidad
- Relevancia clínica
- Variabilidad en la práctica
- Prioridad para el ente gestor

En el proceso de construcción de cada pregunta, se revisaron las GPC desarrolladas tanto a nivel nacional como internacional, con el objetivo de identificar los ámbitos y preguntas ya abordados y asegurar que las preguntas formuladas reflejaran la información más reciente y relevante, de acuerdo con la nueva evidencia disponible. La decisión sobre la actualización o desarrollo de nuevas preguntas se tomó mediante votaciones realizadas por los referentes temáticos de las IPS, utilizando formularios de Google Forms. Cada uno de los temas priorizados por las seis IPS incluyó las preguntas PICO correspondientes. Para la votación, se utilizó una escala Likert de 1 a 9 (1: No priorizar, 9: Priorizar), considerándose como acuerdo cuando se alcanzó un 80% de votos con un puntaje entre 7 y 9.

Las preguntas realizadas con sus componentes en la estructura PICO que fueron priorizadas se encuentran en los **Anexos 4.1.1 a 4.1.6**

4.4.2 Métodos de las búsquedas y selección de GPC

Se realizó una revisión sistemática de literatura con el objetivo de identificar GPC con el alcance de los temas 6 temas priorizados, uno por cada IPS participante.

4.4.3 Fuentes de información utilizadas

Se revisaron las siguientes fuentes de información: Bases de datos generales (Pubmed, EMBASE), y en los siguientes organismos recopiladores y productores de GPC:

- Agency for Healthcare Research and Quality
- Guideline International Network (GIN)
- Catalogageetl' Indexationdes Sites Médicaux (CISMeF),

- New Zeland Guidelines Group (CNZGG)
- TRIP database
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- National electronic Library for Health (NeLH)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Agencia for Healthcare Quality Research and Quality (AHQR)
- GPC infobase: CMA joule
- Australian Clinical Practice Guidelines- NHMRC
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- American College of Physicians (ACP),
- Guidelines in practice
- BIGG. International Database for GRADE Guidelines. BIREME-OPS
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
- Database of WHO guidelines
- WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS
- Singapore Ministry of health Guidelines
- Database of GRADE EtD's and Guidelines
- Guía Salud
- RedSalud
- Cenetec
- Repositorio argentino

4.4.4 Términos y estrategias de búsqueda

Para búsqueda en las bases de datos se diseñó una estrategia de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado como términos MeSH (Medical Subject Headings), DeCS y Emtree (Embase Subject Headings) y por lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas y variaciones ortográficas y plurales. Las estrategias se complementaron con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores boléanos.

Los detalles de las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos y organismos recopiladores y desarrolladores de GPC y sus resultados se presentan en los **Anexos 4.2 y 4.3**

4.4.5 Criterios de inclusión

1. Se utilizaron como criterios de selección GPC que cubrieran los temas sobre:

a) Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años;
b) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con infección de vías urinarias;
c) Prevención del cáncer de mama;
d) Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico de la epilepsia en menores de 18 años;
e) Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer colorrectal y
f) Diagnóstico, tratamiento, prevención de complicaciones y pronóstico del trauma intracraneal,

2. Publicadas en los últimos 5 años.

4.4.6 Criterios de exclusión

Las razones de exclusión de las referencias fueron las siguientes:

1. GPC basadas en consensos o en revisiones no sistemáticas de la literatura.
2. Se trataba de otro tipo de publicación diferente a GPC.
3. Se encontraba desactualizada (más de 5 años de la fecha de búsqueda).

4.4.7 Proceso de tamización de referencias y selección de GPC

Las referencias recuperadas se exportaron al Mendeley® versión de escritorio 1.19.8. para eliminar duplicados. Luego cada una de las referencias fue tamizada en el programa Rayyan. Se recuperaron los textos completos a partir de las referencias incluidas y se revisaron en duplicado y de manera independiente, resolviendo las discrepancias en la decisión por medio de consenso entre los revisores. El número de referencias identificadas en la búsqueda de GPC se describe en el diagrama de flujo *PRISMA*(15). (**Anexo 4.4**).

Las GPC seleccionadas en el paso anterior fueron valoradas con la herramienta 7 de la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (GM)*(2). Los criterios de la herramienta 7 fueron evaluados de forma independiente: coincidencia entre los alcances y objetivos de la guía evaluada y la presente guía,

establecimiento de recomendaciones basadas en la evidencia, búsqueda de evidencia primaria replicable y descripción de un proceso de desarrollo y grupo desarrollador. Se excluyeron aquellas referencias que no cumplieron con uno o más de los criterios indicados en la herramienta 7 (**Anexo 4.5**).

4.4.8 Evaluación de calidad de GPC- IPS

Aquellas GPC que cumplieron con todos los criterios de la herramienta 7 fueron evaluadas en su calidad con el instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE), versión II (16) en forma independiente por parte de dos evaluadores. Se seleccionaron las GPC que cumplieron los criterios sugeridos por la GM con puntaje mayor al 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial **(Anexo 4.6).**

4.5 Proceso de evaluación y toma de decisiones sobre las recomendaciones

Para el proceso de toma de decisiones en mesas de trabajo organizadas por tema, se aplicó la metodología Adolopment (17) con el apoyo de la herramienta AGREE-REX (18). Antes de las mesas de trabajo, como se describe en los puntos 5.1.3 y 5.2.3 se realizó una evaluación y análisis detallado de las GPC disponibles, seleccionando aquellas que respondían parcial o totalmente a las preguntas clínicas priorizadas por el MSPS; se extrajeron las recomendaciones que respondían a las preguntas.

Durante las mesas de trabajo, conformadas por expertos clínicos, se presentaron las preguntas junto con sus respectivas recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas y la evidencia que las soportaba. A partir de esta presentación, se aplicó la metodología Adolopment para decidir si las recomendaciones bien fueran nuevas o en proceso de actualización debían:

- Adoptarse tal como estaban,
- Adaptarse a las particularidades locales, o
- Desarrollarse de nuevo (de novo) cuando no existían recomendaciones adecuadas.

4.5.1 Evaluación de las recomendaciones

Se utilizó el AGREE-REX para evaluar cada recomendación según tres dominios clave:

Aplicabilidad Clínica: Evalúa la evidencia y la relevancia de la recomendación para el contexto clínico y el paciente.

Valores y Preferencias: Considera si las recomendaciones toman en cuenta los valores de los pacientes, profesionales de la salud, tomadores de decisiones y desarrolladores de guías.

Implementabilidad: Analiza si la recomendación es práctica y factible de implementar en el contexto local, considerando recursos, formación, políticas, etc.

Para apoyar este proceso de toma de decisiones, se utilizó un cuestionario en Google Forms basado en AGREE-REX, que abarcó las siguientes áreas clave:

- Aplicabilidad clínica
- Aplicabilidad a los profesionales de la salud
- Aplicabilidad a los pacientes
- Valores y preferencias del paciente
- Valores y preferencias del proveedor de salud
- Uso de recursos
- Equidad
- Aceptabilidad
- Viabilidad

El cuestionario se estructuró utilizando una escala Likert de 1 a 7, donde 1 representaba "muy en desacuerdo" y 7 "muy de acuerdo". Fue enviado a los expertos clínicos para que evaluaran de forma independiente cada aspecto de las recomendaciones o grupos de recomendaciones generadas para cada pregunta. Posteriormente, el equipo metodológico analizó las puntuaciones individuales de cada experto y, de acuerdo con los umbrales predefinidos, clasificó las preguntas en adopción, adaptación o de novo**.**
La regla para tomar la decisión se dio a partir de tres escenarios bien sea para recomendación de novo o actualización:

Escenario 1 (Adopción): GPC con soportes de tabla GRADE completas y actualizadas, TABLAS EtD, responde a las preguntas clínicas y se ajusta a las necesidades específicas del contexto

local: en este escenario, las GPC seleccionadas cuentan con tablas GRADE completas y actualizadas, así como con las Tablas de Evaluación de Decisiones (EtD) totalmente desarrolladas y las preguntas son respondidas por la GPC. Las recomendaciones extraídas están respaldadas por un proceso riguroso y actualizado de evaluación de la evidencia, lo que facilita su aplicación directa.

Escenario 2 (Adaptación): GPC con soportes de tabla GRADE completas y no actualizadas, TABLAS EtD o reporte descriptivo de este marco: este escenario se presenta cuando las GPC incluyen tablas GRADE completas, pero no han sido actualizadas recientemente o no son aplicables al contexto local. Aunque los soportes de evidencia están presentes, por tanto, las recomendaciones pueden requerir ajustes o revisiones para su implementación efectiva.

Escenario 3 (De novo): Información insuficiente, las preguntas no son respondidas por las GPC: en este escenario, la evaluación mediante la metodología Adolopment muestra que la información disponible en las GPC no es suficiente para responder a las preguntas planteadas. Las tablas GRADE están incompletas o faltan, y las tablas EtD no están disponibles o no proporcionan la información necesaria para guiar la decisión clínica. Este escenario también incluye aquellas preguntas que no fueron llevadas a las mesas de trabajo con expertos, ya que desde la revisión y análisis inicial se identificó que las GPC seleccionadas no ofrecían respuestas adecuadas a las preguntas formuladas, lo que llevó a clasificarlas directamente en este escenario.
Con base en este análisis y la aplicación de AGREE-REX, se tomaron decisiones sobre la adopción, adaptación o desarrollo de novo, garantizando que las recomendaciones finales se ajustaran a las necesidades específicas del contexto local y respondieran eficazmente a las preguntas clínicas priorizadas.

4.6 Análisis del ejercicio de aplicación, identificación de barreras, facilitadores, tiempos para desarrollar las actividades contempladas en el manual, fuentes de información y recursos necesarios para aplicarlas en Colombia, así como oportunidades de mejora a la propuesta metodológica actual de la GM.

Los procesos de implementación siempre son un reto para cualquier proceso, programa o política, ya que implican llevar a la realidad los enunciados y planes que se establecen de manera documental; durante esta etapa, se pueden evidenciar brechas entre la teoría y la práctica, oportunidades de mejora, aciertos, entre otros, que permitirán adecuaciones para el logro de resultados sostenibles y significativos en el tiempo, así como escalabilidad a otros contextos. En esta línea, se realizó análisis del ejercicio de aplicación de los primeros pasos establecidos en la GDG relacionados con la priorización de temas, priorización de preguntas, búsqueda sistemática de GPC y valoración de su calidad y decisión de adaptación, adopción o desarrollo de novo, se identificaron las barreras y facilitadores percibidos para este proceso y en general, se exploraron oportunidades de mejora de cara la metodología propuesta en la GDG. El presente apartado desarrolla la metodología y resultados de este análisis.

Para el análisis se realizó una exploración cualitativa con cuatro tipos de actores involucrados: Ente gestor, expertos clínicos, líderes técnicos del proceso e IPS participantes. Se utilizó un formulario electrónico adecuado a cada tipo de actor y se realizaron dos entrevistas y un grupo focal. En general, los instrumentos buscaron explorar las percepciones de los participantes a partir de preguntas abiertas y, en el caso del forumulario, esta exploración se apoyo adicionalmente con una escala tipo likert.
El tratamiento de los datos se fundamentó en la técnica cualitativa de análisis temático y permitió agrupar las percepciones descritas por los participantes en temas clave de carácter emergente que permitieron dar respuesta al objetivo trazado. No se recogieron datos personales que comprometieran el anonimato de los participantes, quienes de manera voluntaria decidieron compartir sus percepciones. A continuación se muestran el número de participantes por tipo de actor:

Tabla 1. Participantes en el análisis de la aplicación del ejercicio

Tipo de actor	Número de participantes
Ente gestor	10
Expertos clínicos	5
IPS	4
Líderes técnicos IETS	2
Total	**21**

Fuente: elaboración propia.

4.7 Propuesta de implementación orientada a la divulgación y socialización para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización de las recomendaciones de la GM, con énfasis en prestadores.

4.7.1 Objetivo general

Divulgar y promover la implementación de la metodología para la adopción, adaptación o desarrollo de novo o actualización de las Guías de Práctica Clínica, con énfasis en prestadores en Colombia.

4.7.1.1 Objetivos específicos

- Socializar la metodología y sensibilizar a los públicos objetivo sobre la importancia de ésta en la creación de GPC.
- Facilitar la interpretación de la metodología por medio de la divulgación del Abecé de la Guía Metodológica para la determinación de la adopción, adaptación o desarrollo de novo de las Guías de Práctica Clínica.
- Promover la adopción de la metodología para la adopción, adaptación o desarrollo de novo de las GPC.

4.7.2 Metodología

La estrategia de divulgación y promoción de la metodología para la adopción, adaptación o desarrollo de novo de Guías de Práctica Clínica en Colombia se basa en cuatro fases: planeación, ejecución, evaluación y sostenibilidad.

En la fase de planeación, que es la que se desarrolla en el presente documento, se evalúan las necesidades y el nivel de conocimiento de los públicos objetivo (áreas de calidad, expertos clínicos y comités de investigación de las IPS), se diseñan las actividades de capacitación y se planean las siguientes tres fases. Luego, la ejecución implica llevar a cabo estos eventos formativos, promoviendo la comprensión y aplicación de la metodología mediante simulaciones prácticas y contenidos digitales, complementados con un seguimiento continuo.

La fase de evaluación se centra en monitorear los resultados mediante indicadores clave, como el número de profesionales capacitados y la tasa de adopción de la metodología en las IPS. Además, se recogen los comentarios para realizar ajustes que aseguren una mejora continua. A largo plazo, en la cuarta fase, se fomenta la creación de alianzas estratégicas y redes de apoyo entre instituciones para garantizar la sostenibilidad de la implementación, permitiendo la actualización y el intercambio de buenas prácticas entre los profesionales involucrados.

5. Resultados

5.1 Ejercicio de aplicación de la metodología con Ministerio de Salud y Protección Social

5.1.1 Selección de participantes y mesas de trabajo

Teniendo en cuentas los criterios establecidos en el numeral 4.1.1, se delegaron técnicos de 2 dependencias del ministerio: de la oficina de calidad y de la dirección de promoción y prevención, de esta última participaron los siguientes grupos:

1. Grupo Curso de vida
2. Grupo gestión integrada de la salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónica subdirección de Enfermedades No Transmisibles.
3. Grupo Gestión Integrada de Enfermedades Endemo epidémicas
4. Subdirección de Enfermedades transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

5.1.2 Determinación de temas prioritarios para GPC

El MSPS, a través de su oficina de Calidad, proporcionó un listado preexistente que recogía las necesidades temáticas de GPC identificadas

entre 2020 y 2021. Este listado, que incluyó aportes tanto del MSPS como de las IPS, fue organizado por temas específicos, áreas clínicas y el tipo de desarrollo requerido (de novo o actualización) (Tabla 2).

Durante las mesas de trabajo realizadas en julio y agosto de 2024, se revisaron y depuraron 86 temas inicialmente postulados que estaban agrupados y organizados en veinte áreas clínicas. La primera depuración fue llevada a cabo por el equipo de metodólogos del IETS y consistió en la revisión y depuración de los 86 temas iniciales quedando 62 temas finales (Tabla 2). Esta información fue suministrada al MSPS, para que surtieran el proceso de priorización de hasta seis temas considerados críticos para ser abordados mediante GPC en el país, por tanto, se suministró la herramienta de priorización desarrollada para que fuera aplicada en este proceso (Ver **numeral 4.2**).
La clasificación para la priorización se organizó mediante la conformación de subgrupos. Los temas inicialmente seleccionados fueron los siguientes: 1) Diagnóstico y manejo de la anemia nutricional en niños menores de cinco años; 2) Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con diabetes mellitus tipo 2; 3) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas; 4) Diagnóstico tratamiento y seguimiento de asfixia perinatal; 5) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial; 6) Atención integral de la sífilis gestacional y congénita.

Tabla 2. Listado resumen de la priorización de temas para GPC por el MSPS

Área Clínica	Temas Iniciales	Temas Finales	Comentarios
Psiquiatría	15	9	Se eliminaron o agruparon temas según criterios de relevancia.
Cirugía	3	0	Temas considerados para protocolos o lineamientos.
Ginecología y Obstetricia	6	5	Se eliminaron temas que no aplican para GPC.
Rehabilitación	1	0	Tema muy general, no aplicable para GPC.
Nefrourología	10	4	Se agruparon temas específicos; algunos considerados para GPC.
Oncología	12	12	Todos los temas fueron considerados para GPC.
Infectología	7	7	Todos los temas fueron considerados para GPC.

Medicina Interna	5	4	Se eliminó un tema, el resto fueron considerados para GPC.
Toxicología	4	5	Se añadió un tema adicional para GPC.
Nutrición	2	2	Todos los temas fueron considerados para GPC.
Genética	2	0	Temas considerados para protocolos o lineamientos.
Oncología Pediátrica	2	0	Actualización en 2024, no considerados para GPC nuevos.
Odontología	4	1	Se eliminaron temas, uno considerado para GPC.
Neuropediatría	1	0	Tema muy general, no aplicable para GPC.
Pediatría	4	4	Todos los temas fueron considerados para GPC.
Neumología	4	3	Un tema considerado para protocolo o lineamiento.
Oftalmología	1	3	Se añadieron dos temas adicionales para GPC.
Gastroenterología	1	1	Tema considerado para GPC.
Cuidados Paliativos	1	1	Tema considerado para GPC.
Cardiología	1	1	Tema considerado para GPC.

Fuente: elaboración propia.

5.1.3 Aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo *de novo* o actualización

5.1.3.1 Construcción de preguntas clínicas

Durante el proceso de construcción de las preguntas clínicas estructuradas por cada uno de los temas priorizados, se desarrollaron y ajustaron preguntas clave, comenzando con una propuesta inicial que fue revisada y mejorada tras recibir retroalimentación de expertos y actores clave del Ministerio de Salud. Este proceso incluyó una votación en dos fases, lo que permitió refinar y priorizar las preguntas más relevantes para cada tema. Finalmente, se seleccionaron las preguntas priorizadas para la aplicación de la metodología de priorización propuesta por la guía de guías (Tabla 3).

Tabla 3. Número de preguntas por temas (versión 1 y 2 cuestionario Google forms) y total de preguntas priorizadas MSPS

Temas priorizados	Número de Preguntas Versión 1	Número de Preguntas Versión 2	Número de Priorizadas por votación (≥80%)
Micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas	6	7	6
Asfixia perinatal	6	7	3
Sífilis gestacional y congénita	7	9	6
Diabetes mellitus tipo 2	13	10	5
Hipertensión arterial	23	20	17
Anemia	6	10	5

Fuente: elaboración propia

5.1.3.2 Revisión de GPC para adopción/adaptación de acuerdo con temas priorizados

Se condujeron dos búsquedas, una en las bases de datos de pubmed y embase; y otra fue una búsqueda manual en organismos desarrolladores y compiladores de GPC. En total se recuperaron 3863 registros; tras remover duplicados se tamizaron 3605 referencias; luego de este proceso se revisó el texto completo de 65 GPC y finalmente, se clasificaron 15 GPC para evaluación con la herramienta AGREE II. En el **Anexo 3.4** se presentan el diagrama de flujo del proceso de selección de las GPC y en los **Anexos 3.5 y 3.6** las guías revisadas.

En total, se evaluaron 15 GPC que abordan los siguientes temas: 2 guías sobre anemia**,** 1 guía sobre micobacterias**,** 6 guías sobre HTA, 5 guías sobre diabetes mellitus tipo II, y 1 guía sobre sífilis congénita y gestacional, utilizando el instrumento AGREE II. De estas, 11 guías obtuvieron un puntaje igual o superior al 60% en el dominio 3, que evalúa el "rigor en la elaboración", y 12 guías alcanzaron un puntaje igual o superior al 60% en el dominio 6, que se refiere a la "independencia editorial". En cuanto a los temas específicos: las GPC sobre anemia y sífilis congénita y gestacional, superaron el 60% en ambos dominios; las guías sobre diabetes mellitus tipo 2 también obtuvieron buenos resultados en estos dominios. En HTA, 5 de las 6 guías cumplieron con los estándares, a excepción de la guía "Executive summary of the 2020 clinical practice guidelines for the management of hypertension in the Philippines"(19), que no superó el 60% en ninguno de los dos dominios. En cuanto a la

GPC sobre micobacterias, esta superó el umbral en ambos dominios. Finalmente, para el tema de asfixia perinatal no se recuperaron GPC.

5.1.3.3 Extracción de recomendaciones

Se revisaron todas las GPC de buena calidad según el AGREE II, y se extrajeron las recomendaciones que respondían a las preguntas clínicas formuladas para los temas priorizados por el MSPS. A partir de este análisis, se concluyó que, para los temas de asfixia perinatal y anemia nutricional en menores de 5 años**,** ninguna de las GPC respondía a las preguntas priorizadas, lo que evidenció la necesidad de elaborar GPC de novo. En cuanto a HTA**,** de las 6 guías evaluadas, 5 respondían de manera parcial o total a las preguntas priorizadas; sin embargo, se seleccionaron 3 por ser las que respondían al mayor número de preguntas. Para micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas**,** la única GPC disponible ofrecía una respuesta parcial. En el caso de sífilis congénita y gestacional, la guía también respondía parcialmente a una pregunta. Respecto a diabetes mellitus tipo 2, de las 5 guías evaluadas, solo 2 respondieron de manera completa o parcial a las preguntas clínicas priorizadas. Las preguntas que no se pudieron responder con las GPC deberán ser desarrolladas de novo (Tabla 4)

Tabla 4. Relación de GPC evaluadas y que responden las preguntas priorizadas por temas MSPS

Temas priorizados	**Número de GPC con calidad según AGREE II**	**Número de GPC que responden a las Preguntas priorizadas**	**Número de preguntas priorizadas por votación (≥80%)**	**Número de preguntas que son respondidas por las GPC/ número de preguntas que no son respondidas por la GPC**	**Decisión**
Micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas	1	1	6	3 (Parcialmente)	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				8	*De novo*
Asfixia perinatal	0	0	3	0	*De novo*

Sífilis gestacional y congénita	1	1	7	1 (Parcialmente)	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				6	*De novo*
Diabetes mellitus tipo 2	5	2	5	2	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				3	*De novo*
Hipertensión arterial	6	5*	17	11 (Parcialmente/totalmente)	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				6	*De novo*
Anemia nutricional en menores de 5 años	2	0	3	0	*De novo*
**De estas se seleccionaron 3 GPC dado que respondía el mayor número de preguntas según los diferentes ámbitos abordados en las preguntas elaboradas para la GPC*					

Fuente: elaboración propia

5.1.3.4 Decisión de adopción/adaptación o desarrollo de novo

5.1.3.4.1 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas

En el marco de la revisión de guías de práctica clínica (GPC) para el manejo integral de la micobacteriosis atípica o Micobacterias no tuberculosas, se realizó un proceso sistemático de búsqueda y evaluación de las guías disponibles. Este proceso incluyó la revisión de las guías a través de bases de datos y organismos desarrolladores de GPC.
La guía seleccionada fue la Guía ATS/ERS/ESCMID/IDSA 2020(20) desarrollada por Daley et al., que proporciona directrices detalladas para el manejo de Mycobacterium avium complex (MAC) y otras micobacterias no tuberculosas (MNT). Esta guía fue usada como base para la evaluación y discusión en la mesa de trabajo con expertos, ya que, aunque respondía

parcialmente 3 de las preguntas priorizadas (**Anexo 3.1.1**), pero las GPC existentes no cubrían completamente todas las subpoblaciones de MNT ni todas las preguntas clínicas planteadas.

La sesión con expertos se convocó para revisar y evaluar las recomendaciones clínicas sobre el tratamiento de las infecciones pulmonares por **Micobacterias No Tuberculosas (MNT)**, especialmente el tratamiento del **Mycobacterium avium complex (MAC)**, utilizando la metodología **AGREE-REX**. Las reuniones se llevaron a cabo a través de Microsoft Teams, con la participación de expertos en medicina interna e infectología.

El objetivo fue evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones existentes en la práctica clínica y su adaptación a contextos locales, así como identificar áreas donde se requieren desarrollos adicionales para otras especies de MNT como **M. kansasii**, **M. xenopi**, y **M. abscessus**.
Se realizó la votación de las recomendaciones utilizando los formularios de **AGREE-REX**, lo que permitió a los expertos evaluar de manera sistemática la **aplicabilidad** y **calidad** de las recomendaciones. Los resultados indicaron que las recomendaciones actuales responden bien a subpoblaciones específicas de MAC, pero no son aplicables a otras especies de MNT.

- **Pregunta 3: ¿Es efectivo y seguro tratar la enfermedad con un régimen de 3 medicamentos que incluya un macrólido (claritromicina o azitromicina) en comparación con un régimen sin macrólido?**

    - ***3.1: En pacientes con MAC susceptible a macrólidos, ¿deberían recibir un régimen de tres fármacos que incluya un macrólido?***

Recomendación: **Se recomienda un régimen de 3 fármacos que incluya un macrólido.** **No generalizable a otras MNT.**
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: baja
Concepto de clínicos: - Hay problemas en cuanto a la población que padece de la infección, se trata de paciente con condiciones de base. La recomendación está sustentada en una población que tiene confirmación de la susceptibilidad del micro organismo para macrólidos. Por lo tanto, se debe valorar que tan disponible se encuentra esta tecnología en el país.

- No presenta régimen dispuesto y dosificación, hace imposible programar esquemas terapéuticos y dosificación, así como disponibilidad del paciente dado el número de comprimidos y el riesgo de resistencia. Tampoco permite establecer disponibilidad de medicamentos
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: La decisión de desarrollar una nueva recomendación para el tratamiento de pacientes con MAC susceptible a macrólidos surge de varias limitaciones de la recomendación, ya que la confirmación de susceptibilidad no está disponible en todos los contextos, dificultando su implementación. Además, no se consideran adecuadamente los valores y preferencias de pacientes y profesionales, lo que genera

- **Pregunta 4: ¿Es efectivo y seguro añadir amikacina inhalada al régimen de tratamiento estándar en comparación con no añadirla?**
    - ***4.1: En pacientes con MAC susceptible sin enfermedad estructural, ¿es efectiva la adición de amikacina inhalada?***
    - ***4.2: En pacientes con MAC refractaria, ¿es segura la adición de amikacina inhalada al régimen estándar?***

Recomendaciones: **<u>Recomendación 1:</u> No se recomienda añadir amikacina en el tratamiento inicial de MAC susceptible (recomendación condicional, certeza baja).** **<u>Recomendación 2:</u> Se recomienda añadir amikacina inhalada para pacientes con MAC refractaria (recomendación fuerte, certeza moderada).**
Fuerza de la recomendación: a) condicional, b) fuerte
Nivel de evidencia: a) baja, b) moderada
Concepto de clínicos: - Muy viable y aceptable, porque recomienda no usar un medicamento de alto costo y difícil de administrar en régimen primario, sin embargo, es necesario evaluar dentro del contexto local la recomendación con expertos, debido a la muy baja calidad de la evidencia, y por ende la incertidumbre sobre el estimados.
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Para pacientes con MAC susceptible sin enfermedad estructural, la recomendación de no añadir amikacina inhalada es ampliamente aceptada y viable, pero debe desarrollarse de nuevo la recomendación para abordar la incertidumbre en la evidencia, mejorar la equidad y asegurar una mayor aplicabilidad en contextos diversos. Aunque es una opción preferida por los pacientes y profesionales de la salud, se necesita una revisión para garantizar que esté completamente adaptada a las circunstancias locales y que sea aplicable de manera efectiva. Para pacientes con MAC refractaria, la recomendación de añadir amikacina inhalada al régimen estándar presenta serias dificultades de aplicabilidad, equidad, aceptabilidad y viabilidad. Si bien puede ser efectiva en algunos casos, las barreras relacionadas con el acceso al tratamiento, el uso de recursos y la inequidad en el acceso limitan su

implementación en muchos contextos. Por ello, es necesario desarrollar de nuevo esta recomendación para que se adapte mejor a las circunstancias locales y garantice un acceso equitativo y efectivo al tratamiento.

- **Pregunta 5: ¿Es efectiva una duración prolongada del tratamiento (más de 12 meses) en comparación con una duración estándar (menos de 12 meses) para reducir la recurrencia de la infección?**
    - ***5.1: En pacientes con MAC, ¿es efectiva una duración de tratamiento mínima de 12 meses después de la conversión del cultivo?***

Recomendación: Se sugiere una duración mínima de 12 meses de tratamiento después de la conversión del cultivo (recomendación condicional, certeza baja).
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: baja
Concepto de clínicos: Los principales problemas de la recomendación tienen que ver con la baja calidad de la evidencia sobre la que se sustenta la recomendación, por lo que esta debería estar respalda por un consenso de expertos locales.
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Dado que existen incertidumbres importantes sobre la efectividad de una duración prolongada del tratamiento y la recomendación actual no es aplicable de manera uniforme en todos los contextos, es necesario desarrollarla nuevamente. Un enfoque basado en una revisión más exhaustiva de la evidencia, complementado con el consenso de expertos locales, garantizará una recomendación más efectiva y equitativa, capaz de responder mejor a las necesidades de los pacientes y del sistema de salud.

- **Pregunta 3.1:** Se identificaron problemas con la población seleccionada que debería ser más específica y la inconsistencia de la evidencia disponible sobre el uso de macrólidos.
- **Pregunta 4.1:** La recomendación de no utilizar amikacina inhalada en el tratamiento inicial de MAC mostró una aplicabilidad moderada pero para el contexto del país su viabilidad limitada.
- **Pregunta 4.2:** La adición de amikacina inhalada en MAC refractaria fue mejor evaluada, pero con dificultades en la implementación en ciertos contextos debido a disponibilidad.
- **Pregunta 5.1:** La evidencia sobre la duración prolongada del tratamiento sigue siendo baja, lo que limita su aplicabilidad en diversos escenarios clínicos.

Micobacterias No Tuberculosas y Esquemas de Tratamiento

A continuación, se detallan los esquemas de tratamiento recomendados para las especies de MNT, destacando la necesidad de desarrollar enfoques diferenciados (21–23)

Tabla 5. Esquemas de Tratamiento por Micobacteria

Fuente: elaboración propia con base en las GPC revisadas

Micobacteria	Tratamiento Recomendado	Comentarios Adicionales
Mycobacterium avium complex (MAC)	Claritromicina/Azitromicina, Rifampicina/Rifabutina, Etambutol. En casos severos, añadir amikacina inhalada para pacientes refractarios.	Duración mínima de 12 meses tras conversión de cultivos. No generalizar este esquema a otras micobacterias.
Mycobacterium kansasii	Rifampicina, Etambutol, Claritromicina/Azitromicina.	Se debe evaluar la sensibilidad a rifampicina.
Mycobacterium xenopi	Rifampicina, Etambutol, Claritromicina, Isoniazida.	Puede requerirse tratamiento de hasta 24 meses, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.
Mycobacterium abscessus	Cefoxitina/Imipenem, Amikacina, Claritromicina (si es sensible).	Tratamientos ajustados según antibiograma.
Mycobacterium fortuitum	Quinolonas, Amikacina, Cotrimoxazol.	Sensibilidad antimicrobiana variable, ajustar según antibiograma.
Mycobacterium marinum	Rifampicina, Etambutol, Claritromicina.	Requiere tratamiento de 3-6 meses, no usar monoterapia.
Mycobacterium ulcerans	Rifampicina, Claritromicina, Estreptomicina.	Se trata de forma quirúrgica en muchos casos; asociar tratamiento

Los resultados de la evaluación mediante AGREE-REX indican que las recomendaciones sobre el tratamiento de Mycobacterium avium complex (MAC) responden a subpoblaciones específicas, como pacientes con MAC susceptible a macrólidos y aquellos con MAC refractaria. Sin embargo, las recomendaciones no pueden generalizarse a todas las micobacterias no tuberculosas (MNT) ni a todos los subtipos de MAC, lo que destaca la necesidad de desarrollar nuevas guías para otras variantes como M. xenopi. Aunque algunas recomendaciones, como el uso de amikacina inhalada en MAC refractaria, fueron evaluadas positivamente por su

implementabilidad, la mayoría presentó limitaciones debido a la baja certeza de la evidencia y dificultades en la aplicabilidad a contextos locales con recursos limitados. En conclusión, se requieren más adaptaciones y desarrollo de nuevas guías para cubrir poblaciones no abordadas en las recomendaciones de las guías existentes.

5.1.3.4.2 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de sífilis gestacional y congénita

La mesa de trabajo sobre sífilis gestacional se llevó a cabo en modalidad virtual, con la participación de dos expertos clínicos especialistas Infectología pediátrica, Ginecobstetricia y Perinatal. Con uno de los expertos, la sesión fue sincrónica, realizada en tiempo real, mientras que con el otro se realizó de manera asincrónica, a quien se le compartió vía correo una presentación que incluía la pregunta clínica priorizada junto con sus respectivas recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas, además de la evidencia disponible que respaldaba cada recomendación. El objetivo fue obtener su postura y análisis crítico sobre cada recomendación. Simultáneamente, a ambos se les envió el cuestionario basado en AGREE-REX para evaluar los aspectos temáticos que aborda esta herramienta.

La GPC seleccionada para responder la pregunta 2 (**Anexo 3.3**) donde se dio respuesta completa a la pregunta fue: Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum (syphilis) and new recommendations on syphilis testing and partner service (24). Para las demás preguntas no se identificaron GPC que las respondieran.

A continuación, se presenta la pregunta priorizada junto con las recomendaciones para abordarlas, acompañadas de la fuerza y el nivel de evidencia que las respalda. También se incluyen los comentarios proporcionados por la mesa de trabajo de expertos durante el ejercicio, así como los puntajes del AGREE-Rex, que fueron utilizados para tomar decisiones respecto a las recomendaciones, siguiendo la metodología Adolopment:
Pregunta 2. :¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional?

Recomendación: Sífilis temprana (sífilis primaria, secundaria y latente temprana de no más de dos años' duración) en mujeres embarazadas <u>Recomendación 1:</u> En mujeres embarazadas con sífilis temprana, La OMS recomienda: benzatina penicilina G 2,4 millones de unidades una vez por vía intramuscular. <u>Recomendación 2:</u> Si la penicilina benzatina no está disponible, OMS sugiere: procaína penicilina 1,2 millones de unidades por vía intramuscular una vez al día durante 10 días. En situaciones raras en las que la penicilina benzatina o procaína no se puede usar (por ejemplo, debido a una alergia confirmada a la penicilina, que ocurre en menos del 3% de la población, y donde no es posible la desensibilización de la penicilina) o no están disponibles (por ejemplo, debido a las reservas) OMS sugiere una de las siguientes opciones con precaución y seguimiento mejorado: ceftriaxona 1 g por vía intramuscular una vez al día durante 10–14 días; o eritromicina 500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 14 días. Sífilis tardía (sífilis latente y terciaria tardía de más de dos años' duración sin evidencia de infección treponémica), o duración desconocida de la infección en mujeres embarazadas <u>Recomendación 3:</u> En mujeres embarazadas con sífilis tardía o una duración desconocida de la infección La OMS recomienda: benzatina penicilina G 2,4 millones de unidades por vía intramuscular una vez a la semana durante tres semanas consecutivas. <u>Recomendación 4:</u> Si la penicilina benzatina no está disponible, OMS sugiere: procaína penicilina 1,2 millones de unidades por vía intramuscular una vez al día durante 20 días. En situaciones raras en las que la penicilina benzatina o procaína no se puede usar (por ejemplo, debido a una alergia confirmada a la penicilina, que ocurre en menos del 3% de la población, y donde no es posible la desensibilización de la penicilina) o no están disponibles (por ejemplo, debido a las reservas) OMS sugiere uso, con precaución y seguimiento mejorado: eritromicina 500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 30 días.
Fuerza de la recomendación: 1) Fuerte 2) condicional 3) Fuerte 4) Condicional
Nivel de evidencia: muy baja

Concepto de clínicos: 1. Siempre dejar en claro cuando se requiera el uso de la eritromicina que no cubre al recién nacido y este debe someterse a tratamiento para sífilis congénita al nacer 3. Aplicabilidad muy baja, por la adherencia, 10 días es mucho con la procaína, no funcionan las alternativas por adherencia la ceftriaxona 4. Valores y preferencias: los miedos de anafilaxia son de los médicos y los pacientes desconocen los efectos, para las no benzatinas los valores si son muy bajos (3) la evidencia es mala y las dosis son demasiado largas 5. Costos: las penicilinas son baratas, eritromicina (5) y ceftriaxona (3) es muy cara 6. Aceptabilidad: riesgo de no tratar es mayor 7. Viabilidad: solo para benzatina las otras opciones no son muy aplicables al contexto,
Decisión: Adaptación
Justificación: La adaptación de la recomendación para el tratamiento de la sífilis gestacional se basa en varios aspectos clave para su implementación en diferentes contextos. La penicilina benzatina sigue siendo la opción preferida por su viabilidad, bajo costo y buena aceptación por parte de pacientes y profesionales. Sin embargo, las alternativas como la procaína penicilina, ceftriaxona y eritromicina presentan problemas de adherencia, disponibilidad y costos, lo que justifica ajustar la recomendación según las circunstancias locales. Si bien la penicilina benzatina es ampliamente aceptada, las alternativas, como la procaína penicilina (tratamiento de 10 días) y la ceftriaxona, tienen baja adherencia, dificultando su aplicación. Además, las preocupaciones de los médicos por los riesgos de anafilaxia y la falta de información de los pacientes sobre esos riesgos afectan las decisiones. Es importante aclarar que la eritromicina no protege al recién nacido, quien necesitará tratamiento específico para evitar la sífilis congénita. Dado que las alternativas son más costosas y con menor aceptación, la penicilina benzatina se prioriza por ser más accesible y viable. La adaptación de la recomendación debe optimizar el uso de tratamientos más costosos, reservándolos solo para casos en los que la penicilina no sea una opción. Así, se busca mejorar la adherencia, optimizar los recursos y ofrecer un enfoque más eficaz y equitativo para el manejo de la sífilis gestacional, protegiendo tanto a la madre como al recién nacido.

5.1.3.4.3 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de diabetes mellitus tipo 2

La mesa técnica para diabetes mellitus tipo 2 se realizó de manera asincrónica, con la participación de dos expertos clínicos especialistas en endocrinología, a quienes se les compartió vía correo una presentación con las dos preguntas clínicas priorizadas con sus respectivas recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas, adicionalmente la evidencia disponible que soportaba cada recomendación. El objetivo fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación.

Las dos GPC seleccionadas para responder las dos preguntas expuestas en la mesa de trabajo con expertos y que dieron respuesta completa a cada pregunta fueron: Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) del Ministerio de Salud de Argentina del año 2019 (25) y, Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus 2 en la persona adulta mayor. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones del CENETEC, año 2021 (26), basada en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodológico fue >60% (**Anexo 3.6**).

A continuación, se presentan las preguntas priorizadas, las recomendaciones para abordarlas, de la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados en la mesa de trabajo con expertos sobre el ejercicio y los puntajes del AGREE-Rex para tomar las decisiones respecto a la recomendación, con base en lo expuesto en la metodología del Adolopment. Para las tres preguntas que no se respondieron con las GPC seleccionadas, procede el desarrollo de novo.

- **Pregunta 2: ¿Debería usarse las pruebas de HbA1c; glucosa plasmática en ayunas; glucosa plasmática a las 2 horas durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa o de glucosa aleatoria con síntomas hiperglucémicos para el diagnóstico de DMT2 en personas adultas ≥18 años asintomáticos?**

Recomendaciones:
Recomendación 1:
Se sugiere realizar glicemia plasmática en ayunas para mejorar la detección de DM2:
• En población general a partir de los 45 años,
• En menores de 45 años que presenten al menos un factor de riesgo.
*Si el resultado es normal, repetir cada 3 a 5 años o más frecuentemente según criterio médico.
Recomendación 2:
La hemoglobina A1c (HbA1c) presenta baja sensibilidad como prueba de diagnóstico de DM2, asociada a mayor costo, menor disponibilidad y falta de estandarización en la mayor parte de los efectores de nuestro medio. Se sugiere no utilizar la HbA1c como prueba inicial para la detección de DM2.
Recomendación 3:
Ante alteraciones de la glucemia plasmática en ayunas, se recomienda una segunda prueba para detección de casos de DM2. Si presenta:
• Glucemia alterada en ayunas (GAA: 110 a 125 mg/dl sin factores de riesgo o 100 a 125 mg/dl con factores de riesgo para DM2): solicitar PTOG75 de forma preferencial o GPA periódicas.
• GPA igual o mayor de 126 mg/dl: repetir GPA.

• Glucemias discordantes (una GAA y una glucemia normal): solicitar PTOG75 de forma preferencial o GPA periódicas. • Glucemias discordantes (una determinación de GPA igual o mayor a 126 mg/dl y una GPA normal): repetir GPA o bien PTOG75. Recomendación 4: En el caso de presentar limitaciones prácticas o clínicas para realizar PTOG75, se sugiere considerar como alternativa, la HbA1c estandarizada para confirmación del diagnóstico de DM2, ante: • Glicemia alterada en ayunas: 110 a 125 mg/dl sin factores de riesgo ó 100 a 125 mg/dl con factores de riesgo para DM2; • glucemias discordantes: una GAA o un registro de glucemia igual o mayor a 126 mg/dl; más una glucemia normal.
Fuerza de la recomendación: 1) condicional a favor; 2) condicional en contra; 3) fuerte a favor (recomendación clave); 4) condicional a favor
Nivel de evidencia: 1) baja, 2) moderada, 3) moderada, 4) moderada
Concepto de clínicos: Se consideró que la edad para el inicio del tamizaje debería reducirse puesto que la población latinoamericana tiene una mayor prevalencia de Diabetes y el retraso en el diagnóstico está relacionado con el incremento en la probabilidad de presentar complicaciones microvasculares. También debería hacerse énfasis en la recomendación del tamizaje a cualquier edad en los pacientes con sobrepeso y obesidad y al menos un factor de riesgo adicional, puesto que la prevalencia de Diabetes en este grupo poblacional es mayor. Si bien la hemoglobina glicosilada tiene un rendimiento diagnóstico similar a la glicemia en ayunas a un costo más alto debe dejarse condicionada dentro de las pruebas diagnósticas iniciales, adicional al diagnóstico permite evaluar la severidad de las hiperglicemias y en el paciente en quién se sospecha hiperglicemias secundarias permite hacer el diagnóstico diferencial de diabetes.
Decisión: Adaptación
Justificación: La recomendación para el diagnóstico de DM2 debe adaptarse debido a la mayor prevalencia de la enfermedad en la población latinoamericana, donde el diagnóstico tardío aumenta el riesgo de complicaciones. La prueba de glicemia plasmática en ayunas sigue siendo la más accesible y de bajo costo, por lo que es preferible en la mayoría de los casos. Sin embargo, la edad de inicio del tamizaje debe reducirse, y se debe priorizar a personas con sobrepeso, obesidad y factores de riesgo, dado que estas poblaciones tienen un mayor riesgo de desarrollar DM2. Aunque la hemoglobina glicosilada (HbA1c) tiene un rendimiento similar, su mayor costo y menor disponibilidad limitan su uso inicial, por lo que debe reservarse para casos específicos, como glucemias discordantes o cuando no se puede realizar la prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG75). Adaptar la recomendación optimiza el uso de recursos, mejora la equidad en el acceso al diagnóstico y permite una detección más temprana y eficaz, ajustada a las necesidades locales y a las limitaciones de los entornos clínicos.

- **Pregunta 3: ¿Deberían usarse objetivos glucémicos específicos (HbA1c <7% y/o TIR >70%) en personas adultas con DMT2 mayores de 65 años y/o con**

comorbilidades, para reducir la incidencia de hipoglucemia sin comprometer la calidad de vida?

Recomendación:
Recomendación 1:
Los médicos que atienden a adultos mayores con diabetes deben tener en cuenta esta heterogeneidad al establecer y priorizar los objetivos del tratamiento.
Recomendación 2:
Se recomienda que en el proceso de individualizar las metas de control glucémico de la persona mayor con DM2, se tome en cuenta la carga de la expectativa de vida, comorbilidad, la cognición y la capacidad funcional.
Recomendación 3:
Grupo 1: Persona adulta mayor con buen estado de salud.
Sin comorbilidad o con baja carga de comorbilidad.
Adecuada función cognoscitiva.
Capacidad funcional conservada. (sin fragilidad)
Se debe aspirar a metas de control glucémico estrictas con:
HbA1c menor a 7.5%.
Glucosa de ayuno entre 90-130 mg/dL.
Glucosa precena entre 90-150 mg/dL.
Presión arterial menor de 140/90mmHg.
Uso de estatinas si se tolera y no hay contraindicación.
Recomendación 4:
Grupo 2: Persona adulta mayor con estado de salud regular.
Aquellos con 3 o más enfermedades crónicas.
Trastorno neurocognoscitivo mayor o demencia leve.
Dependencia para dos o más actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) (Ver anexo 3.2, cuadro 8).
Con síndrome de fragilidad.
Riesgo de hipoglucemia y de caídas.
Se recomienda un control glucémico con metas más laxas:
HbA1c menor a 8.0%.
Glucosa de ayuno entre 90-150 mg/dL.
Glucosa precena entre 100-180 mg/dL.
Presión arterial menor de 140/90mmHg.
Uso de estatinas si se tolera y no hay contraindicación.
Vigilancia de hipoglucemia.
Recomendación 5:
Grupo 3: Persona adulta mayor con pobre estado de salud.
Aquéllos con enfermedad terminal.
Trastorno neurocognoscitivo mayor o demencia en etapa moderada a grave.
Dependencia en dos o más actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
En terapia sustitutiva renal o enfermedad renal crónica estadio 5.
Se recomienda un control glucémico menos estricto con metas:
HbA1c menor a 8.5%.
Glucosa de ayuno entre 100-180mg/dL.
Glucosa precena entre 110-200 mg/dL.
Presión arterial menor de 150/90mmHg.
Considerar beneficio de estatinas.

Evitar hipoglucemia. Recomendación 6: En etapas finales de la vida, se recomienda evitar hiperglucemia o hipoglucemia sintomáticas. La medición de HbA1C no está recomendada
Fuerza de la recomendación: 1) C, 2) C, 3) D y fuerte a favor, 4) D y débil a favor, 5) D y débil a favor, 6) D
Nivel de evidencia: 1) Nivel 2+ y 2++, 2) baja, 3) Nivel 3 y 4, 4) Nivel 3 y 4, 5) Nivel 3 y 4, 6) Nivel 3 y 4
Concepto de clínicos: Las recomendaciones respecto a las metas de control en el grupo de paciente mayores de 65 años deben individualizarse de acuerdo con las características del paciente cómo comorbilidades y fragilidad.
Decisión: Adaptación
Justificación: La decisión de optar por la adaptación de la recomendación se basa en la necesidad de ajustar las metas de control glucémico a las características específicas de los adultos mayores con DM2, especialmente considerando comorbilidades y fragilidad. La evidencia muestra que no todos los pacientes mayores de 65 años se benefician de las mismas metas glucémicas estrictas; por ello, individualizar las metas según su estado de salud es esencial para evitar complicaciones como la hipoglucemia y mejorar su calidad de vida. La adaptación permite ajustar las recomendaciones existentes a las realidades clínicas y los recursos disponibles en diferentes contextos, manteniendo los principios básicos, pero optimizando su aplicabilidad. En este caso, la individualización de las metas, como establecer objetivos más estrictos para los pacientes en mejor estado de salud (Grupos 1 y 2) y más flexibles para aquellos con mayor carga de comorbilidades o fragilidad (Grupo 3), hace que la recomendación sea más viable y equitativa, mejorando tanto la efectividad del tratamiento como la aceptación por parte de los profesionales de la salud y los pacientes

5.1.3.4.4 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de hipertensión arterial en adultos

Esta mesa de trabajo se llevó a cabo de manera virtual sincrónica con participación de dos expertos clínicos especialistas en medicina interna y cardiología, a quienes se les presentaron doce preguntas clínicas junto con las recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas, además de la evidencia disponible que sustentaba cada recomendación. El objetivo fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación. Posteriormente, se les envió un cuestionario basado en AGREE-REX para facilitar la toma de decisiones sobre cada recomendación, asegurando que el proceso de evaluación fuera estructurado, garantizando el abordaje de aspectos clave de manera sistemática, como la aplicabilidad clínica, los valores de los pacientes y la implementabilidad de las recomendaciones.

Evitando la omisión de elementos importantes y proporcionando una base consistente para la evaluación de las recomendaciones.

A continuación, se presentan las preguntas priorizadas y las recomendaciones para abordarlas en los casos en que se identificó recomendaciones de otras GPC que respondían a dichas preguntas, la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados por los expertos sobre el ejercicio y los puntajes del AGREE-Rex para tomar las decisiones respecto a la recomendación, con base en lo expuesto en la metodología del Adolopment. Desde las GPC seleccionadas (basado en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodológico fue >60%), doce de las diecisiete preguntas fueron respondidas por las recomendaciones de las GPC: directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos de la Organización Mundial de la Salud del año 2021(27), Hypertension in adults: diagnosis and management de NICE, año de actualización 2023 (28), y promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención del CENETEC (29). Para las preguntas que no fueron respondidas desde otras GPC, las recomendaciones se deben desarrollaron de novo.

A continuación, se presentan las preguntas sometidas al análisis de la mesa técnica con expertos, junto con sus respectivas recomendaciones y la decisión final, según la aplicación de la metodología Adolopment:

- **Pregunta 1: ¿Qué método se prefiere entre método auscultatorio o automatizado con intervalos variables, comparado con MAPA para diagnóstico de HTA?**

Recomendación: El monitoreo de la presión arterial de forma ambulatoria (MAPA) es el método de elección para el diagnóstico de hipertensión, y la evaluación precisa del riesgo cardiovascular en adultos > 18 años, independientemente si la presión arterial se encuentra elevada o normal en la toma en el consultorio; evita diagnósticos erróneos y sobretratamiento de personas con hipertensión clínica aislada.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: A
Concepto de clínicos: -La respuesta no es suficiente y no es claro cómo aplicar el rendimiento diagnóstico para una recomendación. -La idea de determinar la mejor tecnología para el diagnóstico de la presión arterial e incluir el mapa como recomendaciones trae problemas de factibilidad, viabilidad y equidad. El MAPA no se encuentra disponible para todos los pacientes.
Decisión: Desarrollo de novo.

Justificación: Aunque el MAPA es considerado el estándar de oro para el diagnóstico preciso de hipertensión su uso enfrenta problemas de factibilidad, viabilidad y equidad, ya que no está disponible en todos los entornos o para todos los pacientes. Esto genera barreras significativas en la implementación de la recomendación, especialmente en contextos con recursos limitados. La baja aplicabilidad clínica y la dificultad para asegurar que el MAPA esté accesible para la población general hacen necesario desarrollar una nueva recomendación que tome en cuenta estos factores. Adicionalmente, desarrollar una nueva recomendación también se basa en que la respuesta actual no es suficiente, y no está claro cómo aplicar el rendimiento diagnóstico del MAPA de manera efectiva en una recomendación práctica

- **Pregunta 2: ¿Cuál es la concordancia y rendimiento diagnóstico de las pruebas más utilizadas en la detección de órgano blanco?**

Recomendación: A toda persona con hipertensión se recomienda para la evaluación clínica y daño a órgano blanco realizando los siguientes estudios: • Determinación de proteínas en la orina (estimación de la relación albúmina/ creatinina) • Prueba de hematuria por examen de orina o tira reactiva • Hemoglobina glicosilada (HbA1C) • Electrolitos • Creatinina y tasa de filtración glomerular • Colesterol total y colesterol HDL • Examinar el fondo de ojo para detectar la presencia de retinopatía hipertensiva • Electrocardiograma de 12 derivaciones
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: D
Concepto de clínicos: -La pregunta debería realizarse para la evaluación de cada órgano y los paraclínicos, de acuerdo con los conocimientos actuales, dividirse en paraclínicos de órgano blanco y de búsqueda de otras enfermedades. -La respuesta no es adecuada dada la naturaleza de la pregunta la cual abarca múltiples órganos.
Decisión: Desarrollo de novo.
Justificación: La decisión de desarrollar de novo esta recomendación se justifica por la falta de claridad y precisión en la respuesta actual, que abarca múltiples órganos sin especificar adecuadamente las pruebas necesarias para cada uno. Los clínicos sugieren que la pregunta debe ser desglosada para evaluar de manera más específica el daño a cada órgano blanco y para diferenciar entre los paraclínicos destinados a detectar daño a órganos específicos y aquellos que buscan otras enfermedades asociadas. Además, la recomendación actual no es adecuada debido a su enfoque generalizado, lo que genera confusión sobre qué pruebas deben priorizarse según el órgano afectado. Esto permitirá una evaluación más precisa y personalizada, mejorando la aplicabilidad clínica, la viabilidad y la equidad en la detección de daño a órganos, garantizando un uso más eficiente de los recursos y facilitando su aceptación por parte de los profesionales de la salud.

- **Pregunta 3: ¿Debería usarse una escala para la clasificación del riesgo cardiovascular, en población adulta colombiana con sospecha o diagnóstico de HTA?**

Recomendación: -Se recomienda utilizar herramientas para estratificar el riesgo cardiovascular en los pacientes con factores de riesgo, sobre todo en aquellos con alto riesgo derivado de padecimientos como hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad. -Se recomienda utilizar herramientas pronósticas de riesgo cardiovascular como la escala de riesgo de Framingham, la escala modificada de riesgo de Framingham, la escala PROCAM, Framingham – REGICOR, la calculadora de riesgo JBS, las cartas predictoras de riesgo cardiovascular de la OMS, QRisk, las gráficas de evaluación sistemática de riesgo coronario (SCORE), de la sociedad europea de cardiología, entre otras.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: A
Concepto de clínicos: -Se decide no votar esta recomendación dado que se especifica que debe realizarse en población colombiana y esta guía trae una recomendación para población general.
Decisión: Desarrollo de novo.
Justificación: No se encontraron recomendaciones procedentes de GPC publicadas que respondan a la pregunta clínica priorizada

- **Pregunta 4: ¿Cuál es el umbral de las cifras tensionales para realizar el diagnóstico de HTA primaria en adultos?**

No se identificaron recomendaciones que respondieran a esta pregunta
Decisión: Desarrollo de novo.

- **Pregunta 5: ¿Debe utilizarse la estratificación del riesgo cardiovascular para guiar el inicio de la medicación antihipertensiva?**

Recomendación: -Utilice una estimación formal del riesgo cardiovascular para discutir el pronóstico y las opciones de tratamiento médico en personas con hipertensión, tanto para la presión arterial elevada como para otros factores de riesgo modificables. -Estime el riesgo cardiovascular de acuerdo con las recomendaciones sobre la identificación y evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular (en la guía de NICE sobre enfermedad cardiovascular, 2023). Use la presión arterial medida en la clínica (MCPA) para calcular el riesgo cardiovascular.
Fuerza de la recomendación: débil a favor
Nivel de evidencia: consenso de expertos
Concepto de clínicos:

Para la estratificación del riesgo cardiovascular, se debe contar con una elección de escala adecuada para dirigir el tratamiento, enfocándose en la búsqueda de terapias intensivas si es necesario en lo casos de alto riesgo
Decisión: Desarrollo de novo.
Justificación: desarrollar una recomendación de novo radica en la falta de claridad y precisión en la recomendación actual. No se define adecuadamente el objetivo de la estratificación del riesgo cardiovascular ni qué escala debe utilizarse para guiar el inicio del tratamiento antihipertensivo.

Pregunta 6: ¿Deben realizarse pruebas de laboratorio antes de iniciar los tratamientos farmacológicos o al ajustarlos?

Recomendación: - A toda persona con hipertensión se recomienda para la evaluación clínica y daño a órgano blanco realizando los siguientes estudios: • Determinación de proteínas en la orina (estimación de la relación albúmina/ creatinina) • Prueba de hematuria por examen de orina o tira reactiva • Hemoglobina glicosilada (HbA1C) • Electrolitos • Creatinina y tasa de filtración glomerular • Colesterol total y colesterol HDL • Examinar el fondo de ojo para detectar la presencia de retinopatía hipertensiva • Electrocardiograma de 12 derivaciones
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
Nivel de evidencia: Consenso de expertos
Concepto de clínicos: - Es una pregunta sin una población ni objetivos específicos, por esto, los resultados no son de buena calidad - La pregunta no se encuentra claramente formulada por lo que la recomendación no es clara. La intervención de si tomar paraclínicos para ajustar el tratamiento podría evaluarse para reducir eventos adversos o para intensificar la terapia. Para lo segundo, esto ya se encontraría en el apartado de órgano blanco.
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: necesidad de reformular la pregunta de manera más clara y específica, lo que permitirá obtener respuestas más precisas y útiles para la práctica clínica.

- **Pregunta 7: ¿Qué tipo de fármacos (betabloqueadores, antagonistas del calcio, diuréticos, IECA o ARA) deben utilizarse como medicamentos de primera línea en los adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico?**

Recomendación: -Para los adultos hipertensos que requieren tratamiento farmacológico, se recomienda utilizar como tratamiento inicial fármacos de cualquiera de las tres clases de medicamentos antihipertensivos que figuran a continuación: tiacidas y análogos tiacídicos; inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA); antagonistas del calcio dihidropiridínicos de acción prolongada.
Fuerza de la recomendación: Sólida
Nivel de evidencia: Alta
Concepto de clínicos: Ninguno
Decisión: Adopción
Justificación: La recomendación está respaldada por evidencia sólida, proveniente de estudios clínicos controlados que demuestran reducciones significativas en eventos cardiovasculares como infartos no fatales, accidentes cerebrovasculares y mortalidad total al utilizar las clases de medicamentos sugeridas. La certeza de esta evidencia es alta, lo que refuerza la validez de la recomendación. En términos de efectividad, los efectos deseables, como la reducción del riesgo cardiovascular y la mortalidad, son sustanciales. Aunque existen efectos no deseados, como el retiro por efectos adversos, estos son moderados y no superan los beneficios del tratamiento. En cuanto a costo-efectividad, los antihipertensivos recomendados son asequibles y eficaces, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde su implementación puede generar un alto retorno de inversión y una reducción significativa del riesgo cardiovascular. La recomendación también tiene un impacto positivo en la equidad y factibilidad, ya que es viable de implementar en diversos contextos, y contribuye a reducir las barreras para acceder a tratamientos efectivos en poblaciones vulnerables. Finalmente, la aceptabilidad de la recomendación ha crecido rápidamente, a pesar del escepticismo inicial hacia la terapia combinada. La aceptación entre los proveedores de salud facilita su adopción en la práctica clínica.

- **Pregunta 8: ¿Qué tipo de tratamiento es más adecuado como medicación de primera línea para adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico: monoterapia con betabloqueantes, antagonistas del calcio (AC), diuréticos, IECA o ARA, ¿o una politerapia que combine estos medicamentos?**

Recomendación: Se sugiere combinación de dos medicamentos en lugar de la monoterapia.
Fuerza de la recomendación: Condicional
Nivel de evidencia: Muy baja
Concepto de clínicos:

-Especificar que la población sea paciente con indicación de tratamiento en monoterapia, sin factores que impliquen intensificación como el grado de hipertensión, el órgano blanco o el riesgo cardiovascular. -Faltaría aclarar si es igual para pacientes con estadio I o estadio II
Decisión: Adopción
Justificación: Aunque la certeza de la evidencia es muy baja, los estudios demuestran que la politerapia ofrece un mejor control de la presión arterial y una reducción en los eventos adversos hipertensivos en comparación con la monoterapia, especialmente en combinaciones de IECA/ARA con bloqueadores de los canales de calcio. A pesar de su costo inicial más alto, estudios de modelización, han demostrado que la politerapia es más eficaz y rentable a largo plazo, compensando los costos con la reducción de complicaciones hipertensivas. Además, la terapia combinada mejora el control de la hipertensión en diversos grupos demográficos, reduciendo las desigualdades en salud y beneficiando a poblaciones vulnerables con acceso limitado a tratamientos. Aunque inicialmente hubo escepticismo entre los proveedores de salud, la experiencia de la vida real ha mostrado una aceptación creciente debido a los beneficios clínicos. Finalmente, los estudios clínicos y datos de la vida real confirman que la implementación de la politerapia es viable en diversos entornos, lo que facilita su adopción.

- **Pregunta 9: Para adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico, ¿cuál combinación de dos o más medicamentos (betabloqueadores, antagonistas del calcio, diuréticos, IECA o ARA) es más efectiva en comparación con otras combinaciones de dos o más fármacos de la misma clase?**

Recomendación: Se recomienda el uso de combinaciones de dos fármacos escogidos de las siguientes tres clases: diuréticos (tiazida o similares a tiazida), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACEi) o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB), y bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos (CCB); en comparación con otras terapias combinadas.
Fuerza de la recomendación: Sólida
Nivel de evidencia: Muy baja a moderada
Concepto de clínicos: Ninguno
Decisión: Adopción
Justificación: Aunque la evidencia varía entre baja y moderada, los estudios demuestran que las combinaciones de dos fármacos proporcionan un mejor control de la presión arterial y reducen significativamente los eventos cardiovasculares mayores, como infartos y accidentes cerebrovasculares, en comparación con otras combinaciones. Además, el perfil de seguridad es favorable, con menos retiros por efectos adversos. Aunque la combinación de fármacos puede tener un mayor costo inicial, el control efectivo de la hipertensión y la reducción de eventos adversos

mayores compensan estos costos, mejorando el retorno de inversión en salud pública. Asimismo, la terapia combinada ayuda a reducir las desigualdades en salud, facilitando el acceso a tratamientos efectivos para la hipertensión en diversos grupos demográficos y contextos económicos, lo que impacta significativamente en la reducción de disparidades, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Inicialmente, puede haber escepticismo entre los profesionales de salud, pero la experiencia práctica ha demostrado que la aceptación de la terapia combinada crece rápidamente debido a sus beneficios clínicos y su fácil implementación. Finalmente, la recomendación es claramente factible de aplicar, con respaldo en estudios clínicos y en datos del mundo real, lo que facilita su integración en la práctica clínica global. En conjunto, estos factores justifican la adopción de la recomendación, ya que ofrece un enfoque efectivo, seguro y aplicable para el tratamiento de la hipertensión, mejorando los resultados de salud y reduciendo las desigualdades

- **Pregunta 10: ¿Es efectiva y segura la politerapia inicial en un solo comprimido para mejorar la adherencia en adultos hipertensos que requieren tratamiento farmacológico?**

Recomendación: -Para los adultos hipertensos que requieren tratamiento farmacológico, se sugiere la politerapia como tratamiento inicial, preferiblemente con una combinación en un solo comprimido (para mejorar la persistencia y el cumplimiento terapéuticos). -Los medicamentos antihipertensivos utilizados para la politerapia deben elegirse entre las siguientes tres clases de fármacos: diuréticos (tiacidas o análogos tiacídicos), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA) y antagonistas del calcio dihidropiridínicos de acción prolongada)
Fuerza de la recomendación: Condicional
Nivel de evidencia: Moderada
Concepto de clínicos: -Desearía saber otras evidencias, dado a que en estadio I la monoterapia es una estrategia.
Decisión: Adopción
Justificación: La adopción de esta recomendación se justifica porque el enfoque del uso de combinaciones en una sola pastilla mejora la adherencia y persistencia al tratamiento de hipertensión, siendo más eficaz que el uso de múltiples medicamentos. Aunque inicialmente más costosa, esta estrategia presenta un beneficio neto al mejorar el control de la presión arterial y reducir eventos graves, lo que compensa los costos a largo plazo. Además, ayuda a reducir desigualdades en salud al beneficiar a diversos grupos demográficos, especialmente en países de ingresos bajos y medios. A pesar del escepticismo inicial, la aceptación de la terapia combinada crece debido a sus beneficios clínicos y simplicidad. Aunque menos flexible para ajustar dosis, está incluida en la lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, lo que respalda su viabilidad

- **Pregunta 11: ¿Qué objetivo de TA se debe intentar conseguir con el tratamiento farmacológico?**

Recomendación: -La OMS recomienda un objetivo de tratamiento para la tensión arterial <140/90 mmHg para todos los pacientes hipertensos sin comorbilidades. -La OMS recomienda un objetivo de tratamiento para la tensión arterial sistólica <130 mmHg para los pacientes hipertensos con enfermedades cardiovasculares (ECV) conocidas o de alto riesgo (aquellos con alto riesgo de ECV, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica).
Fuerza de la recomendación: Sólida
Nivel de evidencia: Moderada
Concepto de clínicos: -Es una buena recomendación, sin embargo, depende del método de medición para conocer la meta
Decisión: Adopción
Justificación: La adopción de esta recomendación se justifica porque los estudios respaldan que los objetivos de TA <140/90 mmHg en pacientes sin comorbilidades y <130 mmHg en aquellos con alto riesgo cardiovascular son seguros y efectivos, reduciendo eventos cardiovasculares. Además, estas metas mejoran el control de la hipertensión y previenen la mortalidad prematura, lo que beneficia a la salud pública. También ayudan a reducir las inequidades en salud, especialmente en poblaciones vulnerables. Aunque algunos pacientes podrían mostrar menor aceptación, los beneficios clínicos, el apoyo de gobiernos y proveedores, y su viabilidad en diferentes contextos justifican plenamente su adopción

- **Pregunta 12: ¿Con qué frecuencia debe re-evaluarse la tensión arterial en adultos con hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, dentro y fuera de metas de TA?**

Recomendación: -La OMS sugiere un seguimiento mensual después de iniciar o cambiar el tratamiento antihipertensivo hasta que los pacientes alcancen el objetivo. -La OMS sugiere un seguimiento cada 3–6 meses para los pacientes cuyo control de la presión arterial está dentro de los límites.
Fuerza de la recomendación: condicional
Nivel de evidencia: bajo
Concepto de clínicos: -Es una pregunta que regularía los programas de riesgo cardiovascular, de alta relevancia. -El problema es el bajo nivel de evidencia, es probable que esta sea la mejor evidencia disponible, por lo que debería contextualizarse la recomendación con un consenso de expertos y que se especifique que el control puede ser hecho por enfermería y medicina para garantizar las citas mensuales.
Decisión: Adopción
Justificación: La adopción de esta recomendación se justifica porque, aunque la evidencia es baja, estudios como ACCORD y SPRINT respaldan que un seguimiento mensual después de iniciar o ajustar el tratamiento mejora el control de la

hipertensión, reduce el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y mejora la adherencia al tratamiento. Además, la flexibilidad para ajustar los intervalos de seguimiento a cada 3-6 meses en pacientes estables permite una mejor gestión de recursos en los sistemas de salud. Aunque un seguimiento más frecuente puede ser desafiante en países de bajos ingresos, su implementación puede facilitarse con tele monitoreo y trabajadores de salud comunitarios, mejorando así la equidad en la atención y beneficiando a las poblaciones más vulnerables.

5.2 Ejercicio de aplicación de la metodología con Instituciones prestadoras de servicios en salud

5.2.1 Selección de participantes y mesas de trabajo

Para llevar a cabo el mapeo de actores clave en las IPS, se inició con la identificación de personas y entidades clave, tomando en cuenta el nivel de atención y complejidad (primer, segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad), tipo de población (adultos y pediatría) la naturaleza jurídica de las organizaciones (si eran públicas o privadas), su nivel territorial (departamentales y municipales), su región, su voluntad de participar y la capacidad de aplicación de metodologías en GPC. Los actores fueron seleccionados con base en criterios específicos como su nivel de experiencia, representatividad y poder de decisión. De 17 IPS convocadas, a medida que iban confirmando su participación se fue cerrando la convocatoria hasta completar las 6 IPS participantes.

Posteriormente, se analizó el interés y la influencia de cada actor, clasificándolos en categorías según su rol en el proceso. Con esta información, se conformaron mesas de trabajo técnico que garantizan una participación equilibrada y diversa, ajustando su composición según las necesidades para asegurar una implementación exitosa de la metodología de priorización de GPC definida en el manual de guía de guías. Entre los actores convocados se delegaron el Instituto Nacional de Cancerología, ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá, Fundación Valle de Lili, ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre, Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto y Clínica Social Salud SAS de Sincelejo. Todos ellos con aval del Comité de Gestión de Conflictos de Intereses, según consta en el Acta No. 14 de 2024 (**Anexo** 1).

5.2.2 Determinación de temas prioritarios para GPC por parte de las IPS

La ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre, basándose en su perfil epidemiológico, identificó 11 temas como candidatos para la elaboración de GPC. Para determinar cuál de ellos sería priorizado, se utilizó la herramienta de priorización desarrollada por el IETS. Los resultados del análisis mostraron claramente que los temas de manejo de la cefalea (tema 1) y manejo de la enfermedad diarreica aguda (tema 6) se destacaron sobre los demás, ambos con una sumatoria de 23 puntos y un promedio de 3,8. Sin embargo, dado que la cefalea es un síntoma y no una enfermedad específica, se descartó para el desarrollo de una GPC, priorizándose en su lugar el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años (Tabla 6)

Tabla 6. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre

Criterios	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Tema 6	Tema 7	Tema 8	Tema 9	Tema 10	Tema 11
1	4	4	5	1	4	4	4	3	3	3	3
2	4	5	4	3	4	4	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	5	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3
5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3
Sumatoria	23	22	22	18	22	23	21	19	19	20	19
Promedio	3,8	3,7	3,7	3,0	3,7	3,8	3,5	3,2	3,2	3,3	3,2
DE	1,2	1,0	0,8	1,1	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4
Mediana	4,0	4,0	3,5	3,0	4,0	4,0	3,5	3,0	3,0	3,0	3,0
Percentil 25	3,3	3,3	3,0	3,0	3,3	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Percentil 75	4,8	4,0	4,0	3,8	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,8	3,0
Mínimo	2,0	2,0	3,0	1,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0

Tema 1: atención para el manejo de la cefalea; tema 2: manejo del dolor abdominal agudo; tema 3: manejo del paciente con fiebre; tema 4: manejo de infección de vías urinarias; tema 5: manejo de las crisis hipertensivas; tema 6: manejo de la enfermedad diarreica aguda; tema 7: manejo de la neumonía adquirida en la comunidad; tema 8: manejo de faringoamigdalitis aguda; tema 9: atención para nausea y vomito; tema 10: atención para Cólico renal; tema 11: manejo del dolor lumbar

Fuente: elaboración propia.

La ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá identificó 7 temas para priorización, destacándose el manejo de la infección de vías urinarias como el tema prioritario. Este fue seleccionado tras obtener el puntaje más alto en la herramienta de priorización, con un total de 30 puntos (Tabla 7)

Tabla 7. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá

Criterios	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Tema 6	Tema 7
1	5	5	4	5	4	5	5
2	5	4	4	4	4	4	5
3	5	4	3	4	5	4	4
4	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	4	5	4	4	4
Sumatoria	30	28	25	28	27	27	28
Promedio	5,0	4,7	4,2	4,7	4,5	4,5	4,7
DE	0,0	0,5	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5
Mediana	5,0	5,0	4,0	5,0	4,5	4,5	5,0
Percentil 25	5,0	4,3	4,0	4,3	4,0	4,0	4,3
Percentil 75	5,0	5,0	4,8	5,0	5,0	5,0	5,0
Mínimo	5,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Tema 1: infección de vías urinarias; tema 2: infección de piel y tejidos blandos; tema 3: neumonía; tema 4: urolitiasis; tema 5: traumatismos; tema 6: diabetes mellitus tipo 2; tema 7: hipertensión arterial							

Fuente: elaboración propia.

El Instituto Nacional de cancerología identificó 2 temas para priorización. El tema seleccionado fue cáncer de mama (prevención) tras obtener el puntaje más alto en la herramienta de priorización, con un total de 28 puntos (Tabla 8)

Tabla 8. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas del Instituto Nacional de Cancerología

Criterios	Tema 1	Tema 2
1	5	5
2	5	5
3	5	4
4	4	3
5	5	5
6	4	2
Sumatoria	28	24
Promedio	4,7	4,0
DE	0,5	1,3
Mediana	5,0	4,5
Percentil 25	4,3	3,3
Percentil 75	5,0	5,0
Mínimo	4,0	2,0

Máximo	5,0	5,0
Tema 1: Cáncer de mama; tema 2: Cáncer de próstata		

Fuente: elaboración propia.

La Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto identificó 8 temas para priorización, los cuales fueron valorados con la herramienta de priorización por tres evaluadores quedando clasificado epilepsia como el tema que fue seleccionado tras obtener el puntaje más alto, con un total de 78 puntos (Tabla 9).

Tabla 9. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto

Criterios	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Tema 6	Tema 7	Tema 8
1	5	1	2	5	5	5	3	3
2	5	5	5	5	5	2	2	2
3	4	4	4	3	5	3	3	3
4	2	5	3	2	5	5	3	3
5	5	5	5	3	5	5	5	5
6	5	2	4	4	5	5	4	4
Sumatoria	26	22	23	22	30	25	20	20
Promedio	4,3	3,7	3,8	3,7	5,0	4,2	3,3	3,3
DE	1,2	1,8	1,2	1,2	0,0	1,3	1,0	1,0
Mediana	5,0	4,5	4,0	3,5	5,0	5,0	3,0	3,0
Percentil 25	4,3	2,5	3,3	3,0	5,0	3,5	3,0	3,0
Percentil 75	5,0	5,0	4,8	4,8	5,0	5,0	3,8	3,8
Mínimo	2,0	1,0	2,0	2,0	5,0	2,0	2,0	2,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Tema 1: trastornos del crecimiento óseo; tema 2: rinitis alérgica; tema 3: constipación; tema 4: hipotiroidismo; tema 5: convulsiones/epilepsia; tema 6: sepsis bacteriana del recién nacido; tema 7: BRUE (evento breve resuelto inexplicable); tema 8: taquipnea transitoria del recién nacido								

Fuente: elaboración propia

La Fundación Valle de Lili identificó 2 temas relevantes, los cuales fueron valorados con la herramienta de priorización quedando clasificado cáncer colorrectal el cual fue seleccionado tras obtener el puntaje más alto, con un total de 25 puntos (Tabla 10)

Tabla 10. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Fundación Valle de Lili.

Criterios	Tema 1	Tema 2
1	5	2
2	4	3
3	4	4
4	3	1
5	5	5
6	4	3
Sumatoria	25	18
Promedio	4,2	3,0
DE	0,8	1,4
Mediana	4,0	3,0
Percentil 25	4,0	2,3
Percentil 75	4,8	3,8
Mínimo	3,0	1,0
Máximo	5,0	5,0
Tema 1: Cáncer colorrectal; tema 2: Manejo de trasplante hepático pediátrico		

Fuente: elaboración propia

La IPS Clínica Social Salud SAS identificó 4 temas relevantes, los cuales fueron valorados con la herramienta de priorización quedando clasificado trauma intracraneal, el cual fue seleccionado tras obtener el puntaje más alto, con un total de 29 puntos (Tabla 11)

Tabla 11 Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas de la Clínica Social Salud SAS, Sincelejo, Sucre

Criterios	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1	5	5	2	2
2	5	5	3	2
3	4	3	3	4
4	5	4	4	3
5	5	5	4	4
6	5	3	2	3
Sumatoria	29	25	18	18
Promedio	4,8	4,2	3,0	3,0
DE	0,4	1,0	0,9	0,9
Mediana	5,0	4,5	3,0	3,0
Percentil 25	5,0	3,3	2,3	2,3
Percentil 75	5,0	5,0	3,8	3,8
Mínimo	4,0	3,0	2,0	2,0
Tema 1: Traumatismo intracraneal, no especificado; tema 2: Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico; tema 3: Insuficiencia respiratoria aguda; tema 4: Convalecencia consecutiva a cirugía.				

Fuente: elaboración propia

5.2.3 Aplicación de la metodología y análisis del proceso

5.2.3.1 Construcción de preguntas PICO por temas priorizados y preguntas finales priorizadas por las IPS

Durante el proceso de construcción de las preguntas PICO para cada uno de los temas priorizados, se desarrollaron y ajustaron preguntas clave, comenzando con una propuesta inicial que fue revisada y refinada tras recibir retroalimentación de expertos y actores clave de cada una de las IPS participantes. Posteriormente, las preguntas fueron votadas, con el fin de priorizar las preguntas más relevantes para cada tema de cara a la aplicación de la metodología de priorización propuesta por la GM (**Anexo 4.1**).

Tabla 12. Número de preguntas por temas (cuestionario Google forms) y total de preguntas priorizadas por las IPS

Temas priorizados	IPS	Número de preguntas	Número de preguntas priorizadas por votación (≥80%)
Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años	ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre	11	8
Infección de vías urinarias	ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá	8	2
Cáncer de mama	Instituto Nacional de Cancerología	6	6
Epilepsia en menores de 18 años	Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto	16	7
Cáncer de colorrectal	Fundación Valle de Lili	13	7
Trauma intracraneano adultos	Clínica Salud Social SAS	15	12

Fuente: elaboración propia

5.2.3.2 Revisión de GPC para los temas priorizados por las IPS

Se condujeron dos búsquedas, una en las bases de datos de Pubmed y Embase; y otra fue una búsqueda manual en organismos desarrolladores y compiladores de GPC. En total se recuperaron 711 registros; tras remover duplicados se tamizaron 673 referencias; luego de este proceso se revisó el texto completo de 99 GPC y finalmente, se clasificaron 30 GPC para evaluación con la herramienta AGREE II. En el **Anexo 4.4** se presentan el diagrama de flujo del proceso de selección de las GPC y en el **Anexo 4.5** las guías revisadas.

En total, se evaluaron 30 GPC que abordan los siguientes temas: 2 para EDA en menores de 5 años; 4 para IVU en personas adultas; 8 para prevención de cáncer de mama, 3 para epilepsia en menores de 18 años; 11 de cáncer colorrectal y 2 de trauma intracraneal en adultos utilizando el instrumento AGREE II. De estas, 19 guías obtuvieron un puntaje igual o superior al 60% en el dominio 3, que evalúa el "rigor en la elaboración", y en el dominio 6, que se refiere a la "independencia editorial". En cuanto a los temas específicos, se observó que solo una de las dos GPC para el manejo de la EDA en menores de 5 años alcanzó el 60% en los dominios 3 y 6. En el caso de las cuatro GPC evaluadas para el tratamiento de IVU en personas adultas, todas lograron cumplir con esta puntuación. De las ocho GPC analizadas para el cáncer de mama, únicamente cuatro alcanzaron estos criterios. Para epilepsia en menores de 18 años, dos de las tres GPC evaluadas superaron el 60% en los dominios mencionados. En cuanto a cáncer colorrectal nueve de las once GPC cumplieron con el umbral de los porcentajes en los dominios 3 y 6. Finalmente, para trauma intracraneal, solo una de las dos GPC cumplió con el umbral establecido para estos dominios (**Anexo 4.6**).

5.2.3.3 Extracción de recomendaciones que responden las preguntas priorizadas según los temas para GPC definidos por las IPS

Se revisaron todas las GPC de buena calidad según el AGREE II, y se extrajeron las recomendaciones que respondían a las preguntas clínicas formuladas para los temas priorizados por las IPS. A partir del análisis realizado, se concluyó que la GPC sobre enfermedad diarreica aguda respondió a 4 de las 8 preguntas priorizadas, mientras que, en infecciones del tracto urinario, de las cuatro GPC evaluadas, solo una abordó las 2 preguntas priorizadas. Para el cáncer de mama, 2 de las 4 GPC de buena

calidad respondieron a 3 de las 6 preguntas, y en epilepsia en menores de 18 años, de las 2 GPC que pasaron la evaluación de calidad se respondían 6 preguntas. En cuanto al cáncer colorrectal, de las 9 GPC evaluadas, solo 3 respondieron a 4 de las 7 preguntas. Para el tema de trauma intracraneal, solo una GPC presentó una calidad adecuada, sin embargo, no respondió ninguna de las preguntas priorizadas. Las recomendaciones para las preguntas no abordadas por las GPC seleccionadas, deben desarrollarse de novo (

Tabla 13).

Tabla 13. Relación de GPC evaluadas y que responden las preguntas priorizadas por temas IPS

Temas priorizados	Número de GPC con calidad según AGREE II	Número de GPC que responden a las preguntas priorizadas	Número de preguntas priorizadas por votación (≥80%)	Número de preguntas que son respondidas por las GPC / número de preguntas que no son respondidas por la GPC	Decisión
Enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años	1	1	8	5	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				3	Desarrollo de novo
Infección de vías urinarias	4	1	2	2	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
Cáncer de mama	4	2	6	3	Revisión con expertos para la valoración de la

					metodología Adolopment
				3	Desarrollo de novo
Epilepsia en menores de 18 años	2	2	7	6	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				1	*De novo*
Cáncer de colorrectal	9	3	7	4	Revisión con expertos para la valoración de la metodología Adolopment
				3	*De novo*
Trauma intracraneal	1	0	12	12	*De novo*

Fuente: elaboración propia

5.2.3.4 Decisión de adopción/adaptación o desarrollo de novo

Para el proceso de toma de decisiones en las mesas técnicas organizadas por tema, se aplicó la metodología Adolopment (17) con el apoyo de la herramienta AGREE-REX (18). Antes de las mesas técnicas, como se describe en los numerales 5.2.1 y 5.2.2 se realizó una evaluación y análisis detallado de las GPC disponibles, seleccionando aquellas que respondían parcial o totalmente a las preguntas clínicas priorizadas por las IPS participantes; se extrajeron las recomendaciones que respondían a las preguntas.

Durante las mesas de trabajo, conformados por expertos clínicos, se presentaron las preguntas junto con sus respectivas recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas y la evidencia que las soportaba. A partir de esta presentación, se aplicó la metodología Adolopment para decidir si las recomendaciones debían:

- Adoptarse tal como estaban,

- Adaptarse a las particularidades locales, o
- Desarrollarse de nuevo (de novo) cuando no existían recomendaciones adecuadas.

5.2.3.4.1 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años: ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre.

La mesa técnica para enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años se realizó de manera sincrónica virtual durante una sesión de trabajo, con la participación de un experto clínico (enfermero profesional especialista en auditoría de servicios de salud). Durante la sesión se realizó la presentación con una explicación breve de la metodología del Adolopment y de las cinco preguntas clínicas priorizadas (fueron ocho preguntas priorizadas, pero se encontraron respuestas en la GPC para cinco preguntas) con sus respectivas recomendaciones extraídas de la GPC seleccionada, adicionalmente la evidencia disponible que soportaba cada recomendación. El objetivo fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación.

La GPC seleccionada para responder las cinco preguntas expuestas al experto clínico de la IPS y que dio respuesta completa a cada una de las cinco preguntas priorizadas fue: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años de edad. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2023 (30), basada en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodológico (criterios 3 y 6 del AGREE) fue >60% (**Anexo 4.6**).

A continuación, se presentan las preguntas priorizadas, las recomendaciones que abordan cada pregunta, la descripción de la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados por el experto sobre el ejercicio y la decisión con base en el AGREE-Rex para cada recomendación, con base en lo expuesto en la metodología del Adolopment. Para las tres preguntas que no se respondieron con la GPC seleccionada, procede el desarrollo de novo.

- **Pregunta 1: ¿Se debería realizar escalas de clasificación de deshidratación aguda en lugar de no usarlas para el**

diagnóstico y clasificación de la deshidratación en niños menores de 5 años con diarrea aguda?

Recomendaciones: 1. Se debe clasificar el grado de deshidratación en función de los signos y síntomas para elegir el plan adecuado de tratamiento, cuando no se conoce el peso previo al cuadro de diarrea. 2.Se recomienda utilizar el Método Dhaka para evaluar y clasificar los grados de deshidratación en diarrea aguda en menores de cinco años y con base en ella elegir el plan de hidratación a utilizar para corregir el estado de deshidratación.
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor (GRADE); 2) débil a favor (GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE), 2) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: Adopción
Justificación: La utilización de escalas de clasificación de la deshidratación, en combinación con otros criterios, orientan la atención médica y la toma de decisiones acertadas en el tratamiento de la deshidratación para evitar complicaciones. El signo más significativo para evaluar la deshidratación fue la pérdida de peso corporal, por lo que implementar este criterio en el examen físico del niño con EDA es viable en el contexto. Si bien se evalúan cuatro escalas de evaluación, las que se recomiendan para entornos con recursos limitados como el de la IPS son la ECD y el método Dhaka. Aunque hacen falta más estudios para establecer su confiabilidad en este tipo de entornos. Las escalas no son predictores precisos para detectar deshidratación severa en niños con diarrea y/o vómitos, pero si para casos de deshidratación de leve a moderada, las cuales son las más frecuentes que consultan en la IPS. El Método Dhaka permite identificar los principales signos y síntomas basados en la anamnesis y hallazgos clínicos, incluyendo las características de las evacuaciones, sin requerir herramientas diagnósticas adicionales, por lo que la hace aplicable en el primer nivel de atención colombiano; esta evaluación permite elegir el plan de hidratación que será utilizado para corregir el estado de deshidratación. La adopción de estas recomendaciones es factible por sus condiciones son aplicables y se ajustan al contexto de la IPS.

- **Pregunta 2: ¿Es el tratamiento con cristaloides (solución salina al 0,9% o Lactato de Ringer) efectivo y seguro en lugar de no utilizarlo, en pacientes menores de 5 años con diarrea aguda y con deshidratación grave con o sin choque hipovolémico?**

Recomendación: Se recomienda el uso de soluciones intravenosas en el paciente con deshidratación grave con evaluación cada hora del estado clínico.
Fuerza de la recomendación: 1) fuerte a favor (GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos:

El experto no emitió concepto clínico
Decisión: Adopción
Justificación: Esta recomendación se puede adoptar debido a que las intervenciones que fueron revisadas en la PICO hacen parte integral de la revisión de la evidencia para la generación de las recomendaciones en la GPC (SSN 0.9% y Lactato de Ringer). El uso de ambos cristaloides aplica en el contexto de la IPS para el manejo de la deshidratación con o sin choque, de acuerdo con las pautas que recomienda la GPC, razón por la cual no amerita ajustes de las recomendaciones ni en la dosis o el perfil de los pacientes.

- **Pregunta 3: ¿Se debe implementar la terapia antibiótica empírica dirigida por criterios clínicos, comparado con no utilizarla, en el tratamiento de los pacientes menores de 5 años con diarrea aguda?**

Recomendación: Se recomienda el tratamiento antibiótico empírico, en aquellos cuadros que se sospeche etiología bacteriana y tengan riesgo de infección grave como en: - Menores de tres meses - Inmunodeprimidos, asplenia (anatómica o funcional) - Enfermedad crónica grave o desnutrición grave
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor (GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: Teniendo en cuenta que la IPS es 1er nivel de atención, en este contexto no hay adherencia por parte de médicos, no tenemos hospitalización, no tenemos laboratorios para confirmar etiología (solo coprológico), por lo tanto, los médicos solo se enfocan en tratar la deshidratación y remitir en caso de shock hipovolémico.
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Esta recomendación debe desarrollarse de novo teniendo en cuenta el nivel de atención, el perfil de los profesionales que trabajan en la institución, las herramientas de laboratorio disponibles y los mecanismos de referencia y contrarreferencia. La IPS no cuenta con los recursos para desarrollar de novo recomendaciones, por lo cual la IPS solicita que el tema sea priorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social cuando se pueda realizar actualización de GPC.

- **Pregunta 4: ¿Es efectiva y segura la administración de suplemento oral de Zinc, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?**

Recomendación:

Se recomienda la administración de zinc a dosis de 5 mg ya que muestra efectividad en la reducción de la duración de la diarrea, el número de evacuaciones y disminuye los episodios de vómito.
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor (GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: Muy recomendable para que los médicos implementen el ordenamiento de este medicamento en todos los casos de EDA en menores de 5 años, lo cual mejora el pronóstico y evita reingresos por la misma causa.
Decisión: Adopción
Justificación: Esta recomendación se puede adoptar en su integridad, debido que los estudios que respaldan esta recomendación se hicieron con las formas comerciales y las dosis disponibles en el país, la población sobre la que se revisó la evidencia es similar a la que consulta en la IPS. La duración media de la hospitalización por EDA, la duración media de la recuperación y la frecuencia media de diarrea mejora con la administración coadyuvante de zinc.

- **Pregunta 5: ¿Es efectiva y segura la administración de probióticos, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?**

Recomendación: Se recomienda el uso de *Saccharomyces boulardii* y *Lactobacillus rhamnosus* en diarrea acuosa aguda y en diarrea asociada a antibióticos.
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor (GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: Es recomendable, sin embargo, hay que considerar la posibilidad del acceso a estos probióticos por parte de familias de escasos recursos
Decisión: Adopción
Justificación: Esta recomendación se puede adoptar debido a que las cepas de probióticos sobre las cuales se elabora la recomendación están disponibles en el contexto de la IPS, por lo cual los médicos los pueden prescribir a las dosis establecidas en la GPC, logrando la eficacia descrita en la recomendación, como, por ejemplo, el lactobacilo disminuye la posibilidad de presentar diarrea aguda, mientras que el *Rhamnosus* sobrevive aún con terapia de amoxicilina con ácido clavulánico. La administración de probiótico Rhamnosus también es un factor protector para diarrea aguda.

5.2.3.4.2 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de infección de vías urinarias: ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá

La mesa técnica para evaluar las recomendaciones de la GPC sobre infección de vías urinarias se llevó a cabo en modalidad virtual y de manera sincrónica en una única sesión, con la participación de tres expertos clínicos (especialistas en Medicina Interna y Epidemiología), a quienes se les presentó las dos preguntas clínicas priorizadas junto con sus respectivas recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas, además de la evidencia disponible que respaldaba cada recomendación. El objetivo fue obtener su postura y análisis crítico sobre cada recomendación.

La GPC seleccionada para responder las dos preguntas expuestas en la mesa técnica con expertos y que dieron respuesta completa a cada pregunta fue la GPC de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) titulada Management of suspected bacterial lower urinary tract infection in adult women (31), publicada en 2020, basada en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodológico fue >60% (**Anexo 4.6**).

A continuación, se presentan las preguntas sometidas al en la mesa técnica con expertos, junto con sus respectivas recomendaciones y la decisión final, según la aplicación de la metodología Adolopment. Para las seis preguntas que no se respondieron con GPC, la decisión es proceder el desarrollo de novo.

- **Pregunta 1: ¿Se debe usar el urocultivo vs. exámenes de laboratorio e imágenes para realizar el diagnóstico de ITU en población de personas con catéter urinario?**

Recomendación: Los signos y síntomas clínicos compatibles con una IVU asociada a catéter deben utilizarse para diagnosticar la infección en los pacientes con catéter urinario, con urocultivo y pruebas de sensibilidad para confirmar el diagnóstico y el patógeno.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: 4
Concepto de clínicos: No se emiten conceptos de los expertos clínicos
Decisión: Se adopta

Justificación: La recomendación se adopta al poder ser aplicada en el contexto de la IPS, y los expertos consideran que es aceptable para su entorno y es asequible para los pacientes. Los síntomas clínicos y el crecimiento bacteriano de una o más cepas bacterianas en $\geq 10^3$ UFC/mL son criterios suficientes para realizar el diagnóstico de infección de vías urinarias en personas con catéter urinario.

- **Pregunta 2: ¿Se debería usar Cefalexina en lugar de Trimetoprima o Fosfomicina para el tratamiento de ITU no complicada en población de adultos?**

Recomendación: -Utilizar un antimicrobiano de espectro reducido frente a los uropatógenos comunes para el tratamiento empírico de la ITU. Primera línea: nitrofurantoína, trimetoprim. Segunda línea: amoxicilina, pivmecilinam, fosfomicina. Restringidos: cefalexina, ciprofloxacina, amoxicilina y ácido clavulánico. -No usar fluroroquinolonas o amoxicilina y ácido clavulánico empíricamente, a menos que otros agentes de espectro reducido estén contraindicados debido a comorbilidad, toxicidad o resistencia.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: 1+
Concepto de clínicos: -Evaluar perfil de susceptibilidad antibiótica -Evaluar en nuestro contexto (en el cual existe el uso libre de antibióticos tanto en humanos como en animales) la resistencia a los medicamentos de primera línea propuestos en la tabla 4, para determinar el uso o no de la cefalexina como uso de primera línea frente a uso restringido.
Decisión: Se adapta
Justificación: Si bien la evidencia científica orienta hacia el uso de nitrofurantoína y trimetoprim como antibióticos de primera elección, los expertos clínicos consideran que es importante realizar un perfil de resistencia de la población de su centro de atención, con el fin de soportar las decisiones del uso de antibióticos, reconociendo que dichos perfiles son variables entre poblaciones y no se puede acoger una recomendación estándar para todos los contextos.

5.2.3.4.3 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de cáncer de mama: Instituto Nacional de Cancerología

La mesa técnica tamizaje de cáncer de mama, se realizó de manera sincrónica virtual durante una sesión de trabajo, con la participación de un experto clínico (cirujana oncóloga) y el coordinador metodológico. Durante la sesión se realizó la presentación con una explicación breve de la metodología del Adolopment y de las cuatro preguntas clínicas priorizadas (fueron seis preguntas priorizadas, pero se encontraron

respuestas en la GPC para cuatro preguntas) con sus respectivas recomendaciones extraídas de la dos GPC seleccionadas, adicionalmente la evidencia disponible que soportaba cada recomendación. El objetivo fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación.
La dos GPC seleccionada para responder las cuatro preguntas expuestas al experto clínico y que dieron respuesta completa a cada una de las cuatro preguntas priorizadas (**Anexo 4.1**), fueron:

1. Guía práctica clínica para el tamizaje de cáncer de mama, IETSI; 2022 (32).
2. Guía de Práctica Clínica Cáncer de mama en personas de 15 años y más Aprobada por Resolución Exenta N° 298 de fecha 24/02/2024, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2015 (Actualización 2023) (33).

Ambas fueron evaluadas con el instrumento AGREE II y obtuvieron, en los criterios de independencia editorial y rigor metodológico (criterios 3 y 6 del AGREE), una calificación final superior al 60% (**Anexo 4.6**).

A continuación, se presentan las preguntas priorizadas, las recomendaciones para abordarlas, de la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados por el experto sobre el ejercicio y los puntajes del AGREE-Rex para tomar las decisiones respecto a la recomendación, con base en lo expuesto en la metodología del Adolopment. Para las dos preguntas que no se respondieron con las guías seleccionadas, se debe continuar con el desarrollo de novo.

- **Pregunta 1a: ¿Se debe realizar tamización con mamografía en comparación con no realizar tamización de cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 40-44 años con riesgo promedio?**

Recomendaciones: En personas de 40 a 44 años, el Ministerio de Salud sugiere realizar mamografía por sobre no realizar. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia
Fuerza de la recomendación: 1) débil(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: desarrollo de novo
Justificación: clínico sugiere que es necesario desarrollar una nueva recomendación desde cero (de novo), incorporando estudios adicionales, revisiones sistemáticas

actualizadas y un análisis más profundo para garantizar que la recomendación final esté basada en evidencia más sólida y relevante.

- **Pregunta 1b: ¿Se debe realizar tamización con mamografía en comparación con no realizar tamización de cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 45-49 años con riesgo promedio?**

Recomendaciones: En personas de 45 a 49 años el Ministerio de Salud sugiere realizar mamografía por sobre no realizar.
Fuerza de la recomendación: 1) débil(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: desarrollo de novo
Justificación: es necesario desarrollar una nueva recomendación desde cero (de novo), incorporando estudios adicionales, revisiones sistemáticas actualizadas y un análisis más profundo para garantizar que la recomendación final esté basada en evidencia más sólida y relevante.

- **Pregunta 2: ¿Se debe realizar tamización con mamografía anual en comparación con tamización bienal para el cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 50-75 años con riesgo promedio?**

Recomendación: 1)En personas de 50 a 69 años el Ministerio de Salud sugiere realizar mamografía anual por sobre realizar mamografía cada 3 años. 2) En personas de 70 a 74 años, el Ministerio de Salud sugiere realizar mamografía anual por sobre realizar mamografía cada 2 años.
Fuerza de la recomendación: débil
Nivel de evidencia: 1) moderada, 2) muy baja
Concepto de clínicos: los recursos considerados para generar la recomendación difieren del contexto específico colombiano.
Decisión: se adapta
Justificación: se sugiere adaptar debido a que, aunque los recursos considerados para generar la recomendación original no corresponden completamente con el contexto colombiano, es posible ajustarla para que sea viable localmente. El nivel de evidencia es moderado en personas de 50 a 69 años y muy bajo en personas de 70 a 74 años, lo que sugiere que la periodicidad anual de la mamografía puede no ser sostenible en algunas regiones del país debido a limitaciones en infraestructura y

recursos. Adaptar la recomendación permitirá equilibrar la frecuencia de tamización de acuerdo con las capacidades del sistema de salud colombiano, manteniendo un enfoque basado en la evidencia disponible y las necesidades locales.

- **Pregunta 3: ¿Se debe realizar examen clínico de la mama como prueba de tamización en mujeres asintomáticas mayores de 40 años?**

Recomendación: El examen clínico de mamas realizado de manera rutinaria y periódica en mujeres asintomáticas presenta un alto porcentaje de falsos positivos y biopsias innecesarias, y sus beneficios son desconocidos, por ende, sugerimos no realizar el examen clínico de mama de manera regular como herramienta de tamizaje de cáncer de mamas. Esto no impide el uso de examen clínico como parte de la evaluación general de las pacientes que acuden a la consulta.
Fuerza de la recomendación: débil en contra
Nivel de evidencia: muy baja
Concepto de clínicos: La evidencia presentada de las guías no está actualizada. Existe evidencia de estudios de 2020 y 2022 que evalúan el efecto del examen clínico.
Decisión: desarrollo de novo
Justificación: Los estudios más recientes podrían proporcionar información más detallada sobre los beneficios o riesgos del examen clínico de mamas, lo que podría modificar la recomendación actual extraída de la GPC presentada en este ejercicio. Desarrollar de nuevo la recomendación permitirá incorporar esta nueva evidencia, evaluando con mayor precisión el balance entre los riesgos de falsos positivos y los beneficios potenciales de la detección temprana.

5.2.3.4.4 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años: Fundación Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto

La mesa técnica para epilepsia en niños, niñas y adolescentes en menores de 18 años se realizó de manera sincrónica virtual, durante una sesión de trabajo con la participación de tres expertos clínicos (directora de gestión clínica, médica epidemióloga y médico especialista en pediatría y epidemiología).

Durante la sesión, se realizó la presentación con una explicación breve de la metodología del Adolopment y de las siete preguntas clínicas priorizadas por la IPS, para seis preguntas se presentaron las recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas, adicionalmente la evidencia disponible que soportaba cada recomendación; para la séptima

pregunta no se encontraron recomendaciones que la respondiera en las GPC, razón por la cual procede en este caso el desarrollo de novo (la pregunta PICO # 1 de la propuesta). El objetivo general del encuentro fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación, conforme los criterios de la herramienta AGREE Rex.

Las GPC seleccionadas para responder las seis preguntas expuestas a los expertos clínicos de la IPS y que dieron respuesta completa a cada una de estas preguntas priorizadas fueron: 1) Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline [NG217] del año 2022 (34); 2) Epilepsies in children and young people: investigative procedures and management. SIGN Guideline No 159 del año 2021 (35). Estas dos guías fueron seleccionas por tener la mejor calidad metodológica en su elaboración, con base en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodológico (criterios 3 y 6 del AGREE) fue >60% (**Anexo 4.6**).

Presentamos a continuación las preguntas priorizadas, las recomendaciones que las responden, la fuerza y nivel de evidencia para cada recomendación, los comentarios realizados por los expertos para cada pregunta y la decisión tomada sobre cada recomendación con base en el diligenciamiento de la herramienta AGREE-Rex (Adolopment).

- **Pregunta 1: ¿Debería realizarse un EEG que capture el sueño en comparación con no realizarlo tras un EEG estándar normal, para mejorar la clasificación y diagnóstico del tipo de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?**

Recomendación: -Si los antecedentes y el examen de la persona sugieren una crisis epiléptica y se sospecha un diagnóstico de epilepsia, considera realizar un EEG rutinario mientras esté despierto para apoyar el diagnóstico y proporcionar información sobre el tipo de crisis o síndrome epiléptico. -No utilices el EEG para descartar un diagnóstico de epilepsia. -Si se solicita un EEG después de una primera crisis, realízalo lo antes posible (idealmente dentro de las 72 horas posteriores a la crisis). -Al ofrecer un EEG, discute los beneficios y riesgos de las maniobras de provocación durante el EEG, como la hiperventilación y la estimulación fótica, con la persona y su familia o cuidadores si es apropiado. Si están de acuerdo, incluye maniobras de provocación durante el EEG rutinario para evaluar una primera crisis sospechada.

-Si el EEG rutinario es normal, considera un EEG con privación de sueño si están de acuerdo la persona, su familia o cuidadores, después de discutir los beneficios y riesgos. -Si los resultados del EEG rutinario y del EEG con privación de sueño son normales y persiste la incertidumbre diagnóstica, considera un EEG ambulatorio (por hasta 48 horas).
Fuerza de la recomendación: Débil
Nivel de evidencia: Moderada
Concepto de clínicos: **-**No se cuenta con oportunidad para la toma de EEG -La disponibilidad del EEG no es oportuna
Decisión: Adaptación
Justificación:

- **Pregunta 2: ¿Debería realizarse estudios imagenológicos adicionales al EEG, comparado con no realizarlos, para definir la etiología y tratamiento farmacológico de la epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?**

Recomendación 1: -Ofrecer una resonancia magnética a niños, jóvenes y adultos con diagnóstico de epilepsia, a menos que tengan epilepsia generalizada idiopática o epilepsia autolimitada con puntas centrotemporales. La resonancia magnética debe realizarse dentro de las 6 semanas siguientes a la remisión y siguiendo protocolos de resonancia magnética para epilepsia acordados regionalmente.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: Muy baja
Concepto de clínicos: **-**Se debe tener en cuenta el contexto colombiano los recursos la disponibilidad y los tiempos -Falta oportunidad para la toma de resonancia magnética, el hospital no cuenta con resonancia magnética y en Pasto es muy difícil el acceso
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: -Si bien la resonancia magnética puede diferenciar entre anomalías relacionadas y no relacionadas con la epilepsia, esta intervención no es factible implementarla en el contexto de la IPS.

Recomendación 2: -Si la resonancia magnética está contraindicada, considere una tomografía computarizada para niños, jóvenes y adultos con epilepsia.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: Muy baja
Concepto de clínicos: **-**Considerar los recursos disponibles, la disponibilidad de la resonancia magnética en algunos sitios de Colombia y su accesibilidad

Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Las imágenes cerebrales no son tan detalladas como las de una resonancia magnética, pero la tomografía computarizada es más fácil de implementar y puede proporcionar información útil en determinadas situaciones. Sin embargo, no se considera factible su implementación en la IPS.

- **Pregunta 3: ¿Es efectivo y seguro el uso de clobazam, levetiracetam o topiramato como tratamiento coadyuvante a la monoterapia con ácido valproico, lamotrigina o levetiracetam, en comparación con la continuación del tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes menores 18 años con epilepsia con epilepsia tónico clónica generalizada fármaco resistente o refractaria?**

Recomendación: -Si la monoterapia no tiene éxito en personas con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, considere una de las siguientes opciones de tratamiento complementario de primera línea: clobazam, lamotrigina, levetiracetam, perampanel, ácido valproico (excepto en mujeres y niñas que puedan tener hijos) o topiramato. -Si los tratamientos complementarios de primera línea probados no tienen éxito en personas con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, considere una de las siguientes opciones de tratamiento complementario de segunda línea: brivaracetam, lacosamida, fenobarbital, primidona, zonisamida.
Fuerza de la recomendación: Fuerte
Nivel de evidencia: Moderada a muy baja
Concepto de clínicos: **-A**lgunos de los medicamentos sugeridos no se encuentran disponibles en Colombia. -No se cuenta en Colombia con muchos de los medicamentos nombrados, se tiene que evaluar con lo que se cuenta en el medio y previo aval de neuro pediatra
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Se considera generar una recomendación apropiada con el contexto colombiano, según la disponibilidad de medicamentos del país.

- **Pregunta 4: ¿Es efectivo y seguro el uso de carbamazepina como primera línea de tratamiento, comparado con otros antiepilépticos como levetiracetam u oxcarbazepina, para controlar las crisis epilépticas en niños, niñas y adolescentes con epilepsia focal recientemente diagnosticada?**

Recomendación: - Se debe considerar la carbamazepina o la lamotrigina para niños y jóvenes con epilepsia focal.

- Se debe considerar el levetiracetam, la oxcarbazepina o el valproato de sodio para niños y jóvenes con epilepsia focal si la carbamazepina y la lamotrigina no son adecuadas o no se toleran.
Fuerza de la recomendación: débil a favor
Nivel de evidencia: baja (opinión de expertos)
Concepto de clínicos: - Para las consideraciones que tiene que ver con manejo farmacológico es ideal que debe ser avalado por neuropediatría - No se cuenta con medicamentos en primer nivel de atención
Decisión: Adaptar
Justificación: Se toma la decisión de adaptar con base en que la evidencia a la que se remite la GPC consultada (SIGN 159) es la de la GPC elaborada por la NICE en el 2012, lo cual hace deseable actualizar toda la búsqueda sistemática de la literatura para revisar si existe evidencia actualizada disponible. Adicionalmente, debe evaluar la disponibilidad de fármacos antiepilépticos en los primeros y segundos niveles de atención para evitar diferir a estos pacientes a un tercer nivel para su formulación, suponiendo barreras en el acceso a los tratamientos adecuados para esta población. También es importante adaptar la recomendación de acuerdo con los usos que la agencia regulatoria nacional (el INVIMA) ha autorizado para las moléculas que hacen parte de la intervención y del comparador, las cuales pueden variar respecto a los usos aprobados en el país donde originalmente la recomendación fue elaborada. La adaptación de la pregunta debe incluir nuevos ECA, RSL o MA que se hayan publicado recientemente y que demuestren la efectividad y seguridad los fármacos incluidos en la PICO, así como estudios de costo-efectividad que respalden dichas intervenciones. Fundamental también adaptar teniendo en cuenta las preferencias y de los pacientes respecto a la presentación y tolerabilidad de eventos adversos.

Pregunta 5: ¿Es efectivo y seguro (considerando los eventos adversos de los medicamentos) el uso de clobazam, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina o topiramato como terapia coadyuvante, en comparación con la continuación del tratamiento estándar con o sin terapia combinada, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia focal que no logran un buen control con el tratamiento de primera línea?

Recomendación: GPC NICE [NG217] - Si la monoterapia no da resultado en personas con convulsiones focales, considere una de las siguientes opciones de tratamiento complementario de primera línea: • carbamazepina • lacosamida • lamotrigina • levetiracetam • oxcarbazepina • topiramato • zonisamida

Si la primera opción no da resultado, considere otras opciones complementarias de primera línea. Recomendación: GPC SIGN 159 - Carbamazepina, clobazam, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, valproato de sodio, topiramato o zonisamida (en mayores de 6 años) pueden considerarse terapias complementarias en niños y jóvenes con epilepsia focal si las terapias de primera línea son ineficaces o no se toleran.
Fuerza de la recomendación: NICE: débil a favor; SIGN: débil a favor
Nivel de evidencia: NICE: Bajo a moderada; SIGN: Baja (opinión de expertos)
Concepto de clínicos: **-** Todo manejo debe ser avalado por neuropediatría - Tener en cuenta recomendación de neuropediatría en donde excluye gabapentina y zonisamida
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: Los expertos sugieren el desarrollo de novo teniendo en cuenta que ninguna de las dos recomendaciones responde de manera adecuada el interrogante clínico formulado por ellos, aunque los dos metanálisis en red que soportan parte de estas recomendaciones mostraron reducción de los indicadores de control o ausencia de crisis, la indirección de los resultados y la ausencia de significancia estadística hace que la calidad de la evidencia sea baja y amerite una nueva revisión de la misma; así mismo la ausencia de evidencia consolidad sobre la presentación de eventos adversos por la implementación de coadyuvancia entre fármacos antiepilépticos, sugiere este desarrollo nuevo. También es importante evaluar los usos autorizados en nuestro contexto para cada fármaco, la disponibilidad de estas moléculas en el plan básico de salud y la perspectiva de los pacientes y proveedores de salud sobre la tolerabilidad de efectos secundarios.

Pregunta 6: ¿Es efectiva y segura la dieta cetogénica en comparación con no seguirla o con dieta asociado al tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de crisis epilépticas y mejorar el control de la epilepsia, en niños, niñas y adolescentes con epilepsia resistente a los medicamentos que no han respondido al tratamiento con antiepilépticos?

Recomendación: GPC NICE [NG217] Considere una dieta cetogénica bajo la guía de un especialista terciario en epilepsia, en personas con: 1.Ciertos síndromes de epilepsia de inicio en la niñez (consulte también la sección sobre Tratamiento de las epilepsias de inicio en la infancia), por ejemplo: Síndrome de deficiencia de transportador de glucosa tipo 1 (síndrome de deficiencia de GLUT1) Epilepsia asociada a deficiencia de piruvato deshidrogenasa

Síndrome de espasmos infantiles Epilepsia con convulsiones mioclónicas-atónicas (síndrome de Doose) Síndrome de Dravet Síndrome de Lennox-Gastaut 2.Epilepsia resistente a los medicamentos si otras opciones de tratamiento no han tenido éxito o no son adecuadas. Recomendación: GPC SIGN 159 1.Se debe ofrecer la dieta cetogénica como una opción de tratamiento en niños con epilepsia resistente a los medicamentos 2.Se debe considerar la dieta cetogénica después de que un niño no haya respondido a dos medicamentos antiepilépticos 3.Se debe probar la dieta cetogénica durante al menos 3 meses en niños con epilepsia resistente a los medicamentos para evaluar su eficacia, considerando la continuación de la dieta cetogénica en función de los riesgos y beneficios en cada visita y después de 2 años de uso continuo.
Fuerza de la recomendación: NICE: Débil; SIGN: 1(Fuerte); 2(Opinión de Expertos); 3(Opinión de Expertos)
Nivel de evidencia: NICE: Bajo a muy bajo; SIGN: Bajo a muy bajo
Concepto de clínicos: Ninguno
Decisión: Desarrollo de novo
Justificación: En muchos contextos clínicos, las guías no han proporcionado recomendaciones claras sobre cuándo y cómo implementar la dieta cetogénica en algunos subgrupos de pacientes con epilepsia. El desarrollo de novo permite abordar esta laguna, ofreciendo una recomendación personalizada para escenarios clínicos desafiantes donde otras opciones terapéuticas no son adecuadas o han fallado. Además, la recomendación debe estar acompañada de consideraciones para su implementación dado que la dieta cetogénica requiere la supervisión de un especialista en epilepsia, idealmente en un centro terciario, para garantizar una monitorización adecuada de los efectos adversos potenciales y asegurar que se cumplen los objetivos nutricionales y de control de crisis epilépticas. La evaluación cuidadosa y personalizada es clave para minimizar riesgos como deficiencias nutricionales, problemas de crecimiento o complicaciones metabólicas, especialmente en niños y adolescentes. Por lo anterior, se concluye que ninguna de las dos GPC responden adecuadamente a las preguntas y es necesario desarrollar de novo esta recomendación

5.2.3.4.5 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de cáncer colorrectal: Fundación Valle de Lili

La mesa técnica cáncer colorrectal, se realizó de manera sincrónica virtual durante una sesión de trabajo, con la participación de un experto clínico

(cirujano oncólogo) y de dos coordinadoras metodológicas. Durante la sesión se realizó la presentación con una explicación breve de la metodología del Adolopment y de las cuatro preguntas clínicas priorizadas (fueron diete preguntas priorizadas, pero se encontraron respuestas en la GPC para cuatro preguntas) con sus respectivas recomendaciones extraídas de la tres GPC seleccionadas, adicionalmente la evidencia disponible que soportaba cada recomendación. El objetivo fue conocer su postura y análisis crítico respecto a cada recomendación.
La tres GPC seleccionadas para responder las preguntas expuestas al experto clínico y que dieron respuesta completa a cada una de las cuatro preguntas priorizadas, fueron:

3. IETSI. Guía de Práctica Clínica N° 02-2024: Para el Tamizaje del Cáncer Colorrectal en el Primer Nivel de Atención. Publicada en 2024 (36)
4. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Cáncer de Colon. Actualizada en 2023(37)
5. Gilberto Lopes et al., Early Detection for Colorectal Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline. JGO 5, 1-22(2019) (38)

Las tres guías fueron evaluadas con el instrumento AGREE II y obtuvieron, en los criterios de independencia editorial y rigor metodológico (criterios 3 y 6 del AGREE), una calificación final superior al 60% (**Anexo 4.6**).

A continuación, se presentan las preguntas priorizadas, las recomendaciones para abordarlas, de la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados por el experto sobre el ejercicio y los puntajes del AGREE-Rex para tomar las decisiones respecto a la recomendación, con base en lo expuesto en la metodología del Adolopment. Para las tres preguntas que no se respondieron con las guías seleccionadas, se debe continuar con el desarrollo de novo.

- **Pregunta 1: ¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos y sin factores de riesgo conocidos, pertenecientes a la población general, para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal?**

Recomendaciones:
1) En adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo para el desarrollo de CCR, sugerimos no brindar tamizaje de CCR.

Durante la anamnesis, indague sobre la presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo: • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa). • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]). • Antecedente personal de pólipos adenomatosos. **2)** En adultos mayores de 75 años, asintomáticos, y de población general, sugerimos no brindar el tamizaje de CCR, sobre todo si son adultos mayores de 80 años pues en ellos se desconocen los beneficios del tamizaje. Sin embargo, la decisión puede ser individualizada teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes, la aceptabilidad y tolerabilidad a las pruebas diagnósticas que se le ofrezca, la expectativa de vida y el estado de salud.
Fuerza de la recomendación: 1) débil en contra(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) muy baja (GRADE); 2) baja.
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: adaptar
Justificación: Aunque la evidencia sobre el tamizaje es de baja calidad, los expertos coinciden en que un tamizaje adecuado permite diagnósticos más oportunos, lo cual es clave para mejorar los resultados en salud. A pesar de la limitada robustez de los datos, el tamizaje facilita la detección temprana de signos y síntomas, lo que ayuda a prevenir la progresión de enfermedades y optimiza los recursos de tratamiento.

- **Pregunta 2: ¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos con algún factor de riesgo, para desarrollar cáncer colorrectal, para reducir la incidencia y mortalidad asociadas?**

Recomendaciones: en adultos asintomáticos, con alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, sugerimos brindar el tamizaje de CCR con colonoscopia: • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa) • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]) • Antecedente personal de pólipos adenomatosos
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) muy baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico

Decisión: adaptar
Justificación: El tiempo entre la aparición de los síntomas y la realización de una colonoscopia es un factor crítico para el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades colorrectales. Un retraso prolongado en la colonoscopia después de la presentación de síntomas puede permitir la progresión de la enfermedad, lo cual afecta negativamente el pronóstico y las opciones de tratamiento.

- **Pregunta 6: ¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía (laparoscópica o abierta) con quimioterapia adyuvante en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer de colon en etapas clínicas I-IIIC para mejorar la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, y la calidad de vida?**

Recomendación 1: En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y sin factores de riesgo de recurrencia, sugerimos no brindar quimioterapia adyuvante de manera rutinaria.
Fuerza de la recomendación: 1) débil en contra(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) muy baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: adaptar
Justificación: El nivel de complejidad en el manejo del cáncer aumenta con cada nueva línea de quimioterapia debido a la resistencia tumoral y la toxicidad acumulada. Esto exige un enfoque multidisciplinario, infraestructura adecuada y monitoreo constante para optimizar los resultados y reducir efectos adversos, especialmente en entornos de alta especialización.

Recomendación 2: En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y con al menos un factor de riesgo de recurrencia, sugerimos brindar quimioterapia adyuvante.
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) muy baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: adaptar
Justificación: Para esta recomendación, los clínicos sugirieron considerar la administración de un esquema de quimioterapia en pacientes adultos con cáncer de colon en estadio II que presentan al menos un factor de riesgo de recurrencia. La recomendación es condicional y a favor de la quimioterapia adyuvante, aunque la certeza de la evidencia es muy baja. Los factores de riesgo a considerar incluyen un tumor T4, histología poco diferenciada, invasión linfovascular o perineural, cirugía de

emergencia, extracción de menos de 12 ganglios linfáticos, o margen de resección positivo.

Recomendación 3: En pacientes adultos con cáncer de colon resecado en EC III de bajo riesgo, sugerimos brindar quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6 meses.
Fuerza de la recomendación: 1) débil a favor(GRADE)
Nivel de evidencia: 1) muy baja (GRADE)
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: adaptar
Justificación: Para esta recomendación, los clínicos enfatizaron la importancia de evaluar el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de colon en estadio III de bajo riesgo. La sugerencia es administrar quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6, aunque en casos específicos podría considerarse extender a 6 meses tras una revisión cuidadosa de factores como tipo de tumor, integridad de la resección, ganglios examinados, comorbilidades y preferencias del paciente.

- **Pregunta 7: ¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía, combinada con quimioterapia y/o radioterapia, en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer rectal en etapas I-III, para mejorar la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la calidad de vida?**

Recomendaciones: El tratamiento es principalmente quirúrgico; el tipo depende del nivel de recursos. En pacientes con cáncer de recto cT3N0 clínicamente resecable, cáncer de recto en estadio II de alto riesgo y todos los pacientes con cáncer de recto en estadio III, se recomienda quimioterapia y/o radioterapia, dependiendo de los recursos y los factores de riesgo. Las decisiones sobre la terapia neoadyuvante deben basarse en factores preoperatorios. Estadio I (T1N0, T2N0) y estadio IIA (T2N0 clínicamente resecable sin indicación de resonancia magnética, con resecciones R1 o R2) -Los oncólogos cirujanos y/o los cirujanos colorrectales deben realizar la escisión mesorrectal total siguiendo los principios oncológicos estándar, utilizando las técnicas más avanzadas
Fuerza de la recomendación: 1) fuerte(GRADE)
Nivel de evidencia: alta
Concepto de clínicos: El experto no emitió concepto clínico
Decisión: adoptar

Justificación: los clínicos indican que esta recomendación puede adoptarse sin embargo sugieren que se tenga en cuenta en los desenlaces de interés clínico la oportunidad de inicio de tratamiento menor a 30 días

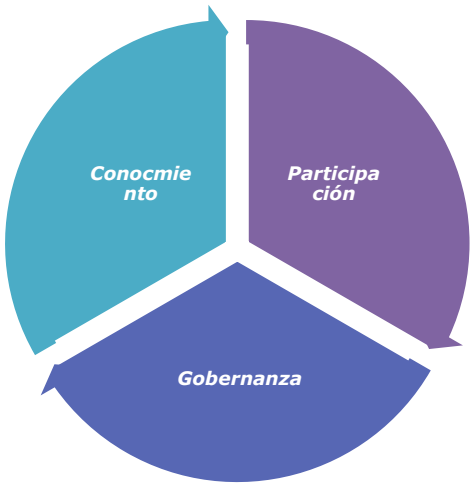
5.2.3.4.6 Mesa técnica con expertos para evaluación de recomendaciones para GPC de trauma intracraneal: Clínica Social Salud SAS de Sincelejo

Para el tema de trauma intracraneal en adultos en UCI, se priorizaron 12 preguntas clave que no fueron abordadas por la única GPC que cumplió los criterios de calidad. Ante la falta de guías que respondan estas preguntas, es necesario desarrollar recomendaciones de novo, basadas en una evaluación exhaustiva de la evidencia.

5.3 Análisis del ejercicio de aplicación, identificación de barreras, facilitadores, tiempos para desarrollar las actividades contempladas en el manual, fuentes de información y recursos necesarios para aplicarlas en Colombia, así como oportunidades de mejora a la propuesta metodológica actual de la GM.

La presentación de los resultados del análisis del ejercicio de aplicación se realiza a partir de los hallazgos conjuntos de todos los actores participantes en el mismo, como se describió en la metodología. Los temas clave que emergen de los participantes se relacionan con 3 aspectos que son recurrentes en los diferentes instrumentos aplicados: el primero tiene que ver con *el conocimiento*, el segundo con *la participación* y un tercer tema relacionado con *la gobernanza* (figura 1). Estos tres temas se encuentran articulados y representan las mayores preocupaciones, retos y necesidades de ajuste de cara a la propuesta metodológica de la GDG. A continuación, se desarrolla la descripción de cada uno.

Figura 1. Temas emergentes


Conocmie
nto
Participa
ción
Gobernanza

5.3.1 Conocimiento

Este tema expresa las percepciones sobre el rol del conocimiento para llevar a cabo un ejercicio efectivo de priorización de temas y preguntas y de decisión sobre desarrollar de novo/adaptar o adoptar guías. El grueso de los participantes, afirman que quienes se involucren en estos pasos deben poseer un conocimiento mínimo y pertinente, ya sea clínico o metodológico, que permita no solo una correcta y efectiva priorización, sino también la comprensión del impacto de este momento en el proceso global del desarrollo de las GPC y de la necesidad de que las decisiones de priorización sean representativas de la práctica clínica o de los procesos de atención en salud, los cuales no siempre se alinean con las necesidades o mirada sobre los problemas de salud por parte de la autoridad sanitaria, dado su rol en el sistema de salud.

En línea con lo anterior, algunos participantes refirieren la necesidad de ser entrenados de manera permanente en este tipo de temas para aportar de una mejor manera al logro de los objetivos de priorización, ya que la falta de claridad sobre el uso y pertinencia de una GPC puede significar que se prioricen temas que no se responden con este tipo de herramientas de estandarización de la práctica clínica, por lo tanto se debe reorientar constantemente el proceso o la expectativa de los involucrados que pueden considerar que un tema de gestión sanitaria, de financiamiento o de cualquier otro ámbito, aunque relacionado con la atención clínica, puede ser *resuelto* con una herramienta que no esta diseñada para ello. La dupla conocimiento temático y conocimiento metodológico, se identifica como un facilitador del ejercicio en la medida en que esta complementariedad no solo posibilita una visión integral, sino que hace expedita, aterrizada y fluida la experiencia de involucramiento de los participantes. En contraste, cuando no se cuenta con el conocimiento, el ejercicio se dilata, genera reprocesos, reduce el logro oportuno de objetivos en estas etapas e impacta en los resultados.

Es importante mencionar que para los ejercicios de priorización se diseñó ad hoc una herramienta que facilitará el proceso de priorización, al respecto es importante mencionar, qué esta responde a una necesidad de contar con criterios explícitos para este proceso y transparentar la toma de decisiones dado que actualmente no se cuenta con un proceso formal y explicito en cabeza del ente gestor para este proceso; frente a ésta los actores valoraron de manera positiva su uso en el ejercicio, sin embargo no fue utilizada de manera general por todos los actores, lo que dificultó valorar el rol de herramientas estandarizadas para orientar este proceso.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en esta dimensiones a partir del cuestionario:

Tabla 14. Resultados valoración de herramientas y estrategias

ITEM	Mediana obtenida en la escala Likert*
Frente a la herramienta	
a. Los criterios utilizados fueron claros y orientaron de una manera adecuada el proceso de priorización de temas	4, 3
b. El diligenciamiento de la herramienta de priorización me implicó un tiempo adecuado	4, 3
c. La herramienta cumplió con su propósito y me permitió priorizar temas relevantes	4,7
Frente a las sesiones de trabajo	
a. Los criterios propuestos para la priorización de preguntas fueron claros y orientaron de una manera adecuada el proceso	4
b. Las sesiones de trabajo fueron adecuadas. suficientes y permitieron una priorización efectiva	4,3

Puntuación obtenida de formulario de autoridad sanitaria y formulario para IPS

Fuente: elaboración propia

En general, se puede observar que hay aceptación y acuerdo frente a la utilidad de este tipo de herramientas para orientar el proceso de priorización por parte de los actores.

5.3.2 Participación

El tema de la participación emerge de las percepciones y experiencia de los participantes en dos sentidos; el primero, en conexión con el tema de conocimiento y la necesidad de contar con la dupla conocimiento clínico y metodológico para el desarrollo de las etapas, y el segundo, como mecanismo para garantizar un proceso sostenible, ampliado y continuo.
En el primer sentido, los participantes en la valoración del ejercicio, expresaron que dada la falta de conocimiento de varios de ellos, reconocían como crucial que pudieran participar de una manera estructurada y formal expertos clínicos y académicos que permitieran una

mejor comprensión tanto del problema de salud como de los avances para su proceso de prevención y atención, así como metodólogos que tuvieran la capacidad de orientar el paso a seguir con estructura y rigor de modo para reducir los sesgos en la toma de decisiones, pero además para canalizar de una manera asertiva las preocupaciones clínicas y las exceptivas de política. En este sentido, el proceso de priorización requeriría de la participación conjunta, equilibrada y permanente de actores como las sociedades científicas y el IETS, como institución que en su cotidianidad trabaja con métodos y evidencia.

En este tema de la participación se mencionan como barrera que varias de las personas designadas para involucrarse en el proceso tenían roles o contratos temporales, que no siempre les permitía participar o se involucraron en momentos distintos, sin tener estas competencias o conocimientos, lo que complejizaba su participación informada y adecuada.

En cuanto al segundo sentido, algunos participantes en el ejercicio consideran que un mecanismo participativo, programado en tiempos y procesos, es una alternativa altamente esperable para reducir las brechas y favorecer la identificación de temas, necesidades y situaciones abordables desde una GPC para su desarrollo, con deliberaciones periódicas que posibiliten la confluencia de experticias y conocimientos en un solo espacio robusteciendo la toma de decisiones. Esto requeriría algún tipo de aprestamiento para los involucrados, dado que se reconoce que la implementación de metodologías participativas requiere abordar la heterogeneidad de la prestación de los servicios en el país y de acceso a este tipo de metodologías en los territorios con menos capacidades técnicas.

5.3.3 Gobernanza

Este último tema, representa la articulación entre los temas anteriores: conocimiento y participación, alrededor de un modelo que permita establecer de manera explícita y clara los relacionamientos, procesos y roles de los actores llamados a priorizar y definir los temas y preguntas a ser abordadas en las GPC, en el entendido que las guías son un recurso relevante y requieren de una inversión como país para contar con la mejor evidencia para la toma de decisiones clínicas.

Algunos participantes en el ejercicio mencionaron la necesidad de contar con un mecanismo explicito que facilite el liderazgo de manera ordenada y estructurada estos procesos de priorización y definición de desarrollo/adaptación/adopción de guías en el país, con criterios estandarizados y consultables por cualquier actor interesado. Y es allí dónde pudiese requerirse un esfuerzo mayor de ajuste a los actuales procesos existentes. Contar con un mecanismo explicito y definido en el tema de guías puede impactar de manera importante la transparencia, sostenibilidad del proceso, unidad de criterios, adherencia y aceptación por parte de las IPS y los clínicos y optimizar los recursos en un contexto de limitaciones presupuestales y presión cada vez mayor de nuevas e innovadoras tecnologías.

5.3.4 Oportunidades de mejora

Con base en el análisis del ejercicio, se han identificado elementos estratégicos para mejorar y adecuar los procesos de priorización de temas y preguntas y toma de decisiones frente al desarrollo de novo/adopción/adaptación, entre los cuales se encuentran:

- Fortalecimiento o generación de un modelo de gobernanza para la priorización de guías en el país, esto implica procedimientos, procesos, roles y relacionamientos de los actores involucrados.
- Generar mecanismos participativos, conjuntos y ampliados.
- Favorecer la estandarización y explicitar los criterios de priorización de guías.
- Generar estrategias de capacitación para los involucrados de modo que se posibilite una participación informada y adecuada. Esto debe incluir procesos diferenciales o adaptados a las capacidades técnicas heterogéneas de los territorios.
- Contar con plataformas de socialización continua sobre las decisiones de priorización de GPC en el sistema de salud.

5.4 Propuesta de implementación orientada a la divulgación y socialización para la adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización de las recomendaciones de la GM, con énfasis en prestadores.

Como se explicó en el numeral 4.7 a continuación se desarrolla la primera fase de planeación para divulgar y promover la implementación de la

metodología para la adopción, adaptación o desarrollo de novo de las Guías de Práctica Clínica, con énfasis en prestadores en Colombia.

5.4.1 Análisis de los públicos objetivo

El análisis de los públicos objetivo es clave para diseñar una estrategia de divulgación efectiva, ya que cada grupo tiene características, necesidades y motivaciones específicas. A continuación, se detalla el perfil de cada público y los enfoques que pueden maximizar su participación e impacto en la implementación de la guía.

5.4.2 Perfiles, motivaciones y orientación de la comunicación

5.4.2.1 Áreas de calidad

- **Perfil**: este grupo está conformado por profesionales que supervisan la calidad del servicio dentro de las instituciones de salud, lo que incluye la implementación de protocolos y guías clínicas. Tienen experiencia tanto en el área clínica como en la gestión administrativa, por lo que están muy enfocados en mejorar los indicadores de calidad, eficiencia operativa y cumplimiento normativo.
- **Motivaciones**: les interesa que las guías sean prácticas, aplicables y mejoren la calidad de los servicios sin aumentar la carga administrativa. Su prioridad es asegurar que las Guías de Práctica Clínica (GPC) tengan un impacto tangible en la mejora de los resultados clínicos y la reducción de la variabilidad en la atención.
- **Orientación de la comunicación**: demostrar cómo la metodología y la GM facilitan la integración de las GPC en el marco de gestión de calidad de su institución. Involucrar ejemplos prácticos y estudios de caso que muestren cómo su implementación puede optimizar procesos, reducir errores clínicos y cumplir con las normativas del sistema de salud colombiano. Los talleres deberían incluir métricas de calidad y eficiencia, vinculadas directamente a la adopción de la metodología.

5.4.2.2 Expertos clínicos

- **Perfil**: son médicos y otros profesionales de la salud con amplia experiencia en su campo de especialidad, que generalmente ocupan posiciones de liderazgo en los equipos clínicos dentro de las IPS. A

menudo actúan como referentes técnicos para la toma de decisiones clínicas y están interesados en garantizar que las decisiones se basen en evidencia sólida.

- **Motivaciones**: están enfocados en la mejora continua de los estándares clínicos, asegurando que las prácticas estén alineadas con la mejor evidencia disponible. Tienen un interés especial en cómo las guías pueden reducir la variabilidad en los tratamientos y mejorar los resultados de salud de sus pacientes. Sin embargo, también valoran la flexibilidad de adaptar guías internacionales a las realidades locales y específicas de su entorno.
- **Orientación de la comunicación**: resaltar el rigor metodológico y su capacidad de mejorar la práctica médica basada en evidencia.

5.4.2.3 Comités de investigación (en IPS públicas y privadas de todos los niveles de atención)

- **Perfil**: están conformados por profesionales que evalúan, aprueban y supervisan los proyectos de investigación clínica dentro de las IPS. Generalmente incluyen investigadores con experiencia tanto en investigación básica como aplicada, así como especialistas en bioética y miembros administrativos. Su función es garantizar que los estudios cumplan con los más altos estándares científicos y éticos.
- **Motivaciones**: están enfocados en asegurar que la investigación dentro de las instituciones esté alineada con las prioridades clínicas y los estándares nacionales e internacionales. Les interesa cómo la implementación de guías puede impactar en la generación de nuevos conocimientos y mejorar los resultados de los estudios clínicos. También están interesados en que los estudios apoyen la toma de decisiones en las IPS y mejoren la práctica clínica.
- **Orientación de la comunicación**: conectar la metodología con la investigación clínica, mostrando cómo su adopción puede fortalecer la base de evidencia para futuras investigaciones y mejorar la calidad de los estudios que se desarrollen en las IPS.

5.4.3 Enfoque por nivel de atención y tipo de IPS

- **IPS públicas**: en las instituciones públicas, los recursos limitados y la presión por mejorar la eficiencia son consideraciones importantes. Los mensajes deben resaltar cómo la adopción de la

metodología puede optimizar los procesos, mejorar los indicadores de calidad y reducir costos operativos. En las IPS de baja complejidad, esta estrategia de divulgación y promoción debe llegar con mayor fuerza, dado que es posible que no cuenten con el suficiente recurso humano para hacer traducción del conocimiento e implementación.

- **IPS privadas**: en las IPS privadas, donde la competitividad y la reputación son prioridades, se debe destacar cómo la implementación de la metodología mejora la excelencia clínica y puede ofrecer un diferenciador en términos de calidad de servicio. En el caso de IPS de alto nivel de complejidad, la Guía Metodológica puede ser percibida como una herramienta para mantenerse al día con los estándares internacionales y garantizar la adopción de prácticas basadas en la mejor evidencia disponible.

5.4.4 Actividades

Objetivo específico	Actividad	Canal	Actor de interés	Indicador
Socializar la metodología y sensibilizar a los públicos objetivo sobre la importancia de ésta en la creación de GPC.	Diseñar pieza de invitación a la socialización virtual de la metodología (webinario)	Correo electrónico	Todos	N/A
	Crear un hashtag para posicionar el tema en redes sociales cuando se publique información relacionada. Ejemplo: #MetodologíaGPC	N/A		
	Invitar, con mínimo dos semanas de anticipación, al webinario por medio de la pieza ya diseñada y cartas personalizadas a los líderes de los públicos objetivo para que movilicen a más asistentes. Crear un formulario de inscripción para tener los datos de los asistentes y programar la sesión por el calendario virtual.	Correo electrónico y redes sociales del MSPS		Número de correos enviados/ Número de asistentes
	Publicar el documento completo con acceso público	Página web del Ministerio		Número de vistas en línea
	Desarrollar un webinario, de máximo 1 hora 30 minutos, para presentar los principales aspectos de la metodología y la ruta de acceso para leer el documento completo. Al finalizar, realizar un *test* corto de conocimiento con tres preguntas para validar que han entendido lo expuesto, además de la sesión de preguntas y respuestas.	Microsoft Teams o plataforma preferida para videollamadas, con transmisión por YouTube para que el video quede grabado y guardado en el canal del Ministerio		Número de participantes en vivo y número de vistas de la grabación

Objetivo específico	Actividad	Canal	Actor de interés	Indicador
Facilitar la interpretación de la metodología por medio de la divulgación del Abecé de la Guía Metodológica.	Publicar la cartilla Abecé de la Guía Metodológica en un enlace público	Página web del MSPS	Todos	Número de vistas en página web
	Promover la consulta de la cartilla por medio de la publicación de las dos piezas promocionales entregadas usando el hashtag definido en la táctica anterior.	Redes sociales y correo electrónico a los actores interesados		Número de interacciones en redes
Promover la adopción de la metodología para la adopción, adaptación o desarrollo de novo de las GPC.	Diseñar un taller práctico virtual, de máximo 2 horas, con estudio de caso, que muestre cómo la implementación de la metodología puede optimizar los procesos del área de calidad. El taller incluye: activación de conocimiento, breve explicación, caso práctico, breve evaluación de conocimientos.	N/A	Área de calidad de las IPS	N/A
	Invitar al taller práctico dando prioridad a las IPS públicas. Se sugiere tener diez sesiones, cada una con máximo 15 participantes, para que se pueda sacar mayor provecho al taller y haya una explicación semi personalizada. En todas las sesiones se dicta el mismo contenido.	Correo electrónico		Número de correos enviados/ Número de asistentes
	Ejecutar todas las sesiones del taller práctico virtual	Microsoft Teams o plataforma preferida para videollamadas y un tablero interactivo como Jamboard.		Resultados del test de conocimiento

El material gráfico que puede apoyar estos procesos se adjunta en la carpeta “material suplementario”

5.4.5 Cronograma (7 semanas)

Mes	Mes 1				Mes 2		
Semanas	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3
Diseñar pieza de invitación a la socialización virtual	X						
Crear hashtag	X						
Invitar al webinario		X					
Publicar documento		X					
Crear un hashtag	X						
Diseñar pieza de invitación al webinario	X						
Desarrollar el webinario			X				
Publicar Abecé de la Guía Metodológica			X				
Publicar las dos piezas promocionales de la cartilla			X	X			
Diseñar el taller práctico virtual				X			
Invitar al taller práctico virtual				X	X		
Ejecutar todas las sesiones del taller						X	X

5.4.6 Consideraciones generales

- Presentar la metodología de manera clara, concisa y accesible para asegurar que sean comprendidos por una amplia audiencia. Explicar la jerga técnica con la mayoría de los actores de interés y utilizar ejemplos concretos y visualizaciones de datos para facilitar la comprensión.

- Adaptar el contenido de los mensajes a las necesidades e intereses específicos de cada actor o grupo de interés.

- Fomentar la participación activa de la audiencia, en el webinario y taller virtual, a través de la generación de discusiones, preguntas y comentarios. Organizar sesiones de preguntas y respuestas y foros de discusión en línea para permitir el intercambio de ideas y experiencias entre los participantes.

- Evaluar el impacto implementando mecanismos de seguimiento y evaluación para medir el alcance de las actividades de difusión. Esto puede incluir el análisis de la participación en redes sociales, la recopilación de comentarios de la audiencia y la evaluación del cambio en el conocimiento y la actitud de la audiencia.

5.5 Conclusiones

Para implementar la metodología Adolopment, en el proceso de adopción/adaptación, desarrollo de novo o actualización de recomendaciones de GPC, es esencial contar con un equipo multidisciplinario que integre expertos clínicos, quienes comprenden las necesidades locales y las realidades de la práctica clínica, junto con metodólogos especializados en la evaluación, adaptación y adopción de la evidencia científica. La colaboración entre ambos es clave para definir adecuadamente el alcance de la guía y formular preguntas relevantes y contextualmente apropiadas que se deben responder. La participación temprana de los expertos clínicos fortalece la aplicación de Adolopment y previene errores y reprocesos, asegurando una adecuada aplicación de esta metodología.

Los tiempos pueden convertirse en una barrera significativa en la implementación de la metodología Adolopment. Para asegurar el éxito del proceso, es crucial asignar tiempos específicos a cada paso y contar con

un equipo que tenga la disponibilidad necesaria para cumplir con estos plazos de manera eficiente y realizar reuniones periódicas para el avance del producto, como se evidencia en el Anexo 4.8. Esto implica:

- Definición del alcance y selección de temas: Este paso requiere una planificación cuidadosa y puede tomar varias semanas, dependiendo de la complejidad del tema y la necesidad de priorización. La disponibilidad de expertos en esta fase es fundamental para asegurar que el proceso avance de manera oportuna.
- Formulación de preguntas: Este paso debe contar con un tiempo asignado, generalmente entre 2 a 8 semanas y que estas sean adecuadamente priorizadas, para garantizar que las preguntas sean precisas y estén alineadas con la realidad clínica. La participación de expertos clínicos y metodólogos debe estar bien coordinada
- Búsqueda y evaluación de GPC: Es un proceso que puede llevar de 3 a 4 semanas, ya que implica una búsqueda sistemática en bases de datos y una evaluación rigurosa de la calidad de las guías seleccionadas.
- Adopción, adaptación o desarrollo de novo de recomendaciones nuevas o actualizadas: Dependiendo de si se decide adoptar, adaptar o desarrollar de nuevo las recomendaciones, esta fase puede requerir tiempos variables. Adaptar guías podría llevar entre 6 y 12 semanas, mientras que desarrollar de novo puede requerir más tiempo.

Otro aspecto crucial para el éxito de la metodología Adolopment es el **apoyo institucional** y la **disponibilidad de recursos adecuados.** Contar con el respaldo de las instituciones clave y con un financiamiento suficiente es indispensable para asegurar que cada etapa del proceso se desarrolle sin interrupciones. Además, es fundamental disponer de una infraestructura tecnológica y plataformas que faciliten el trabajo colaborativo, lo cual es esencial para ejecutar todos los pasos necesarios en la aplicación de la metodología Adolopment de manera eficiente.
La **capacitación continua** y el **desarrollo de capacidades** del equipo también juegan un papel central en el éxito de este enfoque. Mantener a los expertos clínicos y metodológicos actualizados en las mejores prácticas y en el uso de herramientas de evaluación es fundamental para garantizar que la aplicación de la metodología sea rigurosa y esté alineada con los estándares más recientes de la ciencia y la práctica clínica. Estas

acciones aseguran que el equipo esté bien preparado para adaptar, adoptar o desarrollar nuevas guías de manera efectiva, maximizando el impacto de las recomendaciones en la mejora de la atención sanitaria.
La comunicación clara y transparente entre todos los actores involucrados es fundamental para el éxito de la implementación de la metodología Adolopment. Es crucial documentar cada paso del proceso y mantener un flujo constante de información entre los miembros del equipo y las partes interesadas, lo que garantiza una alineación precisa de los objetivos y promueve la transparencia en la toma de decisiones.

5.5.1 Implicaciones para la GM

Como parte de este ejercicio, se identificaron aspectos importantes de mejora en la GM: hacer enfasis y generar herramientas prácticas para la realización de los procesos de priorización de temas para realizar GPC o en la construcción, priorización y generación de las preguntas que deben incluirse en un desarrollo de una GPC independiente de si es de novo o una actualización, y por tanto, una clara y estructurada definición de alcance. Si bien, los pasos metodológicos son comunes tanto para GPC nacionales que realiza el MSPS, como las que realicen las IPS, para estas últimas se debe hacer especial enfasis en las características intrínsecas de la población que es atendida por la IPS.
Otro aspecto relevante derivado de este ejercicio de aplicación de la metodología de decisión para la adopción/adaptación o desarrollo de novo o actualización para el desarrollo GPC, es el involucramiento de los actores que deben participar en la elaboración de GPC, tanto a nivel de MSPS como a nivel de IPS, ya que las perspectiva clínica y metodológica debe estar claramente representada en los grupos desarrolladores de GPC, así como los pasos metodológicos detallados de manera explicita para el desarrollo de procesos de adopción/adaptación.
Los aspectos de mejora identificados con este ejercicio se recogen en el documento *"Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, versión 2024".*

6. Referencias

1. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. [Internet]. 2010 [citado el 17 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.MSPS.gov.co/salud/documents/gu%c3%ada%20metodol%c3%b3gica%20para%20la%20elaboraci%c3%b3n%20de%20gu%c3%adas.pdf

2. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2014;
3. ADAPTE Manual and Resource Toolkit [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2024]. Disponible en: https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/05/ADAPTE-Resource-toolkit-V2.1-March-2010-updated-disclaimer.pdf
4. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. GRADE: Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ. el 17 de mayo de 2008;336(7653):1106–10.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.MSPS.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3100 de 2019 [Internet]. [citado el 21 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.MSPS.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
7. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy. EUnetHTA Joint Action 2010-2012 [Internet]. Disponible en: EUnetHTA Joint Action 2010-2012
8. Mounesan L, Sayarifard A, Haghjou L, Ghadirian L, Rajabi F, Nedjat S. A Manual for Prioritizing the Topics of Clinical Practice Guidelines for Family Physicians. Int J Prev Med. 2016;7:64.
9. EAN. ean.org. [citado el 20 de agosto de 2024]. About EAN Guidelines for Neurologists. Disponible en: https://www.ean.org/research/ean-guidelines/about-ean-guidelines-for-neurologists
10. 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. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):225–8.
11. Ketola E, Toropainen E, Kaila M, Luoto R, Mäkelä M. Prioritizing guideline topics: development and evaluation of a practical tool. J Eval Clin Pract. 2007;13(4):627–31.
12. Reveiz L, Tellez DR, Castillo JS, Mosquera PA, Torres M, Cuervo LG, et al. Prioritization strategies in clinical practice guidelines development: a pilot study. Health Res Policy Syst. 2010;8:1–10.
13. McClarey M, Duff L. Identifying priorities for national clinical guidelines. Nurs Stand 2013. 1999;13(41):37.
14. El-Harakeh A, Morsi RZ, Fadlallah R, Bou-Karroum L, Lotfi T, Akl EA. Prioritization approaches in the development of health practice guidelines: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2019;19:1–10.
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ. el 21 de julio de 2009;339:b2700.
16. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. J Clin Epidemiol. diciembre de 2010;63(12):1308–11.
17. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. enero de 2017;81:101–10.
18. AGREE–REX Research Team 2019. The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation—Recommendation EXcellence (AGREE-REX) [Internet]. 2019 [citado el 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2019/04/AGREE-REX-2019.pdf
19. Ona DID, Jimeno CA, Jasul GV, Bunyi MLE, Oliva R, Gonzalez-Santos LE, et al. Executive summary of the 2020 clinical practice guidelines for the management of hypertension in the Philippines. J Clin Hypertens Greenwich Conn. septiembre de 2021;23(9):1637–50.

20. Daley CL, Iaccarino JM, Lange C, Cambau E, Wallace Jr RJ, Andrejak C, et al. Treatment of nontuberculous mycobacterial pulmonary disease: an official ATS/ERS/ESCMID/IDSA clinical practice guideline. Clin Infect Dis. 2020;71(4):e1–36.
21. Villanueva-Montes MÁ, Álvarez Navascués F, Gullón Blanco JA, Rodrigo Sanz T, Medina Gallardo JF, Caminero Luna JA, et al. Enfermedades por micobacterias no tuberculosas en España: tratamiento y evolución. Arch Bronconeumol. 2022;58(5):457–60.
22. Valdés F, Cid A. Micobacterias atípicas. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2004;95(6):331–57.
23. Esteban J, Navas E. Tratamiento de las infecciones producidas por micobacterias no tuberculosas. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. 2018;36(9):586–92.
24. World Health Organization. Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum (syphilis) and new recommendations on syphilis testing and partner services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/378213
25. Ministerio de Salud de Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019. 2019;306.
26. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 en la Persona Adulta Mayor. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2021 [citado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-657-21/ER.pdf
27. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986
28. Overview | Hypertension in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2019 [citado el 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/NG136
29. CENETEC. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [Internet]. [citado el 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf
30. CENETEC. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años de edad. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2023 [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-156-24/ER.pdf
31. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of suspected bacterial lower urinary tract infection in adult women. 2020 [Internet]. September; Disponible en: http://www.sign.ac.uk
32. IETSI. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA [Internet]. 2022. Disponible en: https://gpc-peru.com/tcm
33. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica Cáncer de mama en personas de 15 años y más Aprobada por Resolución Exenta N° 298 de fecha 24/02/2024. 2015.
34. NICE NI for H and CE. Epilepsies in children, young people and adults [Internet]. 2022 [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng217/resources/epilepsies-in-children-young-people-and-adults-pdf-66143780239813
35. SIGN SIGN (SIGN). Epilepsies in children and young people: investigative procedures and management [Internet]. 2021 [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.sign.ac.uk/media/1844/sign-159-epilepsy-in-children-final.pdf
36. IETSI. Guía de Práctica Clínica N° 02-2024: Para el Tamizaje del Cáncer Colorrectal en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/5718684-guia-de-practica-clinica-n-02-2024-para-el-tamizaje-del-cancer-colorrectal-en-el-primer-nivel-de-atencion
37. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Cáncer de Colon [Internet]. 2023. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Cancer-de-Colon_V.-Corta.pdf

38. Lopes G, Stern MC, Temin S, Sharara AI, Cervantes A, Costas-Chavarri A, et al. Early Detection for Colorectal Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline. J Glob Oncol. el 1 de febrero de 2019;(5):1–22.
39. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Política de Transparencia [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/Pol%C3%ADtica_Transparencia_final.pdf
40. Mesa L, Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud [Internet]. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS; 2020 [citado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/Guia_para_el_involucramiento_de_actores.pdf
41. Hunger T, Schnell-Inderst P, Sahakyan N, Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: a guideline review. Int J Technol Assess Health Care. 2016;32(3):131–9.
42. Beltrán E. Metodología para identificación y gestión de los conflictos de interés. Fundamentos conceptuales y procedimentales. Bogotá: IETS; 2020.
43. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Gestión de conflictos de interés [Internet]. Disponible en: http://www.iets.org.co/ciudadania/comite-de-gestion-de-los-conflictos-de-intereses/
44. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(4):367–416.
45. Haworth CS, Banks J, Capstick T, Fisher AJ, Gorsuch T, Laurenson IF, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). Thorax. 2017;72(Suppl 2):ii1–64.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica del recién nacido con asfixia perinatal. abril de 2013; Disponible en: https://www.MSPS.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Asfix.pdf
47. Asociación Colombiana de Neonatología. Consenso de expertos: diagnóstico, manejo, monitoreo y seguimiento del recién nacido con asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica (EHI) e hipotermia terapeutica (HT) [Internet]. 2021. Disponible en: https://ascon.org.co/wp-content/uploads/2021/02/CONSENSO-NEUROLOGIA-Y-NEONATOLOGIA1.pdf
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.
49. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. World Health Organization; 2017.
50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de la salud. 2015.
51. Care D. Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46:S1–267.
52. Grant PJ, Cosentino F. The 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: New features and the 'Ten Commandments' of the 2019 Guidelines are discussed by Professor Peter J. Grant and Professor Francesco Cosentino, the Task Force chairmen. 2019;
53. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA) [Internet]. 2da edición. Guía No 18. 2017. Disponible en: gpc.mimsalud.gov.co
54. Public Health England. Diagnosis of urinary tract infections. 2020 [Internet]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f89809ae90e072e18c0ccc2/UTI_diagnostic_flowchart_NICE-October_2020-FINAL.pdf
55. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary tract infections in adults. 2023 [Internet]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/qs90

56. Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicada. 2023 [Internet]. Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/1120
57. European Association of Urology (EAU). Urological Infections. 2024 [Internet]. Disponible en: https://uroweb.org/guidelines/urological-infections
58. NICE. Head injury: assessment and early management [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2023 [citado el 16 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng232/resources/head-injury-assessment-and-early-management-pdf-66143892774085

7. Anexos

Anexo 1. Mapeo de actores

Informe de mapeo de los actores, contacto con partes interesadas y conformación del grupo de trabajo

Introducción

La participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (39).

En este marco, el IETS favorece el involucramiento de actores interesados en los proyectos que ejecuta, pues configura una participación muy importante en la medida en que los espacios de deliberación con las partes interesadas son clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales de los procesos y que no son necesariamente identificables en la literatura (40). En términos generales, se espera que los actores aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia y conocimiento derivado de la práctica alrededor del tema en particular (41), y que permitan orientar los procesos de toma de decisiones en salud (40). Es por esto por lo que se busca que quienes participen sean expertos en el tema: los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método; cuentan, además, con la formación y trayectoria suficiente para ser reconocidos como conocedores en profundidad (40).

Para el caso específico del análisis de la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM), se requiere de expertos delegados por instituciones prestadoras de salud de los diversos niveles de atención y complejidad, que tengan la responsabilidad de los temas de calidad y de desarrollo de guías de práctica clínica (GPC). Estos expertos conformaron las mesas técnicas en la que se aplicó la metodología de la GM (que incluye: herramientas, instrumentos y clasificación de GPC.)

A continuación, se describe con más detalle la gestión adelantada.

Metodología de convocatoria
Identificación de los actores

Todo proceso de gestión de espacios participativos comenzó con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, European Network for Health Technology Assesssment, por su sigla en inglés). Se entiende por actores aquellos que corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión; también son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política en salud (7).

En este contexto, para el análisis de la aplicación de la metodología incluida en la actualización del manual de guía de guías (GM) el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolló conforme el objetivo y alcance del involucramiento y la temática. Se tomaron en cuenta, así mismo, todos los niveles de atención y complejidad (primer, segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad), tipo de población (adultos y pediatría) la naturaleza jurídica de las organizaciones (si eran públicas o privadas), su nivel territorial (departamentales y municipales), su región y su voluntad de participar. Este último criterio fue determinante para su inclusión en el proceso y selección de 6 instituciones. A continuación, se relacionan las organizaciones que fueron contactadas:

Tabla 15. Organizaciones contactadas

Organización invitada	Naturaleza jurídica	Nivel de atención / Nivel de complejidad	Nivel territorial	Región	Interés en participar
Fundación Valle de Lili	Privada – Hospital universitario	Alta complejidad	Departamental (Valle del Cauca)	Pacífica	Confirma participación a través de dos delegados.
Instituto Nacional de Cancerología	Pública	Tercer nivel de atención	Nacional	Central	Confirma participación a través de dos delegados.

ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier	Pública	Primer nivel de atención	Departamental (Cundinamarca)	Central	No confirma participación.
ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Pública	Tercer nivel de atención	Departamental (San Andrés, Providencia y Santa Catalina)	Caribe	Confirma participación a través de dos delegados.
ESE Hospital José Cayetano Vásquez	Pública	Segundo nivel de atención	Departamental (Boyacá)	Central	Confirma participación a través de tres delegados.
ESE Hospital San Rafael de Leticia	Pública	Segundo nivel de atención	Departamental (Amazonas)	Amazónica	No confirma participación.
ESE Hospital San Vicente de Arauca	Pública	Segundo nivel de atención	Departamental (Arauca)	Orinoquía	No confirma participación.
ESE IMSALUD	Pública	Primer nivel de atención	Municipal (Cúcuta)	Central	No confirma participación.
Fundación Clínica Leticia	Privada	Mediana complejidad	Municipal (Leticia)	Amazónica	No confirma participación.
ESE Hospital Local de Puerto Asís	Pública	Primer nivel de atención	Municipal (Puerto Asís)	Amazónica	No confirma participación.
ESE Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego	Pública	Primer nivel de atención	Municipal (Aguazul)	Orinoquía	No confirma participación.
ESE Hospital Malvinas Héctor Orozco Orozco	Pública	Primer nivel de atención	Municipal (Florencia)	Amazónica	No confirma participación.
CIMELL-Centro Integral de médicos especialistas del Llano IPS	Privada	Mediana complejidad	Departamental (Meta)	Orinoquía	No confirma participación.

ESE Hospital San José Del Guaviare	Pública	Segundo nivel de atención	Departamental (Guaviare)	Orinoquía	No confirma participación.
Clínica Imbanaco IPS	Privada	Alta complejidad	Departamental (Valle del Cauca)	Pacífica	Confirma participación a través de un delegado.
Corporación para la Salud Integral - CORPOSALUD IPS	Privada	Mediana complejidad	Municipal (Pasto)	Pacífica	No confirma participación.
ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre	Pública	Primer nivel de atención	Municipal (San Pedro de Sucre)	Caribe	Confirma participación a través de un delegado.

Fuente: elaboración propia.

A medida que se fueron confirmando los delegados, se fue enfocando la convocatoria en aquellas organizaciones que permitieran balancear el grupo de 6 IPS y tener cierto nivel de diversidad en la participación. En la siguiente tabla se refieren los expertos confirmados y que participaron en el proceso final:

Tabla 16. Expertos clínicos del grupo desarrollador

Organización que delega	Delegado	Perfil
Instituto Nacional de Cancerología	José Alexander Carreño Dueñas	Médico y cirujano. Especialista en epidemiología. Magíster en administración en salud. Candidato a doctor en oncología. Coordinador de investigación clínica del INC.
	Juan Camilo Fuentes Pachón	Médico y cirujano. Magíster en salud y seguridad en el trabajo. Candidato a magíster en epidemiología clínica. Coordinador metodológico del grupo de investigación clínica del INC.
ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá	Katerine del Carmen Sarmiento Algarín	Bacterióloga. Especialista en auditoría de los servicios de salud. Verificador de condiciones de habilitación. Actualmente líder de calidad de la ESE.
	Julio Antonio López Zárate	Médico y cirujano. Especialista en epidemiología. Médico epidemiólogo de la ESE.

	Francisco Vergara González	Médico y cirujano. Diplomado en Unidad de Cuidados Intensivos. Coordinador médico de la ESE.
ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Nicolle Smith Muñoz	Enfermera. Líder de epidemiología de la ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
	Ximena MClean	Bacterióloga. Auditora en sistemas integrados de gestión. Especialista en gerencias del SSST. Especialista en administración de salud. Magíster en calidad y gestión integral. Asesor de planeación y calidad de la ESE.
Clínica Imbanaco IPS	María Gabriela Caicedo Herrera	Médica y cirujana. Especialista en gerencia de la salud. Máster en medicina traslacional. Coordinadora de las GPC de la Clínica Imbanaco.
Fundación Valle de Lili	Vanessa Luna Murillo	Enfermera. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología clínica. Magíster en gerencia de servicios de salud. Coordinadora de gestión integral de calidad de la Fundación.
	Deysi Tatiana García López	Enfermera. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología. Supervisora de gestión clínica de la Fundación.
	Abraham Kestenberg	Médico. Cirujano de colon y recto.
ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre	Saimon Vital González	Enfermero. Asesor de calidad en salud de la ESE.

Fuente: elaboración propia.

Acompañan a este grupo los siguientes expertos metodólogos:

Tabla 17. Expertos metodólogos del grupo desarrollador del IETS

Nombre	Perfil
Ani Julieth Cortés	Epidemióloga de la Jefatura de síntesis de la evidencia y gestión de las tecnologías sanitarias.
Erica Natalia Tolosa	Epidemióloga de la Jefatura de síntesis de la evidencia y gestión de las tecnologías sanitarias.
Lina Morón	Epidemióloga de la Jefatura de síntesis de la evidencia y gestión de las tecnologías sanitarias.
Ana María Rojas	Epidemióloga de la Jefatura de síntesis de la evidencia y gestión de las tecnologías sanitarias.
Karen Cárdenas	Epidemióloga de la Jefatura de síntesis de la evidencia y gestión de las tecnologías sanitarias.

Lorena Mesa	Enfermera y doctora en salud pública. Jefe de métodos cualitativos e investigación social.
Andrea Lara Sánchez	Especialista de participación de la Jefatura de métodos cualitativos e investigación social.

Fuente: elaboración propia.

Gestión de los conflictos de intereses

Se parte de entender los conflictos de intereses (CDI) como aquellas "posibles situaciones de orden moral, intelectual y económico que pueden impedirle a una persona actuar en forma objetiva e independiente, ya sea porque le resulte particularmente conveniente, le sea personalmente beneficioso o porque sus familiares en los grados indicados en la ley se vean igualmente beneficiados" (39). En otras palabras, los conflictos de intereses son las tensiones que existen cuando los intereses privados pueden llegar a prevalecer sobre los intereses generales, colectivos o públicos (42).

En el IETS se ha establecido la política de transparencia mediante la cual se busca gestionar de forma adecuada los potenciales conflictos de intereses, asegurando la legitimidad y la transparencia de todos los procesos que el IETS tiene a su cargo, especialmente garantizando que quienes participen en los procesos no tengan intereses que puedan afectar su objetividad o incidir en las recomendaciones a favor de sus intereses personales (43).

El proceso de identificación y gestión de los CDI potenciales inicia con la declaración de estos por parte de los participantes. Para ello, el IETS dispone de un formato electrónico cuyo enlace se puede ver aquí: http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx Una vez los participantes han diligenciado el formato de declaración de CDI, la información entregada es analizada por parte del Comité de gestión de los conflictos de intereses con el fin de identificar, tipificar y gestionar los potenciales conflictos.

Para la adecuada gestión de los conflictos, la deliberación del comité parte del reconocimiento la inevitable tensión entre procurar el derecho a la participación y, al mismo tiempo, generar condiciones adecuadas que no

les resten legitimidad, validez y confiabilidad a la emisión de recomendaciones que se generan desde el IETS (42).

También se toman en cuenta los hechos con vigencia de dos años hacia atrás del momento en el que se hace la declaración, así como las características de los procesos o proyectos en los que las personas participarán o ejercerán sus funciones. Valorando caso a caso, se tipifican los conflictos de intereses (si son financieros, no financieros, personales u organizacionales), y se valora la experticia en función del tema utilizando una matriz que facilita el análisis y la ponderación de la experticia y del conflicto potencial (42).

Para los casos en los que la información consignada en los formatos no es suficiente, se solicita la aclaración respectiva por correo electrónico. Las respuestas enviadas por los actores también son tenidas en cuenta como elementos adicionales de análisis.

Con estos elementos de análisis (la experiencia y trayectoria profesional, la declaración de los potenciales CDI y las aclaraciones adicionales), el comité define el alcance de la participación de los actores de acuerdo con los niveles establecidos en la política de transparencia, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 18. Categorías de participación.

Alcance de la participación	Definición	Implicación
Participación	Identifica el conflicto como inexistente. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés en particular o cuando se declara algún interés que no guarda relación específica con el tema, proyecto o proceso.	La persona puede participar en todos los procesos y pasos sin limitaciones.
Limitación parcial	Identifica el conflicto como probable. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia y objetividad de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su	Se limita la participación del individuo en el proceso o procesos relacionados con el interés (específico o no específico) declarado y considerado potencialmente conflictivo. Así, su participación solo se dará en aquellos

	participación en algunas etapas del proceso.	ámbitos en los que el conflicto no se materialice.
Exclusión	Identifica el conflicto como confirmado. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	Se considera que, dada la importancia de los intereses declarados y su relación con el tema de interés, el individuo no debe participar ya que pondría en riesgo la validez del y/o la confianza en el proceso.

Fuente: elaborado a partir de política de transparencia (5).

Para los casos en los que la participación es limitada o no puede darse, se delibera sobre los posibles cursos de acción que buscan alcanzar un equilibrio reflexivo (42), lo que quiere decir que se pretende optimizar la experticia y disminuir el riesgo de materialización de los conflictos de intereses, generando recomendaciones de acción.

Se presenta a continuación la síntesis de los resultados del análisis y deliberación del comité de gestión de CDI respecto a los expertos participantes en el proceso:

Tabla 19. Matriz síntesis de declaración y análisis de conflictos de interés.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
José Alexander Carreño Dueñas	Experto	Ninguno	Médico y cirujano. Especialista en epidemiología. Magíster en administración en salud. Candidato a doctor en oncología. Coordinador de	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
			investigación clínica del INC.		
Juan Camilo Fuentes Pachón	Experto	Financiación para estudio económico de pruebas para detección de ERM en pacientes con LLA	Médico y cirujano. Magíster en salud y seguridad en el trabajo. Candidato a magíster en epidemiología clínica. Coordinador metodológico del grupo de investigación clínica del INC.	Conflicto financiero, personal e inespecífico.	Dado que su rol en el producto es muy puntual, su conflicto no está relacionado con el tema ni tampoco se materializará. Por lo tanto, tiene participación completa.
Katerine del Carmen Sarmiento Algarín	Experta	Ninguno	Bacterióloga. Especialista en auditoría de los servicios de salud. Verificador de condiciones de habilitación. Actualmente líder de calidad de la ESE.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Julio Antonio López Zárate	Experto	Ninguno	Médico y cirujano. Especialista en epidemiología. Médico epidemiólogo de la ESE.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Francisco Vergara González	Experto	Ninguno	Médico y cirujano. Diplomado en Unidad de Cuidados Intensivos. Coordinador médico de la ESE.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
Nicolle Smith Muñoz	Experta	Ninguno	Enfermera. Líder de epidemiología de la ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Ximena MClean	Experta	Ninguno	Bacterióloga. Auditora en sistemas integrados de gestión. Especialista en gerencias del SSST. Especialista en administración de salud. Magíster en calidad y gestión integral. Asesor de planeación y calidad de la ESE.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
María Gabriela Caicedo Herrera	Experta	Ninguno	Médica y cirujana. Especialista en gerencia de la salud. Máster en medicina traslacional. Coordinadora de las GPC de la Clínica Imbanaco.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Vanessa Luna Murillo	Experta	Ninguno	Enfermera. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología clínica. Magíster en gerencia de servicios de salud. Coordinadora de gestión integral de	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
			calidad de la Fundación.		
Deysi Tatiana García López		Ninguno	Enfermera. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología. Supervisora de gestión clínica de la Fundación.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Saimon Vital González	Experto	Ninguno	Enfermero. Asesor de calidad en salud de la ESE.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Ani Julieth Cortés	Experta metodóloga	Ninguno	Bacterióloga y laboratorista clínico. Magíster en epidemiología.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Erica Natalia Tolosa	Experta metodóloga	Ninguno	Médica y cirujana. Especialista en epidemiología. Especialista en evaluación económica de la salud. Magíster en salud pública.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Lina Sofía Morón	Experta metodóloga	Asistencia a eventos académicos y presentación de póster con patrocinio de la	Enfermera. Especialista en gerencia de la salud. Especialista en epidemiología. Magíster en salud pública. Doctora en epidemiología.	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el análisis realizado entre la experiencia del experto, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
		industria farmacéutica.			que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por tanto, se le da aval de participación.
Ana María Rojas Gómez	Experta metodóloga	Ninguno	Odontóloga. Magíster en epidemiología clínica.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Karen Cárdenas Garzón	Experta metodóloga	Ninguno	Bacterióloga y laboratorista clínico. Magíster en epidemiología.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Lorena Mesa Melgarejo	Experta metodóloga	Ninguno	Enfermera. Magister y doctora en salud pública. Magíster en economía de la salud. Jefe de métodos cualitativos e investigación social del IETS.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Andrea Lara Sánchez	Especialista de participación	Ninguno	Especialista de participación el IETS. Politóloga. Especialista en Estado, políticas públicas y desarrollo. Candidata a Magíster en gestión pública.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Evaluaciones criterios de herramienta de priorización

Tema 1: Enfermedad de Fabry
Tema 2: Fibromialgia
Tema 3: Neuropatía Diabética
Tema 4: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Diana — Fecha de Evaluación: 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	3	4	4	5
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	3	4	5
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	3	4	3	3
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	2	3	3	4
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	3	3	4	4
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	2	3	4	5
Totales	14	20	22	26
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento Pronóstico	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento Pronóstico

Epidemióloga: Diana Rocio Chávez Bejarano

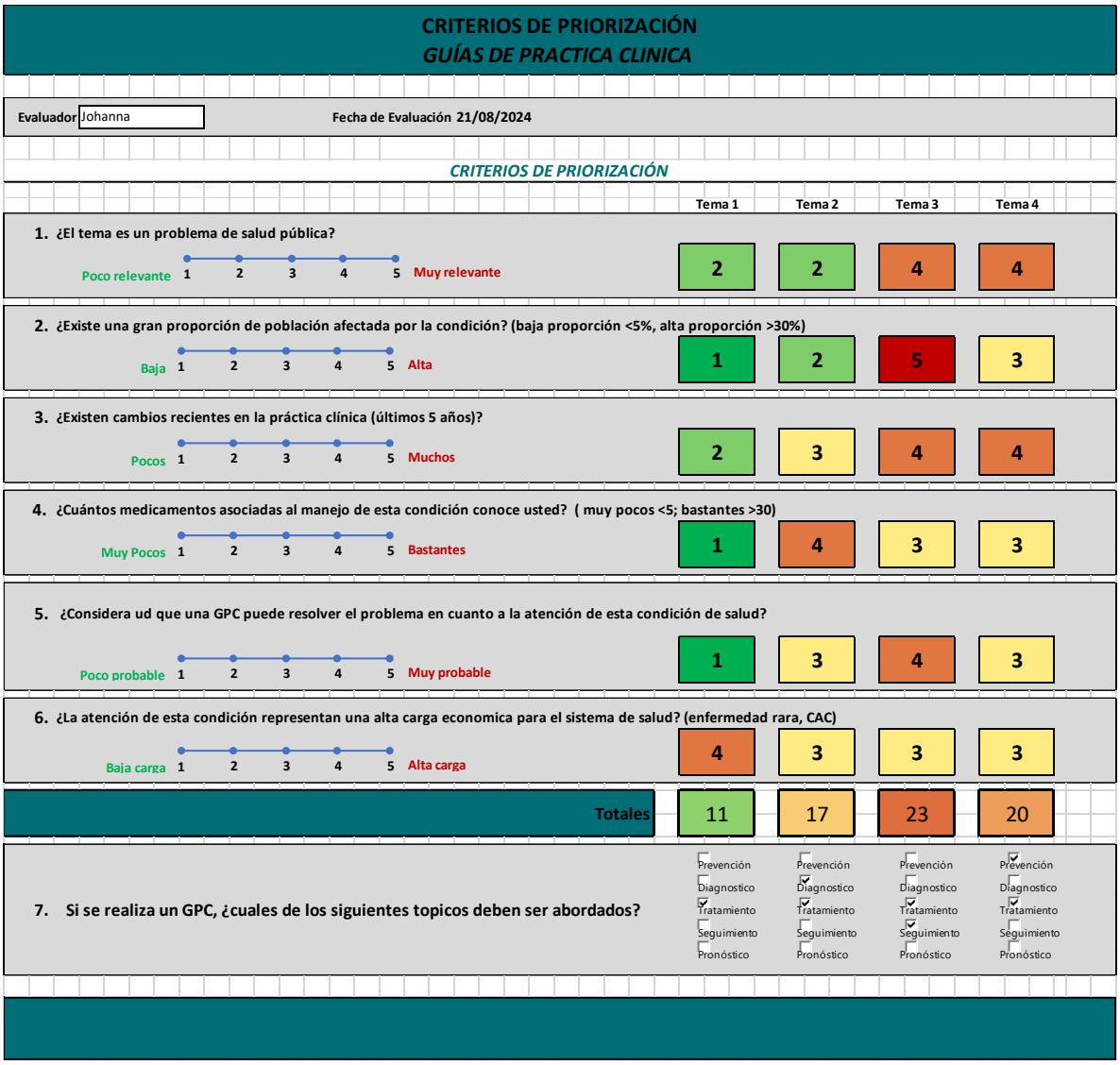
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Luis — Fecha de Evaluación: 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	3	2	4	5
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	3	4	5
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	3	2	2	4
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	2	3	4	5
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	2	3	5	4
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	4	3	5	4
Totales	15	16	24	27
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento ☑ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento ☑ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento ☑ Pronóstico

Epidemiólogo: Luis Ernesto Fandiño Rojas



CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Johanna — Fecha de Evaluación: 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	2	2	4	4
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	2	5	3
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	2	3	4	4
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	1	4	3	3
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	1	3	4	3
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	4	3	3	3
Totales	11	17	23	20
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☐ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☑ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico

Epidemióloga: Sandra Johanna Echeverry

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Cesar — Fecha de Evaluación: 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	1	3	4	4
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	4	4	3
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	2	4	5	3
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	1	3	3	2
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	3	3	5	5
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	3	2	4	3
Totales	11	19	25	20
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico

Epidemiólogo: Cesar Huerfano Herrera

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Katherin Fecha de Evaluación 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	1	3	3	4
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	2	4	4
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	2	1	2	2
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	5	2	3	4
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	3	2	3	4
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	5	1	3	3
Totales	17	11	18	21
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☐ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☐ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico

Epidemióloga: Katherin Cabrera

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA

Evaluador: Lorena — Fecha de Evaluación 21/08/2024

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1. ¿El tema es un problema de salud pública? (Poco relevante 1 2 3 4 5 Muy relevante)	2	2	4	4
2. ¿Existe una gran proporción de población afectada por la condición? (baja proporción <5%, alta proporción >30%) (Baja 1 2 3 4 5 Alta)	1	1	4	4
3. ¿Existen cambios recientes en la práctica clínica (últimos 5 años)? (Pocos 1 2 3 4 5 Muchos)	2	3	4	4
4. ¿Cuántos medicamentos asociadas al manejo de esta condición conoce usted? (muy pocos <5; bastantes >30) (Muy Pocos 1 2 3 4 5 Bastantes)	1	4	2	3
5. ¿Considera ud que una GPC puede resolver el problema en cuanto a la atención de esta condición de salud? (Poco probable 1 2 3 4 5 Muy probable)	1	3	4	3
6. ¿La atención de esta condición representan una alta carga economica para el sistema de salud? (enfermedad rara, CAC) (Baja carga 1 2 3 4 5 Alta carga)	4	3	3	3
Totales	11	16	21	21
7. Si se realiza un GPC, ¿cuales de los siguientes topicos deben ser abordados?	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☐ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico	☑ Prevención ☑ Diagnostico ☑ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Pronóstico

Salubrista pública: Lorena del Pilar Mesa

Resultados de la aplicación de la herramienta de priorización

La Tabla 20 muestra las puntuaciones globales otorgadas por los seis epidemiólogos en la evaluación de los criterios de priorización de las GPC de los cuatro temas.

Sumatorias y promedios:

- **Tema 1 (enfermedad de Fabry):** obtuvo la sumatoria más baja (79 puntos) con un promedio de 13,2. Esto indica que, según la herramienta, este tema tiene la menor relevancia o necesidad de priorización entre los cuatro temas evaluados.

- **Tema 2 (fibromialgia):** con una sumatoria de 99 puntos y un promedio de 16,5, este tema muestra un nivel de priorización mayor que el tema 1, pero menor que los otros dos temas restantes.

- **Tema 3 (neuropatía diabética):** obtuvo una sumatoria de 131 puntos y un promedio de 21,8. Esto sugiere que la condición tiene una alta prioridad, cercana al tema 4.

- **Tema 4 (EPOC):** alcanzó la mayor sumatoria (135 puntos) con el promedio más alto con 22,5, lo que indica que este tema es el más relevante o prioritario según la herramienta.

Desviación Estándar (DE):

- La DE es mayor en el tema 1 (5,2 puntos), lo que indica que hubo más variabilidad en las respuestas de los evaluadores para este tema. Esto podría sugerir un desacuerdo o falta de consenso entre los epidemiólogos sobre la relevancia de este tema.
- Los otros temas tienen DE más bajas, especialmente el tema 2 (1,5 puntos), lo que refleja un mayor consenso entre los evaluadores.

Mediana y percentiles

- La mediana de los puntajes para los temas 3 y 4 (22,5 y 22,0 puntos, respectivamente) está alineada con sus altos promedios, confirmando que la mayoría de los puntajes estuvieron cerca de estos valores.
- Los percentiles 25 y 75 también muestran que los puntajes para los temas 3 y 4 se agrupan en el rango alto, lo que refuerza la idea de que estos temas fueron considerados de alta prioridad por la mayoría de los evaluadores.

Mínimos y máximos:

- El tema 1 tuvo el valor mínimo más bajo (6 puntos) indicando una posible percepción de baja relevancia en comparación con los otros temas; y con un máximo de 22 puntos, lo que nuevamente señala una mayor variabilidad en la puntuación entre evaluadores
- El tema 4 tiene los puntajes mínimos y máximos más altos, lo que subraya su posición como el tema con mayor prioridad.

La herramienta parece discriminar adecuadamente entre las diferentes condiciones de salud, asignando mayores puntajes a las condiciones más prevalentes o que se perciben como de mayor impacto en salud pública (EPOC y neuropatía diabética) y que se sabía de antemano son condiciones de salud con necesidades de realizar GPC.

Tabla 20. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas

Criterios	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
1	12	16	23	26
2	6	15	25	24
3	14	17	20	20
4	12	19	18	21
5	13	17	23	23
6	22	15	22	21
Sumatoria	79	99	131	135
Promedio	13,2	16,5	21,8	22,5
DE	5,2	1,5	2,5	2,3
Mediana	12,5	16,5	22,5	22,0
Percentil 25	12,0	15,3	20,5	21,0
Percentil 75	13,8	17,0	23,0	23,8
Mínimo	6,0	15,0	18,0	20,0
Máximo	22,0	19,0	25,0	26,0

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Proceso Ministerio de Salud y Protección Social

Anexo 3.1. Preguntas estructuradas

7.1.1.1 Anexo 3.1.1. Micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas

La metodología empleada para la elaboración de las preguntas sobre micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas se basó en una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica (GPC) que abordan este tema. Las preguntas se centraron en tres áreas clave: diagnóstico, tratamiento y seguimiento de infecciones por Micobacterias No Tuberculosas (MNT). Ante la falta de guías actualizadas del Ministerio de Salud de Colombia y la ausencia de guías nacionales pertinentes, se recurrió a guías internacionales publicadas en 2007, 2017 y 2021 como base para la generación de nuevas preguntas (20,44,45)

La primera versión del formulario incluía 2 preguntas sobre diagnóstico, 3 sobre tratamiento y 1 sobre seguimiento. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su revisión y comentarios. Posteriormente, durante las mesas de trabajo, se realizaron ajustes al formulario, con el objetivo de crear nuevas preguntas basadas en las guías seleccionadas y refinar las ya existentes, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto local. La versión final del formulario, que contenía 2 preguntas sobre diagnóstico, 4 sobre tratamiento y 1 sobre seguimiento, fue enviada nuevamente para votación.

Después de la votación, se excluyó una pregunta que obtuvo un porcentaje inferior al 80% en la escala Likert, reflejando un consenso insuficiente entre los expertos. La pregunta excluida fue:

'En pacientes con enfermedad pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT) que han completado el tratamiento, ¿es efectivo y seguro seguir un protocolo de seguimiento intensivo en comparación con un seguimiento estándar?'.

Referencias:

1.Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. American journal of respiratory and critical care medicine. 2007;175(4):367–416.

2.Haworth CS, Banks J, Capstick T, Fisher AJ, Gorsuch T, Laurenson IF, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). Thorax. 2017;72(Suppl 2): ii1–64.

3.Daley CL, Iaccarino JM, Lange C, Cambau E, Wallace Jr RJ, Andrejak C, et al. Treatment of nontuberculous mycobacterial pulmonary disease: an official ATS/ERS/ESCMID/IDSA clinical practice guideline. Clinical Infectious Diseases. 2020;71(4): e1–36.

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: En pacientes con sospecha de infección por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro utilizar métodos de identificación microbiológica y molecular (como cultivos positivos, broncoscopia, biopsia pulmonar y pruebas de PCR) en comparación con métodos tradicionales (como tinción de Ziehl-Neelsen sin confirmación mediante cultivo) para mejorar la detección y caracterización de la infección?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con sospecha de infección por Micobacterias No Tuberculosas (MNT).
Intervención	Métodos de identificación microbiológica y molecular: • Cultivos positivos de diferentes muestras • Broncoscopia • Biopsia pulmonar y extrapulmonar con características histopatológicas específicas • Pruebas adicionales como PCR Secuenciación de genes 16S rRNA.
Comparador	Métodos de identificación microbiológica y molecular: • Cultivos positivos de diferentes muestras • Broncoscopia • Biopsia pulmonar y extrapulmonar con características histopatológicas específicas • Pruebas adicionales como PCR Secuenciación de genes 16S rRNA.
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad Eventos adversos

.En pacientes con sospecha de enfermedad pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro utilizar estudios radiológicos avanzados en lugar de otros métodos diagnósticos (como cultivos y pruebas moleculares) para mejorar la detección y caracterización de la enfermedad?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con sospecha de enfermedad pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT).
Intervención	Estudios radiológicos avanzados: Tomografía computarizada de alta resolución
Comparador	Otros métodos diagnósticos: • Cultivos microbiológicos de esputo

	Pruebas moleculares (PCR)
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad • Eventos adversos

Tratamiento

Pregunta 2: Pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro tratar la enfermedad con un régimen de 3 medicamentos que incluya un macrólido (como claritromicina o azitromicina) en comparación con un régimen sin macrólido para mejorar la tasa de curación y reducir la resistencia a los medicamentos?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT): • MAC M. abscessus
Intervención	Tratamiento con un régimen de 3 medicamentos que incluya un macrólido (claritromicina o azitromicina) junto con rifampicina y etambutol.
Comparador	Otros esquemas de tratamiento, incluyendo regímenes de 3 medicamentos sin macrólidos o monoterapia con macrólidos.
Desenlace	• Mortalidad • Eventos adversos serios • Resistencia

Pregunta 3: En pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro añadir amikacina inhalada al régimen de tratamiento estándar en comparación con no añadirla, para mejorar los resultados clínicos y reducir la carga bacteriana?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT)
Intervención	Adición de amikacina inhalada al régimen de tratamiento estándar.
Comparador	Tratamiento estándar sin amikacina inhalada.
Desenlace	• Mortalidad • Éxito clínico • Recurrencia

	Eventos adversos serios

Pregunta 4: En pacientes con diagnóstico de infección pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectiva y segura una duración prolongada del tratamiento (más de 12 meses) en comparación con una duración estándar o más corta (menos de 12 meses) para mejorar la tasa de curación y reducir la recurrencia de la infección?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con diagnóstico de infección pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT).
Intervención	Tratamiento prolongado (más de 12 meses) con regímenes estándar.
Comparador	Tratamiento de duración estándar o más corta (menos de 12 meses).
Desenlace	• Mortalidad • Éxito clínico • Recurrencia • Eventos adversos serios • Resistencia

Pregunta 5: En pacientes con enfermedad por Micobacterias No Tuberculosas (MNT) extrapulmonares, ¿es efectivo y seguro tratar la enfermedad de manera empírica en comparación con basarse en los resultados de pruebas de susceptibilidad a los medicamentos in vitro para mejorar los resultados clínicos y reducir la resistencia a los medicamentos?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con enfermedad por Micobacterias No Tuberculosas (MNT) extrapulmonares: • M. abscessus • M. szulgai • M. chelonae • M. fortuitum • M. marinum • M. ulcerans
Intervención	Tratamiento empírico: • Claritromicina • Amikacina • Cefoxitina o Imipenem • Tigeciclina/Doxiciclina • Rifampicina

	• Isoniazida • Etambutol Claritro/Azitromicina
Comparador	Tratamiento basado en los resultados de pruebas de susceptibilidad a los medicamentos in vitro.
Desenlace	• Mortalidad • Éxito clínico • Recurrencia • Eventos adversos serios • Resistencia

7.1.1.2 Anexo 3.1.2. Asfixia perinatal

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
Basados en la GPC del recién nacido con asfixia perinatal publicada en el 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social (46) y en un consenso de expertos sobre diagnóstico, manejo, monitoreo y seguimiento del recién nacido con asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica (EHI) e hipotermia terapéutica (HT) publicado en el 2021 por la Asociación Colombiana de Neonatología(47), se realizó la propuesta de seis preguntas de investigación para esta GPC: tres para el diagnóstico, una para el tratamiento y dos para el seguimiento. Las preguntas fueron socializadas con los referentes del MSPS del grupo Curso de vida, con quienes se realizaron ajustes según aportes de los expertos clínicos y quienes sugirieron una pregunta adicional en el ámbito de seguimiento, con un total de siete preguntas para votación de los expertos. Las preguntas de investigación fueron valoradas por cuatro expertos del MSPS, obteniendo tres preguntas priorizadas, que corresponden al ámbito de diagnóstico. Las otras cuatro preguntas tuvieron un acuerdo por debajo del 80%, por lo cual no se consideraron priorizadas. Referencias: 1. Guía de práctica clínica del recién nacido con asfixia perinatal - 2013 Guía No. 07 ISBN: 978-958-8838-26-7 Bogotá, Colombia abril de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias 2. Consenso de expertos diagnóstico, manejo, monitoreo y seguimiento del recién nacido con asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), e hipotermia terapéutica (HT). Asociación Colombiana de Neonatología (ASCON). Edición 1. 10 de febrero de 2021

Preguntas priorizadas:

Pregunta 1: ¿cuáles son los criterios para realizar el diagnóstico de la asfixia perinatal?

Componente PICO	Definición
Población	Recién nacido con sospecha de asfixia perinatal (depresión cardiorrespiratoria al momento de nacer, en presencia de los signos clínicos)

Intervención	Criterios diagnósticos: -Persistencia de un puntaje de Apgar de 0 a 3 durante más de cinco minutos -Acidemia metabólica o mixta profunda (pH ≤7) en una muestra de sangre arterial de cordón umbilical, si se obtuviera. -Indicio de falla multiorgánica en el periodo neonatal inmediato. -Manifestaciones neurológicas en el periodo neonatal inmediato que incluyan convulsiones, hipotonías, hemorragia intracraneal, coma.
Comparador	pH <7 en sangre arterial de cordón umbilical solamente
Desenlace	Identificación oportuna del recién nacido con asfixia perinatal, descartando diagnósticos diferenciales (ACV perinatal, hemorragia intracraneal, Síndromes epilépticos neonatales, trastornos neuromusculares, tumores cerebrales, malformaciones cerebrales, defectos del desarrollo, infecciones, deficiencia de sulfito oxidasa).

Pregunta 2: ¿Cómo se clasifica para el recién nacido con asfixia perinatal?

Componente PICO	Definición
Población	Recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal
Intervención	Asfixia perinatal severa: -Apgar a los 5 minutos ≤5 -pH < 7,0 en la primera hora de vida en muestra del cordón arterial o venosa o capilar -Encefalopatía moderada a severa (Sarnat estadio II–III) -Lactato > o igual a 12 mmol/L durante la primera hora de vida Asfixia perinatal moderada: -Apgar a los 5 minutos ≤7 -pH <7,15 en la primera hora de vida en muestra del cordón arterial o venosa o capilar -Encefalopatía leve a moderada (Sarnat estadio I-II) Asfixia perinatal leve sin acidosis metabólica -Apgar a los 5 minutos ≤7 -pH ≥7,15 en la primera hora de vida Acidosis metabólica sin alteración clínica o neurológica -Apgar a los 5 minutos >7 -Acidosis moderada durante la primera hora de vida con pH <7,15 en gases de arteria o vena umbilical, o capilares Asfixia perinatal descartada -Apgar a los 5 minutos >7 -pH durante la primera hora de vida ≥7,15.
Comparador	Gasometría arterial solamente
Desenlace	-Mortalidad neonatal

	-Discapacidad (motora, retardo mental, epilepsia, ceguera, sordera, alteraciones perceptivas, hiperactividad y déficit de atención, trastornos del aprendizaje) -Incidencia de encefalopatía hipóxico-isquémica

Pregunta 3: En recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal ¿cuáles estudios deben realizarse para evaluar compromisos sistémicos?

Componente PICO	Definición
Población	Recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal y sospecha de compromiso sistémico.
Intervención	-Ecografía transfontanelar, espectrometría cercana al infrarrojo, ecografía cerebral con análisis Doppler, electroencefalografía: compromiso neurológico. -Determinación de Troponina T y Troponina I, CK-MB, lactato, presión arterial: afectación cardiovascular. -BUN, creatinina y gasto urinario: compromiso renal. -Tiempo de protrombina, la tromboplastina, albúmina, bilirrubinas, AST, ALT, FA, LDH, y amonio sérico: compromiso hepático. -Glicemia, calcio, magnesio: compromiso metabólico. -Factores de coagulación: compromiso hematológico. -Leucograma: compromiso inmunológico -Determinación de saturación de oxígeno y FiO2, radiografía de tórax: compromiso pulmonar.
Comparador	Otros estudios para evaluar compromisos sistémicos
Desenlace	-Mortalidad neonatal -Discapacidad (motora, retardo mental, epilepsia, ceguera, sordera, alteraciones perceptivas, hiperactividad y déficit de atención, trastornos del aprendizaje)

7.1.1.3 Anexo 3.1.3. Sífilis gestacional y congénita

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
La metodología empleada para la revisión del tema de atención integral de la sífilis gestacional y congénita se basó en una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica (GPC) relevantes. Las preguntas se centraron en tres áreas clave: diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional y congénita. Se identificaron una guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia del año 2014(48) y la guía publicada por la OMS en 2018(49), titulada 'Syphilis screening and treatment for pregnant women', como bases para la generación de nuevas preguntas. La primera versión del formulario incluía 3 preguntas sobre diagnóstico, 2 sobre tratamiento y 2 sobre seguimiento. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su revisión y comentarios. Posteriormente, durante las mesas de trabajo, se realizaron ajustes al formulario para crear nuevas preguntas basadas en

las guías seleccionadas y refinar las ya existentes, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto local. Además, en la versión final del formulario, se incorporó la actualización del tratamiento publicada en 2023 por la OMS(24). Esta versión final, que contenía 2 preguntas sobre diagnóstico, 5 sobre tratamiento y 2 sobre seguimiento, fue enviada nuevamente para votación.

Tras la votación las preguntas excluidas fueron:

- En pacientes con diagnóstico clínico o de laboratorio de sífilis gestacional, ¿es seguro y efectivo no realizar la prueba de alergia a la penicilina en comparación con realizar la prueba de alergia, para minimizar eventos adversos?

- En mujeres embarazadas con sífilis temprana, ¿es efectivo y seguro utilizar penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular en una sola dosis, en comparación con procaína penicilina 1.2 millones de unidades intramuscular una vez al día durante 10 días, para tratar la infección y prevenir complicaciones?

- En mujeres embarazadas con sífilis tardía o de duración desconocida, ¿es efectivo y seguro utilizar penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez por semana durante tres semanas consecutivas, en comparación con procaína penicilina 1.2 millones de unidades intramuscular una vez al día durante 20 días para tratar la infección y prevenir complicaciones maternas y neonatales?

Referencias:

.1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.
2. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. World Health Organization; 2017.
3. World Health Organization. Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum (syphilis) and new recommendations on syphilis testing and partner services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/378213

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿En mujeres embarazadas, deberían utilizarse pruebas rápidas en el sitio de atención en lugar de la estrategia estándar de tamizaje y tratamiento en laboratorios externos para mejorar la cobertura del tamizaje y reducir la pérdida de seguimiento en el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres embarazadas
Intervención	Utilización de pruebas rápidas en el sitio de atención: • Prueba rápida de sífilis en el sitio • Prueba no treponémica RPR en el sitio
Comparador	Estrategia estándar de tamizaje y tratamiento en laboratorios externos: VDRL y TPHA/TPPA
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad • Tasa de transmisión de sífilis de la madre al feto. • Mortinatos • Partos prematuros • Bajo peso al nacer relacionados con sífilis • Eventos adversos

Tratamiento

Pregunta 2: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional?

Componente PICO	Definición
Población	Gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional
Intervención	• Azitromicina • Ceftriaxona • Doxiciclina • Eritromicina
Comparador	Penicilina benzatínica IM
Desenlace	• Casos de sífilis congénita • Curación clínica • Disminución de títulos serológicos • Parto pre-término • Eventos adversos serios (reacciones de hipersensibilidad o anafilácticas)

Pregunta 3: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para el neonato con diagnóstico de sífilis congénita?

Componente PICO	Definición
Población	Neonato con diagnóstico de sífilis congénita
Intervención	• Penicilina G procaínica IM • Penicilina G sódica • Penicilina benzatínica
Comparador	Penicilina G cristalina IV

Desenlace	• Mortalidad perinatal o neonatal • Sífilis congénita con manifestaciones clínicas • Sífilis congénita asintomática • Curación clínica • Neurosífilis

Pregunta 4: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para el neonato con diagnóstico de neurosífilis?

Componente PICO	Definición
Población	Neonato con diagnóstico de neurosífilis
Intervención	• Penicilina G procaínica IM • Penicilina G sódica Penicilina benzatínica
Comparador	Penicilina G cristalina IV
Desenlace	• Mortalidad perinatal o neonatal • Sífilis congénita con manifestaciones clínicas • Curación clínica Eventos adversos

Pregunta 5: ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional
Intervención	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Comparador	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad • Reinfección • Eventos adversos: sífilis congénita

Pregunta 6: ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita?

Componente PICO	Definición
Población	Recién nacidos diagnosticados con sífilis
Intervención	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Comparador	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad • Reinfección • Neurosífilis

Pregunta 7: ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de recién nacidos diagnosticados con neurosífilis?

Componente PICO	Definición
Población	Recién nacidos diagnosticados con neurosífilis
Intervención	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Comparador	Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR)
Desenlace	• Sensibilidad • Especificidad

7.1.1.4 Anexo 3.1.4. Diabetes mellitus tipo 2

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
Basados en la GPC publicada en el 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social (50) y en la GPC europea y la ADA (51,52), se realizó una propuesta inicial de 13 preguntas de investigación para esta GPC: tres para el ámbito de prevención, cinco para diagnóstico, cinco para el tratamiento y dos para el seguimiento. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su la revisión, votación y comentarios. Posteriormente, durante las mesas de trabajo, se analizaron cada una de las preguntas para refinar las preguntas ya existentes, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto colombiano. Las preguntas fueron socializadas con los referentes del MSPS, con quienes se revisó la pertinencia y necesidad de actualización de acuerdo con la nueva evidencia, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto local. Esta versión final ajustada contenía 10 preguntas de las cuales una fue de prevención, tres sobre diagnóstico, tres sobre tratamiento y tres sobre seguimiento, fue enviada nuevamente para votación. Las preguntas de investigación fueron valoradas por cuatro expertos del MSPS, obteniendo cinco preguntas priorizadas, que corresponden al ámbito de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Las otras cinco preguntas tuvieron un acuerdo por debajo del 80% por lo cual no se consideraron priorizadas. Las preguntas no priorizadas fueron: - ¿Debería usarse farmacoterapia en la prevención de la progresión a DMT2 en personas adultas ≥18 años con prediabetes? - ¿Debería usarse prueba confirmatoria de HbA1c en comparación con una segunda medición de glucosa en ayunas para confirmar el diagnóstico de DMT2 en personas adultas ≥18 años con resultados de glucosa en ayunas que indican hiperglucemia, pero sin síntomas claros? - ¿Debería usarse la metformina como primera línea de tratamiento comparado con otros agentes hipoglucemiantes en personas adultas ≥18 años con DMT2? - ¿Debería usarse terapia combinada (más de un medicamento) para obtener un control glucémico adecuado en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2? ¿Debería evaluarse el estado glucémico mediante HbA1c o métricas adecuadas de monitoreo continuo de glucosa cada 3 a 6 meses en comparación con la medición menos frecuente cada 6 a 12 meses en personas adultas ≥18 años con DMT2? Referencias:

1.Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de la salud. Colombia – 2015
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1): S1–S
3. Grant, P. J., & Cosentino, F. (2019). The 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: New features and the 'Ten Commandments' of the 2019 Guidelines are discussed by Professor Peter J. Grant and Professor Francesco Cosentino, the Task Force chairmen. European heart journal, 40(39), 3215–3217. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz687

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿Debería usarse herramientas de evaluación de riesgo (validadas en población colombiana) para realizar tamizaje de prediabetes y DMT2 en personas adultas ≥18 años?

Componente PICO	Definición
Población	Personas adultas ≥18 años asintomáticos en riesgo de desarrollar prediabetes o DMT2
Intervención	Herramientas de evaluación de riesgo validadas en población colombiana Ej.: FINDRISC u otras.
Comparador	No uso de herramientas
Desenlace	Precisión del tamizaje (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo/negativo). Impacto: Reducción en la progresión de prediabetes a diabetes tipo 2

Pregunta 2: ¿Debería usarse las pruebas de HbA1c; glucosa plasmática en ayunas; glucosa plasmática a las 2 horas durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa o de glucosa aleatoria con síntomas hipoglucémicos para el diagnóstico de DMT2 en personas adultas ≥18 años asintomáticos?

Componente PICO	Definición
Población	Personas adultas ≥18 años con sospecha de prediabetes o DMT2 y/o factores de riesgo (IMC ≥ 25, familiar de primer grado con diabetes, historia de ECV, HTA, dislipidemia (HDL mayor a 35 mg/dL y/o triglicéridos mayor a 250 mg/dL), síndrome de ovario poliquístico, inactividad física, otras condiciones asociadas con la resistencia a la insulina).
Intervención	Prueba de HbA1c.

	Prueba de glucosa en ayunas Prueba de glucosa a las 2 horas durante prueba oral de tolerancia a la glucosa Prueba de glucosa aleatoria con síntomas hipoglucémicos
Comparador	Cada una de estas pruebas en comparación con las otras.
Desenlace	Precisión diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo/negativo)

Tratamiento

Pregunta 3: ¿Deberían usarse objetivos glucémicos específicos (A1C <7% y/o TIR >70%) en personas adultas con DMT2 mayores de 65 años y/o con comorbilidades, para reducir la incidencia de hipoglucemia sin comprometer la calidad de vida?

Componente PICO	Definición
Población	En personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 Personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 con comorbilidades y personas con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 65 años y/o con comorbilidades
Intervención	Establecimiento y seguimiento de objetivos glucémicos específicos, como un A1C <7% y un TIR >70%.
Comparador	Objetivos glucémicos más flexibles, como un A1C del 7.5% al 8% y un TIR >50%, con menos restricciones en el tiempo por debajo del rango.
Desenlace	• Mortalidad • Complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) • Complicaciones macrovasculares (ACV, IAM, EAP) • control glucémico (HbA1c) • Calidad de vida • Hipoglucemia • Ganancia de peso • Eventos adversos

Seguimiento

Pregunta 4: ¿Debería usarse tecnologías avanzadas de control de glucemia en comparación con el uso de métodos de monitoreo convencionales en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Intervención	Uso de tecnologías avanzadas de control de glucemia (como sistemas de monitoreo continuo de glucosa [CGM] y bombas de insulina con CGM integrado).
Comparador	Uso de métodos de monitoreo convencionales (como glucómetros de punción digital, monitoreo periódico en consultas médicas y pruebas de hemoglobina glicosilada [HbA1c])
Desenlace	Control glucémico (HbA1c), Frecuencia de hipoglucemia Satisfacción del paciente Calidad de vida Eventos adversos

Pregunta 5: ¿Cuáles son las tecnologías que deberían usarse para el seguimiento de la función de órgano blanco en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2.
Intervención	Tecnologías para el seguimiento de órganos blanco (incluyendo ultrasonido doppler, retinografía digital, OCT, estudios de microalbuminuria, entre otros)
Comparador	Sin comparador explícito, ya que el objetivo es identificar las tecnologías disponibles
Desenlace	-Detección de daño en órganos blanco (corazón, riñones, ojos, sistema nervioso), -Reducción en la progresión de complicaciones

7.1.1.5 Anexo 3.1.5. Hipertensión arterial

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
Basados en la GPC publicada en el 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social (53) y en la GPC de la OMS publicada en 2021 (27), se realizó una propuesta inicial de seis preguntas de investigación para esta GPC: tres para el ámbito de prevención, 5 para diagnóstico, diez para el tratamiento y cinco para el seguimiento. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su la revisión, votación y comentarios. Posteriormente, durante las mesas de trabajo, se analizaron cada una de las preguntas para refinar las preguntas ya existentes, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto colombiano. Las preguntas fueron socializadas con los referentes del MSPS, con quienes se revisó la pertinencia y necesidad de actualización de acuerdo con la nueva evidencia, asegurando que las recomendaciones fueran relevantes y adaptadas al contexto local. En la primera versión se elaboraron 23 preguntas correspondientes a 3 de prevención, 5 de diagnóstico, 10 de tratamiento y 5 de seguimiento. En la versión final ajustada fueron en total 20 preguntas que contenía 1 pregunta sobre prevención, 4 sobe diagnóstico, 10 sobre tratamiento y 5 sobre seguimiento, fue enviada nuevamente

para votación. Las preguntas de investigación fueron valoradas por cinco expertos del MSPS, obteniendo 18 preguntas priorizadas, que corresponden al ámbito de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Las otras dos preguntas de las 20 tuvieron un acuerdo por debajo del 80% por lo cual no se consideraron priorizadas. Finalmente, en la mesa de expertos clínicos, quedaron 17 preguntas, esto debido a que dos preguntas de tratamiento referentes a primera línea de tratamiento fueron fusionadas Las preguntas no priorizadas fueron:

- ¿En personas con "pre-hipertensión" o "presión normal-alta" (entendida como: valores de presión arterial sistólica entre 130-139 mmHg y de diastólica entre 85-89 mmHg), puede el tratamiento farmacológico, comparado con terapia no-farmacológica o no-tratamiento, reducir la incidencia de HTA y/o de eventos cardiovasculares?
- ¿Cuál es la incidencia de eventos cardiovasculares al comparar individuos evaluados mediante métodos ambulatorios (AMC y MAPA) para la detección y seguimiento de la HTA?

Referencias:
1. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 2da edición. Guía No 18. [GPC en internet]. Bogotá D.C: El Ministerio; 2017. Disponible en gpc.mimsalud.gov.c
2. World Health Organization. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/344424. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Preguntas priorizadas

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿Qué método se prefiere entre método auscultatorio o automatizado con intervalos variables, comparado con MAPA para diagnóstico de HTA?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con sospecha clínica de hipertensión arterial primaria
Intervención	* Método auscultatorio * Método automatizado con intervalos variables
Comparador	MAPA
Desenlace	Diagnóstico confirmado de la HTA

Pregunta 2: ¿Cuál es la concordancia y rendimiento diagnóstico de las pruebas más utilizadas en la detección de órgano blanco?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos diagnosticados con HTA y con sospecha de lesión de órgano blanco (corazón, cerebro, riñón, retina, arterial)
Intervención	*Fondo de ojo * Ecocardiograma

	* EKG * Doppler carotídeo, medición índice tobillo/brazo, medición onda de pulso * Creatinina (estimación TFG), albuminuria, ecografía renal, Doppler de arterias renales * Resonancia magnética nuclear de cerebro y Tomografía Axial Computarizada cerebral
Comparador	No realizar pruebas detección órgano blanco
Desenlace	* Diagnóstico de retinopatía hipertensiva, * Diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) * Diagnóstico de nefropatía hipertensiva * Diagnóstico de lesión macrovascular * Diagnóstico de lesión arterial cerebral

Pregunta 3: ¿Debería usarse una escala para la clasificación del riesgo cardiovascular, en población adulta colombiana con sospecha o diagnóstico de HTA?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con sospecha clínica o con diagnóstico de hipertensión arterial primaria
Intervención	Medición del riesgo cardiovascular (Framingham) PROCAM Tablas de estratificación del riesgo cardiovascular de la OMS.
Comparador	No uso de herramientas.
Desenlace	Incidencia de eventos cardiovasculares

Tratamiento

Pregunta 4: ¿Cuál es el umbral de las cifras tensionales para realizar el diagnóstico de HTA primaria en adultos?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos Diferenciar por subgrupos de edad
Intervención	Umbrales específicos de tensión arterial sistólica y diastólica: * sistólica (mmHg): ≥120, ≥130, ≥140, ≥150 diastólica (mmHg): ≥80, ≥90 *Cada umbral de TA en la categoría de intervención (I) se comparará con un umbral superior.
Comparador	Placebo o umbral de tensión arterial sistólica o diastólica superior a los umbrales de intervención
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal, deterioro

	cognitivo o demencia, episodios de insuficiencia cardíaca y eventos adversos

Pregunta 5: ¿Es necesario contar con alguna prueba de laboratorio antes de iniciar los tratamientos farmacológicos o al ajustarlos?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos que necesitan tratamiento farmacológico
Intervención	Inicio o ajuste de dosis de antihipertensivos sin pruebas de laboratorio
Comparador	Inicio o ajuste de dosis de antihipertensivos con pruebas de laboratorio
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal, episodios de insuficiencia cardíaca y alteración o deterioro cognitivos Control de la TA Tiempo para lograr el control de la TA Cumplimiento terapéutico Efectos adversos Satisfacción del paciente

Pregunta 6: ¿Debe utilizarse la estratificación del riesgo cardiovascular para guiar el inicio de la medicación antihipertensiva?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos sin ECV detectadas previamente
Intervención	Iniciar el tratamiento farmacológico con antihipertensivos basándose en una estimación formal del riesgo de ECV
Comparador	Iniciar el tratamiento farmacológico con antihipertensivos sin una evaluación formal del riesgo de ECV (es decir, utilizando solo el umbral de TA)
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal, episodios de insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo o demencia y eventos adversos Proporción de personas con prescripción de antihipertensivos Valores de TA

Pregunta 7.¿Qué tipo de fármacos (betabloqueadores, antagonistas del calcio, diuréticos, IECA o ARA) deben utilizarse como medicamentos de primera línea en los adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico?

Componente PICO	Definición

Población	Hombres y mujeres adultos que necesitan tratamiento farmacológico* +subgrupos de edad y comorbilidades
Intervención	Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA
Comparador	Placebo Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA (estudios comparativos)
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo o demencia, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal y episodios de insuficiencia cardíaca Efectos adversos como bradicardia, lesión renal aguda, angioedema, asma, alteraciones electrolíticas o hipotensión Descenso y control de la TA (si no hay datos sobre episodios de ECV)

Pregunta 8 ¿Qué tipo de tratamiento es más adecuado como medicación de primera línea para adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico: monoterapia con betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA o una politerapia que combine estos medicamentos?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos que necesitan tratamiento farmacológico
Intervención	Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA
Comparador	Politerapia
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo o demencia, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal y episodios de insuficiencia cardíaca Efectos adversos como bradicardia, lesión renal aguda, angioedema, asma, alteraciones electrolíticas o hipotensión Descenso y control de la TA (si no hay datos sobre episodios de ECV)

Pregunta 9: ¿Para adultos con hipertensión que requieran tratamiento farmacológico, ¿Cuál combinación de dos o más medicamentos (betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA) es más efectiva en comparación con otras combinaciones de dos o más fármacos de la misma clase?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos que necesitan tratamiento farmacológico* * subgrupos de edad y comorbilidades

Intervención	Politerapia con dos o más fármacos (betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA)
Comparador	Otra politerapia diferente con dos o más fármacos (betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA)
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo o demencia, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal y episodios de insuficiencia cardíaca Efectos adversos como bradicardia, lesión renal aguda, angioedema, asma, alteraciones electrolíticas o hipotensión Descenso y control de la TA (si no hay datos sobre episodios de ECV)

Pregunta 10: ¿Es efectiva y segura la politerapia inicial de un solo comprimido para mejorar la adherencia en los adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos que necesitan tratamiento farmacológico* *subgrupos de edad y comorbilidades
Intervención	Combinación en un solo comprimido (combinación en dosis fijas) de medicamentos antihipertensivos – cinco clases (dos o más de las cinco)
Comparador	Intervenciones farmacológicas que no implican la politerapia en un solo comprimido
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal y episodios de insuficiencia cardíaca Efectos adversos Satisfacción del paciente Cumplimiento terapéutico Valor/modificación de la TA. Número de medicamentos antihipertensivos

Pregunta 11: ¿Qué objetivo de TA se debe intentar conseguir con el tratamiento farmacológico?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos: menores de 65 años, mayores de 65 años, personas con comorbilidades (diabetes, obesidad, dislipidemias, entre otras).
Intervención	Objetivos específicos de TA sistólica y diastólica: * Sistólica (mmHg): <120, <130, <140, , <150

	* Diastólica: sistólica (mmHg): <70, <80, <90
Comparador	Objetivos de TA sistólica o diastólica mayores que los valores objetivo de la intervención
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal, episodios de insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo o demencia y eventos adversos

Pregunta 12: ¿Con qué frecuencia debe re-evaluarse la tensión arterial en adultos con hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, dentro y fuera de metas de TA?

Componente PICO	Definición
Población	Hombres y mujeres adultos en tratamiento farmacológico para HTA: * Que inicia tratamiento o requiere ajuste de medicación para alcanzar metas * Que está en tratamiento y se encuentra en metas de TA
Intervención	Seguimiento estructurado: * Cada mes para quienes están por fuera de metas de TA * Cada 3 a 6 meses para quienes se encuentran en metas de TA
Comparador	Sin seguimiento estructurado
Desenlace	Muerte (mortalidad por todas las causas), muerte por causas cardiovasculares (muerte por IM, muerte súbita cardíaca o accidente cerebrovascular), accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal terminal y episodios de insuficiencia cardíaca Efectos adversos Control de la TA Cumplimiento terapéutico Satisfacción del paciente

Seguimiento

Pregunta 13: ¿Cuál es la frecuencia de uso y concordancia en el patrón horario y mediciones obtenidas cuando se hace automonitoreo en casa (AMC) para seguimiento de la presión arterial?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial primaria Diferenciar por subgrupos de edad
Intervención	Automonitoreo en casa (AMC)
Comparador	Medición clínica convencional (medición en consultorio) y MAPA
Desenlace	Cumplimiento de metas de TA

Pregunta 14: ¿Cuál es la tasa de adherencia y de cumplimiento de metas de TA cuándo se recomienda hacer AMC, comparada con el seguimiento convencional y MAPA?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial primaria y subgrupos: menores de 65 años, mayores de 65 años, personas con comorbilidades (diabetes, obesidad, dislipidemias, entre otras).
Intervención	Automonitoreo en casa (AMC)
Comparador	Medición clínica convencional (medición en consultorio) y MAPA
Desenlace	Adherencia al tratamiento, cumplimiento de metas de TA

Pregunta 15: ¿Cuál es la tasa de adherencia y cumplimiento de metas de TA, cuando se compara el tratamiento por al menos 6 meses (corto plazo) o 4 años (largo plazo), con diferentes modalidades de administración de medicamentos?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial primaria
Intervención	Terapia combinada de antihipertensivos dosis única o combinaciones fijas
Comparador	Terapia combinada en otras modalidades de administración
Desenlace	Adherencia al tratamiento, cumplimiento de metas de TA

Pregunta 16: ¿Cuál es la incidencia de eventos cardiovasculares después de una estrategia de tratamiento mayor versus de menor intensidad en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de HTA, o pacientes con diagnóstico de HTA y diagnóstico concomitante de diabetes mellitus?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial primaria o mayores de 18 años, pero con diagnóstico confirmado de HTA, pero concomitante con diagnóstico de diabetes mellitus
Intervención	Tratamiento de mayor intensidad: lograr metas de PS < 120 mmHg
Comparador	Tratamiento de menor intensidad: Control de PS entre 120 mmHg y 139 mmHg
Desenlace	Cumplimiento de metas de PAS < 140 mmHg usando método auscultatorio o <130 mmHg usando métodos automatizados como estrategia de seguimiento

Pregunta 17: ¿Cuál es la tasa de adherencia al tratamiento y de cumplimiento de metas de TA, luego de la inclusión en un programa de seguimiento estructurado, comparado con seguimiento convencional?

Componente PICO	Definición
Población	Personas mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y subgrupos: menores de 65 años, mayores de 65 años, personas con comorbilidades (diabetes, obesidad, dislipidemias, entre otras).
Intervención	Seguimiento estructurado en plan
Comparador	Seguimiento convencional
Desenlace	Adherencia al tratamiento, cumplimiento de metas de TA

7.1.1.6 Anexo 3.1.6. Anemia nutricional en menores de 5 años

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
El tema de anemia nutricional en menores de 5 años fue priorizado por la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social. Para la formulación de las preguntas PICO se realizó la correspondiente búsqueda en la literatura de las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia consultando diferentes bases de datos electrónicas. Tras la revisión no se encontraron guías de práctica clínica que abordaran el objetivo general del tema sugerido por el Ministerio de Salud y Protección Social que fueran producidas entre los años 2019 a 2024, razón por la cual las preguntas tipo PICO se desarrollaron de novo, haciendo especial énfasis en los temas que no han sido abordados por los lineamientos vigentes en el país (Resolución 3280 de 2018, AIEPI). Se formularon inicialmente seis preguntas: una de prevención, tres de diagnóstico, una de tratamiento y una de seguimiento. Con base en esta propuesta inicial se realizó una mesa de trabajo con los referentes de la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social, con base en el proceso de revisión y concertación se sometieron a la votación de prioridad con escala de Likert un conjunto de 10 preguntas: dos de prevención, cuatro de diagnóstico, dos de tratamiento y dos de seguimiento. Las preguntas PICO que obtuvieron un promedio de respuesta 7 a 9 puntos superior al 80% y que se priorizaron para el ejercicio de ADOLOPMENT fueron 3 (tres), las cuales son las siguientes: 1.¿Cuál es la utilidad de una estrategia intensificada de seguimiento individual de los programas de suplementación de hierro oral, comparado con el seguimiento estándar, para mejorar la adherencia a los programas de suplementación de hierro oral en niños menores de 5 años? 2.En niños menores de 5 años ¿el interrogatorio enfocado en identificar la causa de la anemia es útil para orientar el enfoque diagnóstico de la anemia de origen nutricional en Colombia? 3.¿Cuál es la utilidad de las presentaciones de hierro oral, para el tratamiento de la anemia nutricional por déficit de hierro en niños menores de 5 años?

Preguntas priorizadas:

Prevención

Pregunta 1. ¿Cuál es la utilidad de una estrategia intensificada de seguimiento individual de los programas de suplementación de hierro oral, comparado con el seguimiento estándar, para mejorar la adherencia a los programas de suplementación de hierro oral en niños menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años en quienes se ha iniciado suplementación oral de micronutrientes
Intervención	Estrategia intensificada (seguimiento menor a cada 6 meses y otros mecanismos de seguimiento -telefónico, virtual, etc-)
Comparador	Seguimiento estándar (Resolución 3280 de 2018)
Desenlace	Adherencia a las pautas de suplementación (dosis y tiempo) Porcentaje de abandono del programa

Pregunta 2. Para la reducción poblacional de la anemia nutricional en menores de 5 años ¿cuál debe ser la meta de progresividad de cobertura de los programas de suplementación de micronutrientes en niños menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Programa de suplementación de micronutrientes con meta de progresividad de la cobertura mayor del 20%
Comparador	Meta de progresividad de la cobertura del programa menor o igual al 20%
Desenlace	Prevalencia de anemia nutricional en menores de 5 años

Diagnóstico

Pregunta 3. En niños menores de 5 años ¿el interrogatorio enfocado en identificar la causa de la anemia es útil para orientar el enfoque diagnóstico de la anemia de origen nutricional en Colombia?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años de edad y subgrupos: niños de 0 a 6 meses de vida, niños de 6 meses a 5 años de vida

Intervención	Interrogatorio dirigido en déficit de hierro en menores de 5 años (Resolución 3280 de 2018) Niños de 0 a 6 meses de vida: interrogatorio dirigido en déficit de hierro (Resolución 3280 de 2018), con énfasis en antecedentes neonatales, maternos y alimentarios (lactancia materna exclusiva, lactancia con fórmula, leche de origen animal)
Comparador	Interrogatorio no dirigido
Desenlace	Sensibilidad y especificidad del interrogatorio

Pregunta 4. ¿Cuál es la utilidad de la realización de la tamización para hemoglobina en niños entre los 24 a los 60 meses de vida, para el diagnóstico y tratamiento de la anemia nutricional en esta población en Colombia?

Componente PICO	Definición
Población	Niños entre los 24 a los 60 meses de edad
Intervención	Tamización de hemoglobina al menos una vez
Comparador	No realizar tamización de hemoglobina
Desenlace	Diagnóstico de anemia

Pregunta 5. ¿Cuál es la utilidad de la realización de la tamización para hemoglobina en niños entre los 0 a los 6 meses de vida, para el diagnóstico y tratamiento de la anemia nutricional en esta población en Colombia?

Componente PICO	Definición
Población	Niños entre los 0 a los 6 meses de edad
Intervención	Tamización de hemoglobina al menos una vez
Comparador	No realizar tamización de hemoglobina
Desenlace	Diagnóstico de anemia

Pregunta 6. En niños menores de 5 años con sospecha de anemia de origen nutricional, ¿cuál es la utilidad de emplear pruebas de laboratorio no rutinarias, comparado con solo el hemograma tipo II, para la confirmación del diagnóstico?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años de edad con acceso a: IPS primer nivel de atención, IPS primer y segundo nivel de atención y IPS de los tres niveles de atención
Intervención	Hemograma tipo IV que incluye: cantidad, porcentaje y características morfológicas de las células sanguíneas (eritrocitos, leucocitos y plaquetas), recuento de eritrocitos, hemoglobina,

	hematocrito, hemoglobina corpuscular media (HCM), volumen corpuscular medio (VCM), ancho de distribución eritrocitaria (ADE). Extendido de sangre periférica Recuento de reticulocitos Hierro sérico total Capacidad total de fijación del hierro (TIBC) Porcentaje de saturación de transferrina Ferritina sérica Índice del receptor soluble de transferrina-ferritina Niveles séricos de vitamina B12 Niveles séricos de folatos (ácido fólico)
Comparador	Hemograma tipo II
Desenlace	Sensibilidad y especificidad de las intervenciones y el comparador

Pregunta 7. ¿Cuál es la utilidad de las presentaciones de hierro oral, para el tratamiento de la anemia nutricional por déficit de hierro en niños menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia ferropénica
Intervención	Sulfato ferroso
Comparador	No dar tratamiento con sulfato ferroso
Desenlace	Mejoría de la anemia con el tratamiento estándar (sulfato ferroso) Nivel de hemoglobina Proporción de estreñimiento en niños bajo tratamiento Proporción de dispepsia en niños bajo tratamiento Proporción de disgeusia en niños bajo tratamiento Proporción de hepatotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de neurotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de nefrotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis

Pregunta 8. ¿Cuál es la efectividad de otras presentaciones farmacológicas de hierro, para el tratamiento de la anemia nutricional por déficit de hierro en niños menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia ferropénica
Intervención	Hierro parenteral Hierro férrico polimaltosado + ácido fólico Fumarato ferroso + ácido ascórbico + ácido fólico Fumarato ferroso + ácido ascórbico + ácido fólico + cianocobalamina

Comparador	sulfato ferroso
Desenlace	Nivel de hemoglobina Proporción de estreñimiento en niños bajo tratamiento Proporción de dispepsia en niños bajo tratamiento Proporción de disgeusia en niños bajo tratamiento Proporción de hepatotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de neurotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de nefrotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de neurotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis Proporción de nefrotoxicidad en niños bajo tratamiento a altas dosis

Seguimiento

Pregunta 9: En niños entre los 6 meses y los 5 años de vida en tratamiento por anemia ferropénica ¿hay beneficio en un seguimiento más frecuente de los niveles de hemoglobina para la anemia leve y moderada, para determinar el éxito terapéutico?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años en tratamiento por anemia ferropénica, severidad leve a moderada y subgrupos: con o sin factores de riesgo psicosocial y lugar de residencia urbano - rural disperso
Intervención	Medición del nivel de hemoglobina con periodicidad menor a 3 meses
Comparador	Nivel de hemoglobina cada 3 meses
Desenlace	Nivel de hemoglobina

Pregunta 10. En niños entre los 0 y los 6 meses de vida en tratamiento por anemia ferropénica ¿hay beneficio en realizar seguimiento de los niveles de hemoglobina para determinar el éxito terapéutico?

Componente PICO	Definición
Población	Niños entre los 0 y los 6 meses de vida en tratamiento por anemia ferropénica y subgrupos: con lactancia materna exclusiva, lactancia con fórmula láctea o alimentación con leche de origen animal o vegetal, con o sin factores de riesgo psicosocial y lugar de residencia urbano - rural disperso
Intervención	Medición del nivel de hemoglobina con periodicidad menor a 3 meses
Comparador	Nivel de hemoglobina cada 3 meses
Desenlace	Nivel de hemoglobina

Anexo 3.2 Reporte de búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas de GPC

Tipo de búsqueda	Nueva	
Base de datos Plataforma	Pubmed	
Plataforma	Pubmed	
Fecha de búsqueda	23 agosto 2024	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
Estrategia de búsqueda	#1. ("Blood Pressure"[MeSH] OR "Hypertension"[MeSH] OR "Blood Pressure, High" OR "Blood Pressures, High" OR "High Blood Pressure*" OR "Diastolic Pressure*" OR "Pressure, Diastolic" OR "Systolic Pressure*" OR "Pressure*, Systolic")	574,986
	#2. ("Syphilis, Congenital"[MeSH] OR "Syphilis, Congenital" OR "Hutchinson's Teeth" OR "Hutchinson Teeth" OR "Gestational Syphilis" OR "Syphilis in Pregnancy")	3,383
	#3. ("Diabetes Mellitus, Type 2"[MeSH] OR "Diabetes Mellitus, Type 2" OR "Diabetes Mellitus, Adult-Onset" OR "Adult-Onset Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Adult Onset" OR "Ketosis-Resistant Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Non Insulin Dependent" OR "Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent" OR "Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Stable" OR "Stable Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Type II" OR "NIDDM" OR "Diabetes Mellitus, Noninsulin Dependent" OR "Diabetes Mellitus, Maturity-Onset" OR "Diabetes Mellitus, Maturity Onset" OR "Maturity-Onset Diabetes Mellitus" OR "Maturity Onset Diabetes Mellitus" OR "MODY" OR "Diabetes Mellitus, Slow-Onset" OR "Diabetes Mellitus, Slow Onset" OR "Type 2 Diabetes Mellitus" OR "Noninsulin-Dependent Diabetes Mellitus" OR "Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus" OR "Maturity-Onset Diabetes" OR "Diabetes,	253,990

	Maturity-Onset" OR "Maturity Onset Diabetes" OR "Type 2 Diabetes" OR "Diabetes, Type 2")	
	#4. ("Anemia"[MeSH] AND ("Iron Deficiency Anemia" OR "Vitamin B12 Deficiency Anemia" OR "Folate Deficiency Anemia")) AND ("Child, Preschool"[MeSH] OR "Preschool Child" OR "Infant")	1,509
	#5. ("Asphyxia Neonatorum"[MeSH] OR "Neonatal Asphyxia" OR "Asphyxia, Neonatal" OR "Hypoxia, Neonatal")	8,960
	#6. ("Mycobacterium Infections, Nontuberculous"[MeSH] OR "Nontuberculous Mycobacterium Infection" OR "Nontuberculous Mycobacterium Infections" OR "Atypical Mycobacterium Infections" OR "Atypical Mycobacterium Infection" OR "Mycobacterium Infections, Atypical" OR "Mycobacterium abscessus Infection" OR "Infection, Mycobacterium abscessus" OR "Infections, Mycobacterium abscessus" OR "Mycobacterium abscessus Infections")	38,617
	#7. "Guideline"[pt] OR "practice guideline"[pt] OR "consensus development conference"[pt] OR "consensus development conference, NIH"[pt] OR guideline*[ti] OR standards[ti] OR consensus*[ti] OR recommendat*[ti] OR guideline*[cn] OR standards[cn] OR consensus*[cn] OR recommendat*[cn] OR "practice parameter*"[ti] OR "position statement*"[ti] OR "practice bulletin*"[ti] OR "policy statement*"[ti] OR CPG[ti] OR CPGs[ti] OR "best practice*"[ti] OR (care[ti] AND (path[ti] OR paths[ti] OR pathway[ti] OR pathways[ti] OR map[ti] OR maps[ti] OR plan[ti] OR plans[ti] OR standard[ti])) OR ((critical[ti] OR clinical[ti] OR practice[ti]) AND (path[ti] OR paths[ti] OR pathway[ti] OR pathways[ti] OR protocol*[ti])) OR (algorithm*[ti] AND (pharmacotherap*[ti] OR chemotherap*[ti] OR chemotreatment*[ti] OR therap*[ti] OR treatment*[ti] OR intervention*[ti])) OR (algorithm*[ti] AND (screening[ti] OR examination[ti] OR test[ti] OR tested[ti] OR testing[ti] OR assessment*[ti] OR diagnosis[ti] OR diagnoses[ti] OR diagnosed[ti] OR diagnosing[ti])) OR guideline*[ot] OR standards[ot] OR consensus*[ot] OR recommendat*[ot] OR "practice parameter*"[ot] OR "position statement*"[ot] OR "practice bulletin*"[ot] OR "policy statement*"[ot] OR CPG[ot] OR CPGs[ot] OR "best practice*"[ot] OR (care[ot] AND (path[ot] OR paths[ot] OR pathway[ot] OR pathways[ot] OR map[ot] OR maps[ot] OR plan[ot] OR plans[ot] OR standard[ot])) OR ((critical[ot] OR clinical[ot] OR practice[ot]) AND (path[ot] OR paths[ot] OR pathway[ot] OR pathways[ot] OR protocol*[ot])) OR (algorithm*[ot] AND (pharmacotherap*[ot] OR	315,150

	chemotherap*[ot] OR therap*[ot] OR treatment*[ot] OR intervention*[ot])) OR (algorithm*[ot] AND (screening[ot] OR examination[ot] OR test[ot] OR tested[ot] OR testing[ot] OR assessment*[ot] OR diagnosis[ot] OR diagnoses[ot] OR diagnosed[ot] OR diagnosing[ot])) OR (("Systematic review"[ti] OR "systematic review"[pt] OR "systematic review"[ot]) AND ("practice guideline*"[tiab] OR "treatment guideline*"[tiab] OR "clinical guideline*"[tiab] OR "guideline recommendation*"[tiab]))	
Total/Final	**#8. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 AND #7 Filters: from 2019 - 2024**	**3,113**

Tipo de búsqueda	**Nueva**	
Base de datos Plataforma	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	23 agosto 2024	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ('hypertension'/exp OR 'blood pressure, high')	1,084,633
	#2. ('congenital syphilis' OR 'hutchinson teeth' OR 'gestational syphilis' OR 'syphilis in pregnancy')	5,027
	#3. ('type 2 diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes mellitus')	393,821
	#4. ('anemia'/exp AND ('iron deficiency anemia'/exp OR 'vitamin B12 deficiency anemia'/exp OR 'folate deficiency anemia'/exp) AND ('preschool child'/exp OR 'infant'/exp))	5,506
	#5. ('neonatal asphyxia'/exp OR 'neonatal asphyxia' OR 'asphyxia neonatorum' OR 'asphyxia, neonatal' OR 'neonatal hypoxia')	9,853
	#6. ('nontuberculous mycobacterium infection'/exp OR 'nontuberculous mycobacterium infection' OR 'nontuberculous mycobacterium infections' OR 'atypical mycobacterium infection' OR 'atypical mycobacterium infections' OR 'mycobacterium infections, atypical' OR 'mycobacterium abscessus infection' OR 'mycobacterium abscessus infections')	42,623
	#7. ('practice guideline*': ti, ab)	49,320

	#8. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	1,463,282
	#9. #7 AND #8	3,238
Total/Final	#10. #9 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**632**

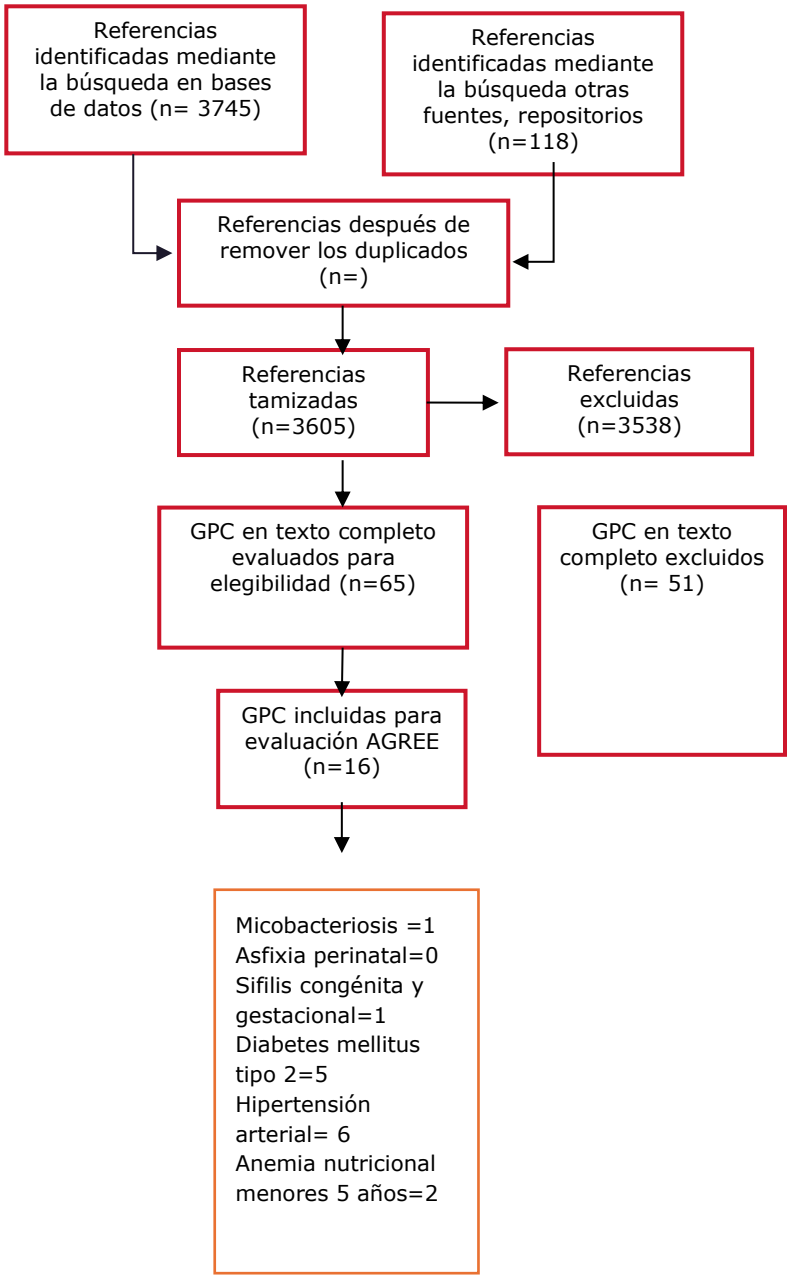
Anexo 3.3 Búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores de GPC

Fuente	Dirección electrónica	HTA	Diabetes	Asfixia perinatal	Sífilis	Micobacterias	Anemia
Agency for Healthcare Research and Quality	https://www.guideline.gov/	0	0	0	0	0	0
GIN (Guideline International Network)	https://guidelines.ebmportal.com/	5	22	0	0	0	0
CISMeF, Catalogageetl' Indexationdes Sites Médicaux	https://www.cismef.org/cismef/	4	2	0	0	0	0
CNZGG (New Zeland Guidelines Group)	https://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group	1	1	0	0	0	0
TRIP database	https://www.tripdatabase.com/	27	21	0	0	0	3
NICE (National Institute for Clinical Excellence)	https://www.nice.org.uk/guidance	1	3	0	0	1	0
National electronic Library for Health (NeLH)	https://www.semfyc.es/biblioteca/national-electronic-library-for-health-nelh/	1	0	0	0	0	1
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/	0	0	0	0	0	0
Agencia for Healthcare Quality Research and Quality- AHQR	https://www.ahrq.gov/gam/index.html	0	0	0	0	0	0
GPC infobase: CMA joule	https://joulecma.ca/cpg/homepage	0	0	0	0	0	0
Australian Clinical Practice Guidelines- NHMRC	https://www.clinicalguidelines.gov.au/	0	0	0	0	0	0

Institute for Clinical Systems Improvement- ICSI	https://www.icsi.org/guideline/about-icsi-guidelines/	Página no disponible	Página no disponible	Página no disponible	Página no disponible	Página no disponible	Página no disponible
ACP, American College of Physicians:	https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines	0	1	0	0	0	0
Guidelines in practice	https://www.guidelinesinpractice.co.uk/	1	2	0	0	0	0
BIGG. International Database for GRADE Guidelines. BIREME-OPS	https://sites.bvsalud.org/bigg/en/biblio/	0	0	0	2	0	0
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)	https://www.cadth.ca/	0	0	0	0	0	0
Database of WHO guidelines	https://www.who.int/publications/who-guidelines	1	3	0	3	0	0
WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS	http://apps.who.int/iris/discover?&query=guidelines%20as%20topic	1	1	0	3	0	2
Singapore Ministry of health Guidelines	https://www.moh.gov.sg/hpp/doctors/guidelines/GuidelineDetails/clinical-practice-guidelines-medical	0	0	0	0	0	0
Database of GRADE EtD's and Guidelines	https://guidelines.gradepro.org/search	0	0	0	0	0	0
Guía Salud	https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sfm_wpcf-estado=1	0	0	0	0	0	0
RedSalud	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/	0	0	0	0	0	0
Cenetec	https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/	1	3	0	0	0	0
Repositorio argentino	https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/guiaspracticaclinica	0	1	0	0	0	0

Total	43	60	0	8	1	6

Anexo 3.4 Diagrama PRISMA



Anexo 3.5 Herramienta 7

C1 ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
C2. ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
C3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
C4. ¿Establece recomendaciones?
C5 ¿El año de publicación es entre 2019-2024?

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
Sífilis	U.S. Preventive Services Task Force	Screening for Syphilis in Pregnant Women: Recommendation Statement	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	World Health Organization	Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis and Treponema pallidum (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	World Health Organization	WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		the WHO Guidelines Review Committee							
	World Health Organization	Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, and hepatitis B virus	Sí	No	Sí	No	Sí		No
	World Health Organization	Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV	Sí	No	No	No	Sí		No
Micobacterias	The American Thoracic Society (ATS), European Respiratory Society (ERS), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), and Infectious Diseases Society of America (IDSA)	Treatment of Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease: An Official ATS/ERS/ESCMID/IDSA Clinical Practice Guideline	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS	Therapeutic guidelines for opportunistic infections Mycobacterium avium Complex (MAC)	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
Anemia	Joint Committee of Pediatric Hematology - Oncology Chapter and Pediatric and Adolescent Nutrition Society of the Indian Academy of Pediatrics	Diagnosis, Treatment and Prevention of Nutritional Anemia in Children: Recommendations of the Joint Committee of Pediatric Hematology - Oncology Chapter and Pediatric and Adolescent Nutrition Society of the Indian Academy of Pediatrics	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	Royal College of Nursing	Iron Deficiency and Anaemia in Adults RCN guidance for nursing practice	No	No	Sí	No	Sí		No
	British Society of Gastroenterology (BSG)	British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults	No	No	Sí	Sí	Sí		No
	British Society for Haematology	Guidelines for the monitoring and	No	Sí	Sí	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		management of iron overload in patients with haemoglobinopathies and rare anaemias							
	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria	Anemia por falta de hierro	No	No	No	No	Sí	Es una guía de orientación para pacientes	No
	World Health Organization	WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está la estrategia (anexo o apéndice) pero se describe en la metodología que se hizo la revisión de la literatura	Sí
	World Health Organization	Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está la estrategia (anexo o apéndice) pero se describe en la metodología que se hizo la revisión de la literatura	Sí
HTA	WHO	Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Menciona que "Web Annex A provides details of the search terms and strategy used". Revisé el anexo, pero no contiene ni los términos ni las estrategias	Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Chinese Hypertension League	2019 Chinese Hypertension League guidelines on home blood pressure monitoring	No	No	No	Sí	Sí		No
	International Society of Hypertension	2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	CENETEC	Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	AAFP	Blood Pressure Targets in Adults With Hypertension: A Clinical Practice Guideline From the AAFP	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	Department of Veterans Affairs	VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		THE PRIMARY CARE SETTING							
	European Society of Hypertension	2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	Philippines Heart Association	Executive summary of the 2020 clinical practice guidelines for the management of hypertension in the Philippines	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Menciona que lo relacionado con la búsqueda de literatura se encuentra en la guía completa; sin embargo, en la página sólo está disponible la versión de resumen ejecutivo	Sí
	Hypertension Canadá	Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Menciona que los detalles de las estrategias de búsqueda y los disponibles previa solicitud	No
	US Preventive Services Task Force	Screening for Hypertension in Adults US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	JHS	The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	IHCI	National Hypertension Guidelines: A Review of the India Hypertension Control Initiative (IHCI) and Future Prospects	No	No	No	No	Sí		No
	AHA/ACC	2019 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With High Blood Pressure	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Hypertension Branch of Chinese Geriatrics Society, Beijing Hypertension Association, Na-tional Clinical Research Center of the Geriatric Diseases	2023 Guideline for the management of hypertension in the elderly population in China	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	ACE	Tailoring the management plan to	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		optimise blood pressure control							
	NICE	Hypertension in adults: diagnosis and management	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Health New Zealand	Diagnosis and Treatment of Hypertension and Pre-eclampsia in Pregnancy in Aotearoa New Zealand	No	No	Sí	Sí	Sí		No
DM2	RSSDI-ESI	Clinical Practice Recommendations for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus 2020	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	Luso-Brazilian	2023 UPDATE: Luso-Brazilian evidence-based guideline for the management of antidiabetic therapy in type 2 diabetes	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No tiene estrategia de búsqueda, pero tiene el tema de resumen de evidencia con referencias y cuenta que hizo búsquedas en pubmed	No
	SGED/SSED	Swiss recommendations of the Society for Endocrinology and Diabetes (SGED/SSED) for the treatment of type 2	Sí	No	No	Sí	Sí	Presenta algoritmos de decisión	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		diabetes mellitus (2023)							
	Lorenzoni12 · Matteo Monami1 · for Società	2023 update on Italian guidelines for the treatment of type 2 diabetes	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	ADA	Standards of Care in Diabetes 2024	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Describen la búsqueda que hicieron, pero no indican la estrategia de búsqueda	No
	Chinese Geriatric Endocrine Society	Use of basal insulin in the management of adults with type 2 diabetes: An Asia-Pacific evidence-based clinical practice guideline	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ESC-EASD	2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD	No	No	Sí	Sí	Sí		No
	Korean Diabetes Association	2023 Clinical Practice Guidelines for Diabetes Management in Korea: Full Version Recommendation of	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No indica estrategias o base	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		the Korean Diabetes Association							
	Secretaria de salud México CENETEC	Prevención, diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Hay una persona del equipo que valida búsquedas de evidencia, pero no se explica el proceso sin se muestra las estrategias	No
	Ministerio de Salud de Argentina	Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Chinese Diabetes Society	Standards of medical care for type 2 diabetes in China 2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	American College of Physicians	Newer Pharmacologic Treatments in Adults With Type 2 Diabetes: A Clinical Guideline From the	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	La referencia 24 y 25 contiene la información de las búsquedas de evidencia	Sí
	American Association of Clinical Endocrinology	Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Pland—2022 Update	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Japan Diabetes Society (JDS)	Japanese Clinical Practice Guideline for Diabetes 2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	NICE	Tirzepatide for treating type 2 diabetes	No	No	Sí	Sí	Sí		No
	NICE	Type 2 diabetes in adults: management	Sí	No	Sí	Sí	Sí	La descripción de los métodos de actualización: https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/resources/2019-surveillance-of-diabetes-nice-guidelines-ng17-ng18-ng19-and-ng28-6837997933/chapter/Overview-of-2019-surveillance-methods?tab=evidence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/chapter/Finding-more-information-and-committee-details en esta página encontré los otros anexos de la guía	No
	CENETEC	Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES MELLITUS 2 EN LA PERSONA ADULTA MAYOR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	Finerenone for treating chronic kidney disease	No	No	Sí	Sí	Sí	Es una ETE	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		in type 2 diabetes							
	ADA	Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Es un capítulo de la GPC de Diabetes Care de la ADA, se evalúa la GPC completa que corresponde al número 5 de esta lista, versión actualizada 2024	No
	Agency for Clinical Innovation	Use of SGLT2-inhibitors for type 2 diabetes in acute inpatient care	No	No	No	Sí	Sí		No
	ACE: Agency for care effectiveness	Initiating basal insulin in type 2 diabetes mellitus	No	No	No	No	Sí		No
	ADS/ADEA/APEG	Management of type 2 diabetes in young adults aged 18–30 years: ADS/ADEA/APEG consensus statement	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	National Clearinghouse for Korean Medicine	Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Type 2Diabetes Mellitus	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Dylan MacKay et al	Remission of Type 2 Diabetes Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	ADA	Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2023	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Es un capítulo de la GPC de Diabetes Care de la ADA, se evalúa la GPC completa que corresponde al número 5 de esta lista, versión actualizada 2024	No
	Sheyu Li, et al	SGLT-2 inhibitors or GLP-1 receptor agonists for adults with type 2 diabetes: a clinical practice guideline	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Basada en evidencia sin búsqueda replicable	No
	ACE: Agency for care effectiveness	Type 2 diabetes mellitus Personalising management with non-insulin medications	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	Nederlands Huisartsen Genootschapotro	NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (M01)	No	No	No	No	No	Otro idioma/ holandés)	No
	Ryan G Paul	Type 2 diabetes management guidance	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		Updated 2023 Recommendations from the NZSSD							
	WHO	CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS 2019	No	No	No	No	Sí		No
	WHO	Diagnosis and management of type 2 diabetes	Sí	No	No	No	Sí		No
	NICE	Ertugliflozin with metformin and a dipeptidyl peptidase-4 inhibitor for treating type 2 diabetes	Sí	No	No	Sí	Sí	Es una ETE	No
	American College of Cardiology	2020 Expert Consensus Decision Pathway on Novel Therapies for Cardiovascular Risk Reduction in Patients With Type 2 Diabetes	Sí	No	No	No	Sí	Es un consenso de expertos	No
	Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de	Portuguese-Brazilian evidence-based guideline on the management of	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está la estrategia (anexo o apéndice) pero se describe en la metodología que se hizo la revisión de la literatura	Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) y Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes, e Metabolismo (SPEDM).	hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus							

Anexo 3.6 Resultados GPC evaluadas con AGREE II

Dominios: Dominio 1: alcance y objetivos; Dominio 2: participación de los implicados; Dominio 3: rigor en la elaboración; Dominio 4: claridad en la presentación; Dominio 5: aplicabilidad y Dominio 6: independencia editorial.

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis and Treponema pallidum (syphilis), and new	100%	89%	84%	100%	85%	96%	92%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
recommendations on syphilis testing and partner services							
Treatment of Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease: An Official ATS/ERS/ESCMID/IDSA Clinical Practice Guideline	72%	83%	92%	94%	71%	63%	79%
WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations	100%	61%	75%	97%	94%	92%	87%
Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations	94%	44%	63%	69%	81%	79%	72%
Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults (WHO)	100%	97%	72%	97%	92%	79%	90%
Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención	100%	86%	80%	97%	46%	67%	79%
Clinical practice guideline for the diagnosis and managemente of hypertension in tne primary care setting	92%	89%	85%	97%	71%	75%	85%
The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension	97%	75%	75%	97%	81%	46%	79%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Hypertension in adults: diagnosis and management	100%	92%	92%	94%	88%	79%	91%
Use of basal insulin in the management of adults with type 2 diabetes: An Asia-Pacific evidence-based clinical practice guideline	100%	75%	97%	100%	75%	100%	91%
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019	100%	97%	95%	97%	94%	100%	97%
Newer Pharmacologic Treatments in Adults With Type 2 Diabetes: A Clinical Guideline From the American College of Physicians	94%	97%	93%	94%	83%	88%	92%
Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES MELLITUS 2 EN LA PERSONA ADULTA MAYOR	100%	97%	90%	97%	85%	100%	95%
Portuguese-Brazilian evidence-based guideline on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus	81%	69%	71%	89%	73%	96%	80%

Anexo 3.7 Consolidado de las votaciones para priorización de preguntas

La calificación se realizó sobre una escala de uno (no priorizar) a nueve (priorizar). Se consideró como preguntas priorizadas aquellas que obtuvieron una votación ≥80% entre los puntajes 7 a 9.

GPC Micobacterias atípica o micobacterias no tuberculosas

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
En pacientes con sospecha de infección por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro utilizar métodos de identificación microbiológica y molecular (incluyendo cultivos positivos de esputo, broncoscopia, biopsia pulmonar, PCR y secuenciación de genes 16S rRNA) en comparación con otros métodos microbiológicos y moleculares para la detección de MNT?	7	9	100	Priorizar
En pacientes con sospecha de enfermedad pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro utilizar estudios radiológicos avanzados en lugar de otros métodos diagnósticos (como cultivos y pruebas moleculares) para mejorar la detección y caracterización de la enfermedad?	7	9	100	Priorizar
Pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro tratar la enfermedad con un régimen de 3 medicamentos que incluya un macrólido (como claritromicina o azitromicina) en comparación con un régimen sin macrólido para mejorar la tasa de curación y reducir la resistencia a los medicamentos?	7	9	100	Priorizar
En pacientes con infecciones pulmonares por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectivo y seguro añadir amikacina inhalada al régimen de tratamiento estándar en comparación con no añadirla, para mejorar los resultados clínicos y reducir la carga bacteriana?	8	9	100	Priorizar
En pacientes con diagnóstico de infección pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT), ¿es efectiva y segura una duración	7	9	100	Priorizar

prolongada del tratamiento (más de 12 meses) en comparación con una duración estándar o más corta (menos de 12 meses) para mejorar la tasa de curación y reducir la recurrencia de la infección?				
En pacientes con enfermedad por Micobacterias No Tuberculosas (MNT) extrapulmonares, ¿es efectivo y seguro tratar la enfermedad de manera empírica en comparación con basarse en los resultados de pruebas de susceptibilidad a los medicamentos in vitro para mejorar los resultados clínicos y reducir la resistencia a los medicamentos?	8	9	100	Priorizar
En pacientes con enfermedad pulmonar por Micobacterias No Tuberculosas (MNT) que han completado el tratamiento, ¿es efectivo y seguro seguir un protocolo de seguimiento intensivo en comparación con un seguimiento estándar?	5	9	50	No priorizar

GPC Asfixia perinatal

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Revisor 4	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Cuáles son los criterios para realizar el diagnóstico de la asfixia perinatal?	8	8	8	9	100	Priorizar
¿Cómo se clasifica para el recién nacido con asfixia perinatal?	8	7	7	9	100	Priorizar
En recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal ¿cuáles estudios deben realizarse para evaluar compromisos sistémicos?	8	7	8	9	100	Priorizar
¿Cuál es la efectividad y seguridad de la hipotermia terapéutica en recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal en comparación con no realizarla o con el uso de las medidas de soporte solamente?	5	6	9	8	50	No priorizar

¿Cómo debe realizarse el seguimiento en los recién nacidos con sospecha de asfixia perinatal?	7	7	6	7	75	No priorizar
¿Cómo debe realizarse la identificación y el seguimiento en las gestantes con factores de riesgo de asfixia perinatal durante el momento del parto?	5	7	5	7	50	No priorizar
¿Cómo se debe realizarse el seguimiento del neurodesarrollo de los recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal?	8	7	9	6	75	No priorizar

GPC Sífilis gestacional y congénita

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿En mujeres embarazadas, deberían utilizarse pruebas rápidas en el sitio de atención en lugar de la estrategia estándar de tamizaje y tratamiento en laboratorios externos para mejorar la cobertura del tamizaje y reducir la pérdida de seguimiento en el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas?	1	8	8	66,7	No priorizar
En pacientes con diagnóstico clínico o de laboratorio de sífilis gestacional, ¿es seguro y efectivo no realizar la prueba de alergia a la penicilina en comparación con realizar la prueba de alergia, para minimizar eventos adversos?	9	5	1	33,3	No priorizar
¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional?	1	8	8	66,7	No priorizar
¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para el neonato con diagnóstico de sífilis congénita?	9	7	8	100	Priorizar

¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para el neonato con diagnóstico de sífilis congénita?	9	7	8	100	
En mujeres embarazadas con sífilis temprana, ¿es efectivo y seguro utilizar penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular en una sola dosis, en comparación con procaína penicilina 1.2 millones de unidades intramuscular una vez al día durante 10 días, para tratar la infección y prevenir complicaciones?	9	7	7	100	Priorizar
En mujeres embarazadas con sífilis tardía o de duración desconocida, ¿es efectivo y seguro utilizar penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez por semana durante tres semanas consecutivas, en comparación con procaína penicilina 1.2 millones de unidades intramuscular una vez al día durante 20 días para tratar la infección y prevenir complicaciones maternas y neonatales?	9	7	7	100	Priorizar
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional?	9	8	1	66,7	No priorizar
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita?	9	8	5	66,7	No priorizar
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de recién nacidos diagnosticados con neurosífilis?	9	8	5	66,7	No priorizar

GPC Diabetes Mellitus tipo 2

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Revisor 4	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
.¿Debería usarse farmacoterapia en la prevención de la progresión a DMT2 en personas adultas ≥18 años con prediabetes?	5	6	9	9	50	No priorizar

.¿Debería usarse herramientas de evaluación de riesgo (validadas en población colombiana) para realizar tamizaje de prediabetes y DMT2 en personas adultas ≥18 años?	7	7	9	9	100	Priorizar
¿Debería usarse las pruebas de HbA1c; glucosa plasmática en ayunas; glucosa plasmática a las 2 horas durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa o de glucosa aleatoria con síntomas hipoglucémicos para el diagnóstico de DMT2 en personas adultas ≥18 años asintomáticos?	8	7	9	9	100	Priorizar
¿Debería usarse prueba confirmatoria de HbA1c en comparación con una segunda medición de glucosa en ayunas para confirmar el diagnóstico de DMT2 en personas adultas ≥18 años con resultados de glucosa en ayunas que indican hiperglucemia, pero sin síntomas claros?	7	6	9	9	75	No priorizar
¿Debería usarse la metformina como primera línea de tratamiento comparado con otros agentes hipoglucemiantes en personas adultas ≥18 años con DMT2?	7	3	9	9	75	No priorizar
¿Debería usarse terapia combinada (más de un medicamento) para obtener un control glucémico adecuado en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2?	8	4	9	9	75	No priorizar
¿Debería usarse objetivos glucémicos específicos, como un A1C <7% y un TIR >70%, comparado con objetivos más flexibles, como un A1C del 7.5% al 8% y un TIR >50%, en persona adultas con DMT2 mejora el control glucémico y reduce la incidencia de hipoglucemia sin comprometer la calidad de vida?	7	7	9	9	100	Priorizar
¿Debería evaluarse el estado glucémico mediante HbA1c y/o métricas adecuadas de monitoreo	7	4	9	9	75	No priorizar

continuo de glucosa cada 3 a 6 meses en comparación con la medición menos frecuente cada 6 a 12 meses en personas adultas ≥18 años con DMT2?						
¿Debería usarse tecnologías avanzadas de control de glucemia en comparación con el uso de métodos de monitoreo convencionales en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2?	7	7	9	9	100	Priorizar
¿Cuáles son las tecnologías utilizadas para el seguimiento de órganos blanco en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2?	9	7	9	9	100	Priorizar

GPC Hipertensión arterial

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Revisor 4	Revisor 5	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿En personas con "pre-hipertensión" o "presión normal-alta" (entendida como: valores de presión arterial sistólica entre 130-139 mmHg y de diastólica entre 85-89 mmHg), puede el tratamiento farmacológico, comparado con terapia no-farmacológica o no-tratamiento, reducir la incidencia de HTA y/o de eventos cardiovasculares?	3	3	9	9	9	60	No priorizar
¿Cuál es la incidencia de eventos cardiovasculares al comparar	5	3	9	9	9	60	No priorizar

individuos evaluados mediante métodos ambulatorios (AMC y MAPA) para la detección y seguimiento de la HTA?							
¿Cuál es el rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, valores predictivos) para HTA, al usar método auscultatorio o automatizado con intervalos variables, comparado con MAPA?	7	7	9	9	7	100	Priorizar
¿Cuál es la concordancia y rendimiento diagnóstico de las pruebas más utilizadas en la detección de órgano blanco?	8	7	9	9	9	100	Priorizar
¿Cuál escala debería usarse para la clasificación del riesgo cardiovascular, en población adulta colombiana con sospecha de HTA?	8	7	9	9	9	100	Priorizar
¿Con qué valor de tensión arterial se debe iniciar el tratamiento farmacológico para prevenir las complicaciones cardiovasculares?	3	7	9	9	8	80	Priorizar
¿Es necesario contar con alguna prueba de laboratorio antes de iniciar los tratamientos farmacológicos o al ajustarlos?	8	7	9	9	5	80	Priorizar
¿Debe utilizarse la estratificación del riesgo cardiovascular para guiar el inicio de la medicación antihipertensiva?	7	7	9	9	8	100	Priorizar
¿Qué fármacos deben utilizarse como medicamentos de primera línea en los	7	7	9	9	9	100	Priorizar

adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico? * (Intervención: Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA; comparador: Placebo)							
¿Qué fármacos deben utilizarse como medicamentos de primera línea en los adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico? * (Intervención: Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA; comparador: Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA)	1	7	9	9	9	80	Priorizar
¿Qué tipo de fármacos deberían utilizarse como medicamentos de primera línea en los adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico?	1	7	9	9	9	80	Priorizar
En los adultos con hipertensión que requieran tratamiento farmacológico, ¿qué politerapia de dos o más fármacos (betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA) frente a otra politerapia de dos o más fármacos (betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA o ARA) debe utilizarse?	8	7	9	9	9	100	Priorizar
¿Se asocia el uso de una combinación de antihipertensivos en un solo comprimido con una mejora en los resultados en los adultos con hipertensión que requieran intervenciones farmacológicas?	5	8	9	9	9	80	Priorizar

¿Qué objetivo de TA se debe intentar conseguir con el tratamiento farmacológico?	8	7	9	9	8	100	Priorizar
¿Con qué frecuencia debe re-evaluarse la tensión arterial en adultos con hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, dentro y fuera de metas de TA?	7	7	9	9	6	80	Priorizar
¿Cuál es la frecuencia de uso y concordancia en el patrón horario y mediciones obtenidas cuando se hace auto-monitoreo en casa (AMC) para seguimiento de la presión arterial?	5	7	9	9	7	80	Priorizar
¿Cuál es la tasa de adherencia y de cumplimiento de metas de TA cuándo se recomienda hacer AMC, comparada con el seguimiento convencional y MAPA?	7	7	9	9	3	80	Priorizar
¿Cuál es la tasa de adherencia y cumplimiento de metas de TA, cuando se compara el tratamiento por al menos 6 meses (corto plazo) o 4 años (largo plazo), con diferentes modalidades de administración de medicamentos?	7	6	9	9	7	80	Priorizar
¿Cuál es la incidencia de eventos cardiovasculares después de una estrategia de tratamiento mayor versus de menor intensidad en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de HTA, o pacientes con diagnóstico de HTA y diagnóstico concomitante de diabetes mellitus?	8	6	9	9	7	80	Priorizar

¿Cuál es la tasa de adherencia al tratamiento y de cumplimiento de metas de TA, luego de la inclusión en un programa de seguimiento estructurado, comparado con seguimiento convencional?	7	7	9	9	8	100	Priorizar
*fueron las preguntas fusionadas en la mesa de expertos							

GPC Anemia nutricional en menores de 5 años

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Cuál es la utilidad de una estrategia intensificada de seguimiento individual de los programas de suplementación de hierro oral, comparado con el seguimiento estándar, para mejorar la adherencia a los programas de suplementación de hierro oral en niños menores de 5 años?	7	9	9	100	Priorizar
Para la reducción poblacional de la anemia nutricional en menores de 5 años ¿cuál debe ser la meta de progresividad de cobertura de los programas de suplementación de micronutrientes en niños menores de 5 años?	5	7	9	67	No priorizar
En niños menores de 5 años ¿el interrogatorio enfocado en identificar la causa de la anemia es útil para orientar el enfoque diagnóstico de la anemia de origen nutricional en Colombia?	7	8	9	100	Priorizar
¿Cuál es la utilidad de la realización de la tamización para hemoglobina en niños entre los 24 a los 60 meses de vida, para el diagnóstico y tratamiento de la anemia nutricional en esta población en Colombia?	6	7	9	67	No priorizar
¿Cuál es la utilidad de la realización de la tamización para hemoglobina en niños entre los 0 a los 6 meses de vida, para el diagnóstico y tratamiento de la anemia nutricional en esta población en Colombia?	6	7	9	67	No priorizar
En niños menores de 5 años con sospecha de anemia de origen nutricional, ¿cuál es la utilidad de emplear pruebas de laboratorio no rutinarias, comparado con solo el hemograma tipo II, para la confirmación del diagnóstico?	4	7	1	67	No priorizar

¿Cuál es la utilidad de las presentaciones de hierro oral, para el tratamiento de la anemia nutricional por déficit de hierro en niños menores de 5 años?	7	8	9	100	Priorizar
¿Cuál es la efectividad de otras presentaciones farmacológicas de hierro, para el tratamiento de la anemia nutricional por déficit de hierro en niños menores de 5 años?	6	8	9	67	No priorizar
En niños entre los 6 meses y los 5 años de vida en tratamiento por anemia ferropénica ¿hay beneficio en un seguimiento más frecuente de los niveles de hemoglobina para la anemia leve y moderada, para determinar el éxito terapéutico?	6	8	9	67	No priorizar
En niños entre los 0 y los 6 meses de vida en tratamiento por anemia ferropénica ¿hay beneficio en realizar seguimiento de los niveles de hemoglobina para determinar el éxito terapéutico?	6	8	9	67	No priorizar

Anexo 4. Proceso Instituciones prestadoras de servicios en salud

Anexo 4.1 Preguntas estructuradas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

7.1.1.7 Anexo 4.1.1 Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
El tema de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años fue priorizado por la IPS ESE San Pedro del municipio de San Pedro (Sucre), al obtener la puntuación de priorización más alta entre once temas de interés clínico propuestos por la IPS durante el proceso de presentación del proyecto. Para la formulación de las preguntas estructuradas tipo PICO se realizó la correspondiente búsqueda en la literatura de las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia consultando diferentes bases de datos electrónicas. Tras la revisión se encontraron dos guías de práctica clínica que abordaron el objetivo general del tema sugerido por la IPS, que en términos generales fueran elaboradas entre los años 2019 a 2024 y que abordaran la población objetivo del tema priorizado. De estas dos GPC, una obtuvo > 60% de cumplimiento en los dominios 3 y 6 de la herramienta AGREE II, por lo cual se utilizó para la búsqueda de las recomendaciones de las preguntas que fueron priorizadas. La guía de mejor calidad metodológica seleccionada fue la Guía de Práctica Clínica del CENETEC de México sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años de edad del año 2023 (30). Sobre las preguntas estructuradas tipo PICO, se formularon inicialmente once preguntas: dos de diagnóstico, siete de tratamiento y dos de seguimiento. Con base en esta propuesta inicial se realizó una mesa de trabajo virtual con referente clínico de la IPS ESE San Pedro (Sucre), quien validó las once preguntas. Con base en el proceso de revisión y concertación se sometieron a votación de prioridad con escala de Likert, de las cuales quedaron priorizadas ocho preguntas que obtuvieron un promedio de respuesta 7 a 9 puntos superior al 80% y que se priorizaron para el ejercicio de ADOLOPMENT: una de diagnóstico, cinco de tratamiento y dos de seguimiento. Las preguntas no priorizadas fueron las siguientes: 1. ¿Se deberían usar pruebas de laboratorio (directas o indirectas) para la búsqueda de la etiología de la diarrea aguda en lugar de no usar pruebas de laboratorio para el diagnóstico de EDA pacientes menores de 5 años? 2. ¿Es la azitromicina efectiva y segura como tratamiento de primera línea en el manejo de la diarrea aguda no complicada, en niños menores de 5 años causada por Shigella, Campylobacter, V. cholerae y E. coli (enteropatogénica, enterotoxigénica), comparado con otros esquemas antibióticos? 3. ¿Es el metronidazol efectivo y seguro como tratamiento de primera línea en el manejo de la diarrea aguda no complicada, en niños menores de 5 años causada por Giardia lamblia y Entamoeba histolytica (trofozoítos o complejo E. dispar/histolytica), comparado con otros esquemas antiparasitarios? De las ocho preguntas priorizadas, la GPC seleccionada respondió cinco sobre las cuales se realizó una nueva sesión virtual con el experto clínico de la IPS, quien emitió

sobre cada pregunta y las recomendaciones y evidencia extraída, los juicios sobre su potencial para adopción, adaptación o desarrollo de novo. El resultado final fue adoptar cuatro de las recomendaciones y una para desarrollar de novo.

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿se debería realizar escalas de clasificación de deshidratación aguda en lugar de no usarlas para el diagnóstico y clasificación de la deshidratación en niños menores de 5 años con diarrea aguda?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Escalas de clasificación de la deshidratación aguda: – Escala Clínica de Deshidratación (ECD) – Escala de Deshidratación de Gorelick – Escala Clínica de Deshidratación de la OMS – Escala método DHAKA
Comparador	No utilizar escalas para determinar la presencia de deshidratación
Desenlace	Diagnóstico y clasificación de la deshidratación agua

Pregunta 2: ¿Es el esquema de tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) suministrado y vigilado por personal de salud, efectivo y seguro comparado con un esquema de tratamiento con SRO a libre demanda (vigilado o no por personal de la salud), en pacientes menores de 5 años con diarrea aguda y con deshidratación de leve a moderada?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Tratamiento con SRO administrado y vigilado por personal de salud así: - Cuando se conoce el peso del paciente: administrar 50 – 100 ml/kg de peso en cuatro horas - Cuando no se conoce el peso del paciente: - <4 meses o <5 kg dar 200 ml - 400 ml - 4 a 11 meses o 5 kg - 7.9 kg dar 400 ml - 600 ml - 12 meses a 23 meses o 8-10.9 kg dar 600 ml - 800 ml

	- 2 años a 4 años o 11-15.9 kg dar 800 ml - 1200 ml
Comparador	Tratamiento con SRO de baja osmolaridad a libre demanda, con o sin supervisión del personal de salud
Desenlace	Hospitalización por deshidratación grave Muerte por deshidratación grave o choque hipovolémico

Tratamiento

Pregunta 3: ¿Es el tratamiento con cristaloides (solución salina al 0,9% o Lactato de Ringer) efectivo y seguro en lugar de no utilizarlo, en pacientes menores de 5 años con diarrea aguda y con deshidratación grave con o sin choque hipovolémico?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Administración de soluciones intravenosas tipo cristaloides, de acuerdo con la condición clínica del paciente
Comparador	No administrar cristaloides intravenosos
Desenlace	Hospitalización por deshidratación grave Muerte por deshidratación grave o choque hipovolémico

Pregunta 4: ¿Se debe implementar la terapia antibiótica empírica dirigida por criterios clínicos, comparado con no utilizarla, en el tratamiento de los pacientes menores de 5 años con diarrea aguda?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Criterios clínicos para el uso de antibióticos de manera empírica, para evitar complicaciones: – Menores de tres meses – Inmunodeprimidos – Asplenia (anatómica o funcional) – Enfermedad crónica grave – Desnutrición grave – Sepsis de origen gastrointestinal
Comparador	Uso empírico de antibióticos sin criterios clínicos de progresión a complicaciones
Desenlace	Hospitalización por deshidratación grave Muerte por deshidratación grave o choque hipovolémico Eventos adversos secundarios al uso de antibióticos

Pregunta 5: ¿Es efectiva y segura la administración de suplemento oral de Zinc, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Zinc elemental: Sulfato de zinc monohidrato 5 mg vía oral por 14 días
Comparador	No dar coadyuvancia con Zinc
Desenlace	Recidiva de la EDA Hospitalización por EDA Muerte por EDA

Pregunta 6: ¿Es efectiva y segura la administración de probióticos, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	*Saccharomyces boulardii* y *Lactobacillus rhamnosus* en presentaciones para administración oral, líquida en polvo, disponibles comercialmente en el país
Comparador	No dar coadyuvancia con probióticos
Desenlace	Recidiva de la EDA Hospitalización por EDA Muerte por EDA

Seguimiento

Pregunta 7: ¿Se deberían tener en cuenta criterios clínicos para determinar el alta hospitalaria, comparado con no tenerlos en cuenta, posterior al tratamiento de los pacientes menores de 5 años con diarrea aguda?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Criterios clínicos mínimos, no excluyentes, para el alta hospitalaria: - Adecuada tolerancia a la vía oral - Reversión de los signos de deshidratación - Desaparición de la sed - Micción normal - Disminución del número de deposiciones diarreicas en volumen y frecuencia • Cuidadores sensibilizados
Comparador	No tener en cuenta mínimos clínicos de alta hospitalaria
Desenlace	Hospitalización por EDA

	Muerte por EDA Recidiva de la EDA

Pregunta 8: ¿Se debería administrar dieta habitual y apropiada para la edad, comparado con dieta astringente, posterior al tratamiento de la diarrea aguda con sales de hidratación oral, en pacientes menores de 5 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años
Intervención	Dieta habitual y apropiada para la edad
Comparador	Dieta astringente (con restricción de fibra, grasas y alimentos con lactosa)
Desenlace	Recidiva de la EDA

7.1.1.8 Anexo 4.1.2 Infección de vías urinarias

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
El tema de infección de vías urinarias en adultos fue priorizado por la IPS ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá. Con base en la GPC publicada por Public Health England (PHE) en 2020 (54), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2023 (55), la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN) en 2023 (56), la European Association of Urology (EAU) en 2024 (57), se realizó una propuesta inicial de ocho preguntas de investigación en formato PICO para esta GPC: cuatro de diagnóstico, dos de tratamiento y dos de seguimiento. Con base en esta propuesta inicial se realizó una revisión asincrónica y virtual de las preguntas por parte de un médico Internista y dos Epidemiólogos de la IPS, quienes revisaron las preguntas y las validaron para votar la priorización de preguntas. La versión final ajustada contenía las ocho preguntas propuestas inicialmente, con un ajuste en las relacionadas con tratamiento, considerando que la IPS ha establecido la cefalexina como antibiótico de primera elección dado sus perfiles de resistencia antimicrobiana. Con base en el proceso de revisión y concertación, las preguntas se sometieron a votación de prioridad con escala Likert de 1 a 9, de las cuales quedaron priorizadas dos preguntas que obtuvieron un promedio de respuesta 7 a 9 puntos superior al 80% y que se priorizaron para el ejercicio de ADOLOPMENT, que corresponden a una pregunta de diagnóstico y una de tratamiento. Las preguntas no priorizadas fueron: 1. ¿Se debería usar el examen general de orina como estrategia diagnóstica vs. urocultivo, gram de orina sin centrifugar e imagenología para el diagnóstico de ITU en pacientes con sospecha? 2. ¿Se debería usar el examen general de orina como estrategia diagnóstica vs. urocultivo, gram de orina sin centrifugar e imagenología para el diagnóstico de ITU complicada en pacientes con sospecha?

3. ¿Se debe realizar el diagnóstico de ITU en mujeres menores de 65 años con criterios clínicos o signos de advertencia vs. exámenes de laboratorio e imagenológicos?
4. ¿Se debería usar Cefalexina en lugar de Trimetoprima o Fosfomicina para el tratamiento de ITU complicada en población adulta?
5. ¿Se debería realizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico y tratamiento de ITU con respuesta clínica en lugar del uso de exámenes de laboratorio?
6. ¿Se debería realizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico y tratamiento de ITU complicada con respuesta clínica en lugar del uso de exámenes de laboratorio?

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿Se debe usar el urocultivo vs. exámenes de laboratorio e imágenes para realizar el diagnóstico de IVU en población de personas con catéter urinario?

Componente PICO	Definición
Población	Personas con catéter urinario y sospecha de IVU
Intervención	Urocultivo
Comparador	Microscopia Gran de orina sin centrifugar Imágenes diagnósticas (ultrasonografía renal y de vías urinarias, uroTAC, o urografía por TAC)
Desenlace	-Confirmación diagnóstica de infección urinaria: Aislamiento de microorganismos a parir de urocultivos con crecimiento >1000.000 UFC -Sensibilidad Especificidad VPP, VPN

Tratamiento

Pregunta 2: ¿Se debería usar Cefalexina en lugar de Trimetoprima o Fosfomicina para el tratamiento de IVU no complicada en población de adultos?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos (>18 años) con diagnóstico de IVU
Intervención	Cefalexina
Comparador	Trimetropina Fosfomicina
Desenlace	Resolución de la infección: examen general de la orina de control de 72 horas sin alteraciones. Adherencia

	Eventos adversos

7.1.1.9 Anexo 4.1.3 Cáncer de mama

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
Considerando el tema con la mayor puntuación en la herramienta de priorización y los ámbitos seleccionados por el Instituto Nacional de Cancerología, se elaboró una propuesta inicial de siete preguntas para la Guía de Práctica Clínica (GPC) de diagnóstico de cáncer de mama. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su revisión, votación y comentarios. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión asincrónica y virtual de las preguntas por parte de una cirujana oncóloga y un epidemiólogo de la IPS, quienes las analizaron y validaron para proceder con la votación de priorización. Tras los ajustes realizados, principalmente en relación con la tamización del cáncer de mama, la versión final quedó conformada por seis preguntas. Como parte del proceso de revisión y consenso, las preguntas se sometieron a una votación de priorización utilizando una escala Likert de 1 a 9. El 100% de las preguntas presentadas, es decir, seis en total, fueron priorizadas, con un promedio de puntuación entre 7 y 9 en las respuestas. Estas preguntas fueron seleccionadas para el ejercicio de ADOLOPMENT, correspondientes a la tamización del cáncer de mama.

Preguntas priorizadas:

Tamización con mamografía en mujeres de 40-44 años

Pregunta 1a: ¿Se debe realizar tamización con mamografía en comparación con no realizar tamización de cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 40-44 años con riesgo promedio?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres asintomáticas de 40-44 años con riesgo promedio de cáncer de mama.
Intervención	• Tamización con mamografía anual. • Tamización con mamografía bienal.
Comparador	• No realizar tamización antes de los 50 años. • Realizar examen clínico de la mama.
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Tamización con mamografía en mujeres de 45-49 años

Pregunta 1b: ¿Se debe realizar tamización con mamografía en comparación con no realizar tamización de cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 45-49 años con riesgo promedio?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres asintomáticas de 45-49 años con riesgo promedio de cáncer de mama
Intervención	• Tamización con mamografía anual. • Tamización con mamografía bienal.
Comparador	• No realizar tamización antes de los 50 años. • Realizar examen clínico de la mama.
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Tamización con mamografía en mujeres de 50-75 años

Pregunta 2: ¿Se debe realizar tamización con mamografía anual en comparación con tamización bienal para el cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 50-75 años con riesgo promedio?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres asintomáticas de 50-75 años con riesgo promedio de cáncer de mama.
Intervención	Tamización con mamografía anual
Comparador	• Tamización con mamografía bienal. • Realizar examen clínico de la mama.
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Ecografía mamaria en mujeres con mamas densas

Pregunta 3: ¿Se debería realizar ecografía mamaria en comparación con ninguna intervención en mujeres con mamografía BI-RADS 0 por mama densa?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres con reporte de mamografía de tamización BI-RADS 0 por mama densa.
Intervención	Ecografía mamaria
Comparador	Ninguna intervención
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Examen clínico de la mama como prueba de tamización

Pregunta 4: ¿Se debe realizar examen clínico de la mama como prueba de tamización en mujeres asintomáticas mayores de 40 años?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres asintomáticas mayores de 40 años con riesgo promedio de cáncer de mama.
Intervención	Examen clínico de la mama
Comparador	Mamografía
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Esquema de tamización en mujeres con alto riesgo

Pregunta 5:¿Se debe realizar resonancia nuclear magnética de mama con gadolinio como prueba única de tamización en mujeres con variantes patogénicas asociadas a síndrome de cáncer de mama hereditario?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres con variantes patogénicas asociadas a síndrome de cáncer de mama hereditario
Intervención	Resonancia nuclear magnética (RNM) de mama con gadolinio
Comparador	Mamografía
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, calidad de vida, eventos adversos, supervivencia global.

Mamografía digital 3D vs 2D

Pregunta 6: ¿Se debería realizar mamografía digital con tomosíntesis (3D) en comparación con mamografía digital estándar (2D) para la tamización del cáncer de mama en mujeres asintomáticas con riesgo promedio?

Componente PICO	Definición
Población	Mujeres asintomáticas con riesgo promedio de cáncer de mama.
Intervención	Mamografía digital con tomosíntesis (3D)
Comparador	Mamografía digital estándar (2D)
Desenlace	Sensibilidad, especificidad, eventos adversos, tasa de detección.

7.1.1.10 Anexo 4.1.4 Epilepsia en menores de 18 años

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
La epilepsia en niños, niñas y adolescentes en menores de 18 años fue el tema priorizado por la IPS Hospital Infantil Los Ángeles del municipio de Pasto (Nariño),

institución de tercer nivel de atención y centro de referencia para manejo pediátrico del suroccidente del país. Durante la presentación del proyecto, la IPS postuló ocho temas de importancia clínica para su población objeto, siendo la epilepsia el tema con mayor puntuación obtenida entre tres evaluadores de la IPS. Para la formulación de las preguntas estructuradas tipo PICO se realizó la correspondiente búsqueda en la literatura de las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia consultando diferentes bases de datos electrónicas. Tras la revisión, se encontraron cuatro guías de práctica clínica que abordaron el objetivo general del tema sugerido por la IPS, una de estas fue eliminada en el proceso de análisis por ser una versión desactualizada de una las GPC finalista, las otras tres guías en términos generales fueran elaboradas entre los años 2019 a 2024 y que abordaran la población objetivo del tema priorizado. De estas tres GPC, dos obtuvieron >60% de cumplimiento en los dominios 3 y 6 de la herramienta AGREE II, por lo cual se utilizaron para la búsqueda de las recomendaciones de las preguntas que fueron priorizadas. La guías en mención son: 1) Epilepsies in children, young people and adults de la NICE del año 2022 (34), y 2) Epilepsies in children and young people: investigative procedures and management de la SIGN Guideline del año 2021 (35).

Respecto a las preguntas PICO, se formularon inicialmente 15 preguntas. Con base en esta propuesta inicial se solicitó la revisión de la propuesta a los expertos clínicos de la IPS, quienes solicitaron ajustes en relación con intervenciones y comparadores de algunas preguntas, así como la inclusión de una pregunta adicional en el tópico de diagnóstico, quedando 16 preguntas para priorización así: seis de diagnóstico, siete de tratamiento, dos de seguimiento y una de pronóstico. Con base en el proceso de revisión y concertación de las preguntas, se sometieron a votación de prioridad con escala de Likert, de las cuales quedaron priorizadas siete preguntas que obtuvieron un promedio de respuesta 7 a 9 puntos superior al 80% y que se priorizaron para el ejercicio de ADOLOPMENT: tres de diagnóstico y cuatro de tratamiento.

Las preguntas no priorizadas fueron:

1. ¿Es efectivo y seguro realizar maniobras de provocación durante la realización del EEG estándar, comparado con no hacerlas, para el estudio de la sospecha de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?
2. ¿Debería realizarse estudios de laboratorio adicionales al EEG, comparado con no realizarlos, para la confirmación de epilepsia y el tipo de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?
3. ¿Debería realizarse EEG o videotelemetría, comparado con la resonancia magnética nuclear (RMN), para la confirmación de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?
4. ¿Es efectiva y segura la combinación de dos o tres medicamentos antiepilépticos en comparación con la monoterapia, para reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de las crisis de ausencia infantil que no responden a los tratamientos de primera línea?
5. ¿Es efectivo y seguro el uso de levetiracetam, clobazam, clonazepam, lamotrigina, fenobarbital, topiramato, divalproato de sodio o combinación de los anteriores como segunda línea de tratamiento, en reemplazo de ácido valproico, para reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de la epilepsia mioclónica que no responden al tratamiento de primera línea?
6. ¿Es efectivo y seguro el uso de lamotrogina, clobazam o topiramato como segunda línea de tratamiento, en reemplazo de ácido valproico o terapia combinada, para

reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de las crisis tónica o atónica que no responden al tratamiento de primera línea?
7. ¿Debe recomendarse el monitoreo intensivo de convulsiones en niños y adolescentes con epilepsia resistente al tratamiento en comparación con el control estándar, con el objetivo de reducir el riesgo de SUDEP (del inglés sudden unexpected death in epilepsy) en pacientes con daño neurológico secuelar?
8. ¿Debe recomendarse el monitoreo terapéutico de medicamentos antiepilépticos en mujeres adolescentes y menores de edad en riesgo de embarazo con epilepsia, en comparación con no realizar monitoreo o seguir el monitoreo estándar, para mejorar la adherencia al tratamiento, el control de las crisis y reducir los efectos adversos?
9. ¿Debe recomendarse el monitoreo terapéutico de medicamentos antiepilépticos en mujeres adolescentes y menores de edad en riesgo de embarazo con epilepsia, en comparación con no realizar monitoreo o seguir el monitoreo estándar, para mejorar la adherencia al tratamiento, el control de las crisis y reducir los efectos adversos?
De las siete preguntas priorizadas, las GPC seleccionadas respondieron seis preguntas sobre las cuales se realizó una nueva sesión virtual con los expertos clínico de la IPS, quienes emitieron sobre cada pregunta y las recomendaciones y evidencia extraída, los juicios sobre su potencial para adopción, adaptación o desarrollo de novo. El resultado final fue adaptar dos de las recomendaciones y cuatro para desarrollar de novo.

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿Se debería utilizar la definición de epilepsia de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), comparado con no usar dicha definición para realizar un correcto diagnóstico de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia
Intervención	Definición de epilepsia según ILAE: - Definición clásica - Nueva definición
Comparador	No usar la definición
Desenlace	- Diagnóstico de epilepsia - Diagnóstico del tipo de epilepsia

Pregunta 3: ¿Debería realizarse un EEG que capture el sueño en comparación con no realizarlo tras un EEG estándar normal, para mejorar la clasificación y diagnóstico del tipo de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia

Intervención	EEG estándar para la clasificación de la epilepsia. Si el EEG estándar es normal, se recomienda un segundo EEG que capture el sueño: - Ambulatorio - Con privación de sueño - Inducido por melatonina - Inducido por antihistamínicos
Comparador	No realizar un segundo EEG si el estándar es normal o no realizar ningún EEG adicional.
Desenlace	- Precisión en la clasificación del tipo de epilepsia, - Detección de actividad epiléptica durante el sueño - Aumento de la precisión en el diagnóstico

Pregunta 5: ¿Debería realizarse estudios imagenológicos adicionales al EEG, comparado con no realizarlos, para determinar la etiología de epilepsia y definir otro tipo de manejo diferente al farmacológico en niños, niñas y adolescentes menores 18 años con epilepsia?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia
Intervención	-Resonancia magnética nuclear (RMN) - Resonancia magnética funcional - Tomografía axial computarizada (TAC) cuando la RMN está contraindicada - Tomografía de emisión de fotón único (SPECT) - Tomografía por emisión de positrones (PET)
Comparador	No realizar imágenes diagnósticas adicionales al EEG
Desenlace	- Diagnóstico de epilepsia - Diagnóstico del tipo de epilepsia

Tratamiento

Pregunta 7: ¿Es efectivo y seguro el uso de clobazam, levetiracetam o topiramato como tratamiento coadyuvante a la monoterapia con ácido valproico, lamotrigina o levetiracetam, en comparación con la continuación del tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes menores 18 años con epilepsia con epilepsia tónico clónica generalizada fármaco resistente o refractaria?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia tónico clónica generalizada que no logran un buen control con monoterapia de primera línea: ácido valproico, lamotrigina o levetiracetam

Intervención	Coadyuvancia con uno de los siguientes fármacos: clobazam, levetiracetam o topiramato
Comparador	Continuación de monoterapia estándar sin coadyuvancia
Desenlace	- Reducción en la frecuencia de convulsiones - Eventos adversos

Pregunta 8: ¿Es efectivo y seguro el uso de carbamazepina como primera línea de tratamiento, comparado con otros antiepilépticos como levetiracetam u oxcarbazepina, para controlar las crisis epilépticas en niños, niñas y adolescentes con epilepsia focal recientemente diagnosticada?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia focal recientemente diagnosticada
Intervención	carbamazepina
Comparador	levetiracetam u oxcarbazepina
Desenlace	- Control de las convulsiones - Eventos adversos

Pregunta 9: ¿Es efectivo y seguro (considerando los eventos adversos de los medicamentos) el uso de clobazam, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina o topiramato como terapia coadyuvante, en comparación con la continuación del tratamiento estándar con o sin terapia combinada, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia focal que no logran un buen control con el tratamiento de primera línea?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia focal que no logran un buen control con el tratamiento de primera línea.
Intervención	Tratamiento adjunto con uno de los siguientes fármacos: clobazam, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina o topiramato.
Comparador	Continuación del tratamiento estándar con o sin terapia combinada.
Desenlace	- Reducción en la frecuencia de convulsiones - Eventos adversos

Pregunta 13: ¿Es efectiva y segura la dieta cetogénica en comparación con no seguirla o con dieta asociado al tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de crisis epilépticas y mejorar el control de la

epilepsia, en niños, niñas y adolescentes con epilepsia resistente a los medicamentos que no han respondido al tratamiento con antiepilépticos?

Componente PICO	Definición
Población	Niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia resistente a los medicamentos que no han respondido al tratamiento
Intervención	Implementación de una dieta cetogénica
Comparador	- No seguir una dieta cetogénica - Tratamiento estándar con dieta cetogénica
Desenlace	- Reducción en la frecuencia de crisis de ausencia - Eventos adversos

7.1.1.11 Anexo 4.1.5 Cáncer colorrectal

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
Considerando el tema con la mayor puntuación en la herramienta de priorización y los ámbitos seleccionados por la Fundación Valle del Lili, se elaboró una propuesta de 13 preguntas para la Guía de Práctica Clínica (GPC) de cáncer colorrectal. Este formulario preliminar fue enviado al equipo de expertos para su revisión, votación y comentarios. Posteriormente, se recibió la retroalimentación del equipo y se ajustaron las preguntas para asegurar su relevancia y adaptación al contexto colombiano. Se presentó una nueva versión con 13 preguntas las cuales fueron evaluadas por los expertos con el acompañamiento de las coordinadoras metodológicas de la Fundación Valle del Lili. Esta versión final ajustada incluyó 13 preguntas relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer colorrectal. Como parte del proceso de priorización, las preguntas se sometieron a votación utilizando una escala Likert de 1 a 9. Siete preguntas obtuvieron un promedio de puntuación entre 7 y 9. Estas preguntas fueron seleccionadas para el ejercicio de ADOLOPMENT. Seis preguntas adicionales no alcanzaron un acuerdo superior al 80%, por lo que no se consideraron priorizadas. 1. Las preguntas no priorizadas fueron:¿Debería usarse una estrategia de seguimiento que incluya historia clínica, examen físico y determinación de antígeno carcinoembrionario cada 3-6 meses durante los primeros 3 años y cada 6-12 meses en los años 4 y 5, en comparación con otras estrategias de seguimiento, en pacientes tratados por cáncer colorrectal, para mejorar la detección temprana de recurrencias y la supervivencia global? 2. ¿Debería realizarse colonoscopia al año y luego cada 3-5 años, en comparación con una frecuencia diferente o sin colonoscopia, en pacientes que han sido tratados por cáncer colorrectal, para la detección de adenomas metacrónicos y nuevos cánceres? 3. ¿Debería realizarse una tomografía computarizada de tórax y abdomen cada 6-12 meses durante los primeros 3 años, en comparación con otras

estrategias de seguimiento, en pacientes con cáncer colorrectal de alto riesgo de recurrencia según la clasificación TNM, para la detección temprana de recurrencias y mejorar la supervivencia global?

4. En pacientes con cáncer colorrectal resecado , ¿cómo afecta la presencia de micrometástasis en comparación con su ausencia la tasa de recurrencia en los próximos 3 años?
5. En pacientes con cáncer colorrectal y antecedentes familiares de cáncer, ¿cómo afecta tener un historial familiar en comparación con no tenerlo la tasa de recurrencia y la mortalidad específica por cáncer colorrectal en los próximos 5 años?
6. En pacientes con cáncer colorrectal metastásico (Población), cómo afecta la mutación BRAF en comparación con pacientes sin la mutación BRAF la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión a los 5 años?

Preguntas priorizadas:

Prevención

Pregunta 1: ¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos y sin factores de riesgo conocidos, pertenecientes a la población general, para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo conocidos para el desarrollo de cáncer colorrectal. Adultos de 45 a 75 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo conocidos para el desarrollo de cáncer colorrectal. Adultos mayores a 75 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo conocidos para el desarrollo de cáncer colorrectal.
Intervención	• Prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad • Prueba inmunoquímica en heces • Prueba inmunoquímica fecal con análisis de ADN, sigmoidoscopia flexible • Colonoscopía
Comparador	No realizar el tamizaje
Desenlace	• Mortalidad por cáncer colorrectal • Incidencia de cáncer colorrectal • Seguridad

Pregunta 2: ¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos con algún factor de riesgo, para desarrollar cáncer colorrectal, para reducir la incidencia y mortalidad asociadas?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos de 45 a 75 años asintomáticos, de población general, con algún factor de riesgo: (edad >50 años, raza negra, antecedentes personales de cáncer colorrectal o pólipos, enfermedades inflamatorias intestinales, poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Lynch, antecedentes familiares de cáncer de colon, dieta con bajo contenido de fibra y alto contenido de grasas, sedentarismo, diabetes, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, radioterapia en abdomen)
Intervención	• Prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad • Prueba inmunoquímica en heces • Prueba inmunoquímica fecal con análisis de ADN, sigmoidoscopia flexible • Colonoscopía
Comparador	No realizar el tamizaje
Desenlace	• Mortalidad por cáncer colorrectal • Incidencia de cáncer colorrectal • Seguridad

Diagnóstico

Pregunta 3: ¿Debería realizarse vigilancia con colonoscopia de seguimiento cada 3-5 años en comparación con intervalos más largos o más cortos, en pacientes con pólipos premalignos, para reducir el riesgo de progresión a cáncer colorrectal y mejorar la supervivencia libre de enfermedad?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con pólipos premalignos detectados en un tamizaje para cáncer colorrectal.
Intervención	Vigilancia con colonoscopia de seguimiento cada 3-5 años.
Comparador	Colonoscopia de seguimiento a intervalos más largos o más cortos.
Desenlace	• Reducción del riesgo de progresión a cáncer.

	• Supervivencia libre de enfermedad. • Seguridad: Complicaciones derivadas de la colonoscopia.

Pregunta 4: ¿Debería usarse la colonoscopia total, en comparación con otras estrategias reflexivas (como colonografía por TC o sigmoidoscopia combinada con TC), en personas con resultados positivos en pruebas de tamizaje para cáncer colorrectal, para mejorar la precisión diagnóstica y la detección temprana de cáncer colorrectal?

Componente PICO	Definición
Población	Personas con resultado positivo en pruebas de tamizaje para cáncer colorrectal, como la prueba de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT) o la prueba inmunoquímica fecal (FIT).
Intervención	Colonoscopia total como prueba reflexiva para confirmar el diagnóstico.
Comparador	Otras estrategias de pruebas reflexivas, como: • Colonografía por tomografía computarizada (TC) • Sigmoidoscopia flexible combinada con colonografía por TC • Seguimiento clínico sin pruebas adicionales inmediatas
Desenlace	• Precisión diagnóstica: Confirmación de cáncer o detección de pólipos avanzados. • Detección temprana: Capacidad para detectar lesiones malignas o premalignas. • Seguridad

Pregunta 5: ¿Debería utilizarse tomografía por emisión de positrones (PET/TC), en comparación con tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis) para una mejor detección de metástasis y planificación del tratamiento, en pacientes adultos con cáncer de colorrectal en proceso de estadiaje?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con cáncer colorrectal en proceso de estadiaje
Intervención	Tomografía por emisión de positrones (PET/TC)
Comparador	Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen, y pelvis
Desenlace	• Efectividad clínica (diagnóstico, tratamiento) • Seguridad

Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal en etapas tempranas

Pregunta 6: ¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía (laparoscópica o abierta) con quimioterapia adyuvante en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer de colon en etapas clínicas I-IIIC para mejorar la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, y la calidad de vida?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con cáncer de colon en etapas clínicas I-IIIC: Subgrupo 1: Pacientes con cáncer de colon en etapa I, IIA. Subgrupo 2: Pacientes con cáncer de colon en etapas IIB-IIC sin obstrucción. Subgrupo 3: Pacientes con cáncer de colon en etapas IIB-IIC con obstrucción. Subgrupo 4: Pacientes con cáncer de colon en etapa III.
Intervención	Cirugía (resección laparoscópica o abierta con drenaje de estaciones ganglionares). En algunos casos, quimioterapia adyuvante post-cirugía: Quimioterapia adyuvante en pacientes con tumores de alto riesgo en etapa II y pacientes en etapa III.
Comparador	Cirugía sola (sin quimioterapia).
Desenlace	• Supervivencia global. • Supervivencia libre de enfermedad. • Calidad de vida post-tratamiento. • Complicaciones quirúrgicas o efectos secundarios de la quimioterapia.

Pregunta 7: ¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía, combinada con quimioterapia y/o radioterapia, en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer rectal en etapas I-III, para mejorar la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la calidad de vida?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con cáncer rectal en etapas I-III: • Subgrupo 1: Pacientes con cáncer rectal en etapa I. • Subgrupo 2: Pacientes con cáncer rectal en etapa II de alto riesgo (incluyendo cT3N0).

	• Subgrupo 3: Pacientes con cáncer rectal en etapa III.
Intervención	Cirugía como tratamiento primario, con la posibilidad de incluir: • Quimioterapia y/o radioterapia en pacientes con cáncer rectal en etapa II de alto riesgo o en etapa III, dependiendo de los factores de riesgo preoperatorios y de los recursos disponibles. • Terapia neoadyuvante en pacientes con factores de riesgo específicos (basados en la evaluación preoperatoria).
Comparador	Cirugía sola. Diferentes combinaciones de quimioterapia y radioterapia.
Desenlace	• Supervivencia global • Supervivencia libre de enfermedad. • Calidad de vida. • Complicaciones quirúrgicas o efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia

7.1.1.12 Anexo 4.1.6 Trauma intracraneal en adultos

Resumen: mesa de trabajo para la construcción de preguntas
La IPS Clínica salud Social de Sincelejo (Sucre) priorizó el tema de trauma intracraneal en adultos en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos. La IPS postuló cuatro temas de importancia clínica siendo el TRAUMA INTRACRANEAL el tema con mayor puntuación. Para la formulación de las preguntas PICO se realizó la c búsqueda en la literatura de Guías. se encontraron dos guías de práctica clínica. De las dos GPC, una obtuvo >60% de cumplimiento en los dominios 3 y 6 de la herramienta AGREE II: Head injury: assessment and early management NICE guideline (NG 232) (58). Respecto a las preguntas PICO, se formularon inicialmente 15 preguntas, se solicitó la revisión de la propuesta a los expertos clínicos de la IPS, quienes validaron dichas preguntas distribuidas así: dos de diagnóstico, cinco de tratamiento, tres de seguimiento, tres de prevención de complicaciones y dos de pronóstico. Se sometieron a votación de prioridad con escala de Likert, de las cuales quedaron priorizadas doce preguntas. Las preguntas no priorizadas fueron: 1. ¿Debería usarse sedación profunda con agentes como propofol o midazolam, en comparación con sedación ligera o manejo estándar, en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico grave en la UCI, para reducir la presión intracraneal y mejorar la estabilidad neurológica? 2. ¿Debería usarse drenaje ventricular externo, en comparación con no usarlo o con el uso de otras técnicas de manejo de la presión intracraneal (como osmoterapia, sedación profunda, hiperventilación controlada o craneotomía descompresiva), en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico grave y presión intracraneal elevada en la UCI, para reducir la presión intracraneal y mejorar la estabilidad neurológica y los resultados clínicos?

3. ¿Se debería mantener la presión arterial media > 80 mmHg, en comparación con una presión arterial inferior o sin control específico, en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI, para mejorar la perfusión cerebral, reducir el riesgo de deterioro neurológico y disminuir la mortalidad?

Finalmente, durante la mesa técnica se explicó el proceso y se informó que la GPC que cumplió con los parámetros de calidad no respondió a ninguna de las preguntas priorizadas por la experta clínica. Estos resultados conllevan al desarrollo de novo de recomendaciones para las 12 preguntas priorizadas.

Preguntas priorizadas:

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿Debería utilizarse la tomografía computarizada de cabeza para el diagnóstico por imágenes en personas con sospecha de trauma intracraneal en comparación con otras técnicas de imagenología como la resonancia magnética o radiografías?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con sospecha de trauma intracraneal (Puntuación Glasgow de 12 o menos, sospecha de fractura de cráneo abierta o deprimida, cualquier signo de fractura de la base del cráneo, convulsión postraumática, déficit neurológico focal, más de un episodio de vómitos)
Intervención	Tomografía computarizada de cabeza
Comparador	-Resonancia magnética -Radiografía
Desenlace	Presencia de lesión vascular

Pregunta 2: ¿Debería utilizarse la tomografía computarizada de columna cervical en personas que tengan factores de alto riesgo de tener lesión de columna cervical comparado con no realizarla?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con factores de alto riesgo de lesión de columna cervical (Puntuación Glasgow de 12 o menos, persona intubada, politraumatismo cerrado, no poder rotar activamente el cuello 45 grados hacia la izquierda y la derecha)
Intervención	Tomografía computarizada de columna cervical
Comparador	No realización de tomografía computarizada de columna cervical
Desenlace	Presencia de lesión vascular

Tratamiento

Pregunta 3: ¿Debería usarse osmoterapia (por ejemplo, manitol o solución salina hipertónica), en comparación con el manejo estándar sin osmoterapia (como sedación profunda o hiperventilación controlada), en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI para reducir la presión intracraneal y mejora la estabilidad neurológica y los resultados clínicos?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI
Intervención	Uso de osmoterapia (por ejemplo, manitol o solución salina hipertónica).
Comparador	Manejo estándar sin osmoterapia (por ejemplo, sedación profunda, elevación de la cabeza, hiperventilación controlada).
Desenlace	Reducción de la presión intracraneal Mejoría en la estabilidad neurológica y resultados clínicos Eventos adversos

Pregunta 4: ¿Debería usarse profilaxis anticomicial en comparación con no usar profilaxis anticomicial en pacientes adultos con trauma intracraneal ingresados en la UCI, para reducir la incidencia de convulsiones y mejorar los resultados neurológicos y la mortalidad?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con trauma intracraneal en la Unidad de Cuidados Intensivos
Intervención	Uso de profilaxis anticomicial (por ejemplo, fenitoína, levetiracetam).
Comparador	No usar profilaxis anticomicial o tratamiento estándar.
Desenlace	-Prevención de convulsiones. -Reducción de la mortalidad. -Mejora en los resultados neurológicos.

Pregunta 5: ¿Debería realizarse reversión temprana de anticoagulantes en comparación con no realizar la reversión, en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI que están tomando estos medicamentos, para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas y mejorar los resultados clínicos?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI que están tomando anticoagulantes o antiplaquetarios.
Intervención	Reversión temprana de agentes anticoagulantes/antiplaquetarios
Comparador	No realizar reversión temprana o continuar con el manejo estándar
Desenlace	Reducción del riesgo de complicaciones hemorrágicas, necesidad de intervención quirúrgica, y mejora en los resultados clínicos. Eventos adversos

Seguimiento

Pregunta 6: ¿Debería realizarse el monitoreo de la presión intracraneal (ICP) en pacientes con riesgo de hipertensión intracraneal (sin lesión intracraneal masiva o después de neurocirugía de emergencia) independientemente de la necesidad de cirugía extracraneal de emergencia (EES)?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes en riesgo de hipertensión intracraneal (con o sin control de hemorragia que amenaza la vida), sin lesiones intracraneales masivas o después de neurocirugía de emergencia.
Intervención	Monitoreo de la presión intracraneal (ICP).
Comparador	No monitorear la presión intracraneal, pero realizar solamente cirugía extracraneal de emergencia (EES).
Desenlace	Mejora en el control de la hipertensión intracraneal, reducción de complicaciones neurológicas y mejora en la supervivencia.

Pregunta 7: ¿Debería mantenerse una presión de perfusión cerebral (CPP) ≥ 60 mmHg en adultos con traumatismo craneoencefálico cuando está disponible el monitoreo de la presión intracraneal (ICP), ajustando este valor en función de los datos de neuromonitoreo y el estado de autorregulación cerebral?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con traumatismo craneoencefálico grave en la UCI, con monitoreo de presión intracraneal (ICP) disponible.
Intervención	Mantener una presión de perfusión cerebral (CPP) ≥ 60 mmHg, ajustada según los datos de neuromonitoreo y autorregulación cerebral del paciente.

Comparador	Mantener una CPP por debajo de 60 mmHg o sin ajuste basado en neuromonitoreo y estado de autorregulación cerebral.
Desenlace	Convulsiones tardías (21 días de comparación), Incidencia de convulsiones (%) Eventos adversos graves Mortalidad Resultados cognitivos (Pruebas neuropsicológicas a los 12 y 24 meses)

Pregunta 8: ¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (dentro de las 24-72 horas con imágenes cerebrales estables) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 72 horas), en pacientes con lesión cerebral traumática cerrada aislada y bajo riesgo de progresión del sangrado para reducir el riesgo de TEV sin aumentar el riesgo de hemorragia intracraneal o expansión del hematoma?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con lesión cerebral traumática cerrada aislada y bajo riesgo de progresión del sangrado.
Intervención	Profilaxis farmacológica temprana contra tromboembolismo venoso (TEV) (dentro de las 24-72 horas posteriores a la lesión con imágenes cerebrales estables que muestren ausencia de progresión del sangrado antes del inicio de la profilaxis farmacológica contra TEV).
Comparador	Profilaxis farmacológica tardía contra tromboembolismo venoso (> 72 horas).
Desenlace	Reducir el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Reducir hemorragia intracraneal o expansión del hematoma. Eventos adversos

Pregunta 9: ¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (dentro de las 72 horas posteriores a la lesión con una TC de cabeza estable que muestre ausencia de progresión del sangrado) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 72 horas), en adultos con lesión cerebral traumática cerrada que presentan un alto riesgo de progresión del sangrado?

Componente PICO	Definición
Población	Pacientes con lesión cerebral traumática cerrada aislada y alto riesgo de progresión del sangrado.
Intervención	Profilaxis farmacológica temprana contra tromboembolismo venoso (TEV) (dentro de las 72

	horas posteriores a la lesión con una tomografía computarizada (TC) estable que muestre ausencia de progresión del sangrado).
Comparador	Profilaxis farmacológica tardía contra tromboembolismo venoso (> 72 horas).
Desenlace	Reducir el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Reducir hemorragia intracraneal o expansión del hematoma. Eventos adversos

Pregunta 10: ¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (24 horas después del procedimiento y con una TC de seguimiento estable) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 24 horas), en adultos con traumatismo craneoencefálico grave que requieren intervención invasiva (como monitoreo de presión intracraneal o drenaje ventricular externo o después de una craneotomía o craniectomía)?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con traumatismo craneoencefálico grave que requieren intervención invasiva (por ejemplo, monitoreo de presión intracraneal o drenaje ventricular externo o post-craneotomía o craniectomía.
Intervención	Profilaxis farmacológica temprana contra tromboembolismo venoso (24 horas después del procedimiento y con una tomografía computarizada de seguimiento estable).
Comparador	Profilaxis farmacológica tardía contra tromboembolismo venoso (> 24 horas).
Desenlace	Reducir el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Reducir hemorragia intracraneal o expansión del hematoma. Eventos adversos

Pronóstico

Pregunta 11: ¿Es efectivo y seguro emplear la monitoria de presión intracraneana (PIC), comparado con no hacerla, para guiar el tratamiento integral de los pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo manejados en la unidad de cuidado intensivo (UCI)?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con diagnóstico de trauma intracraneal severo internados en UCI
Intervención	Monitoria de la PIC
Comparador	No utilizar monitoria de la PIC

Desenlace	- Mortalidad al alta hospitalaria - Hemorragia intracerebral - Infección del sistema nervioso central

Pregunta 12: ¿Se debería utilizar la Escala de Calificación de la Discapacidad (DRS -Disability Rating Scale-por su sigla en inglés) en el primer mes posterior al trauma intracraneal severo, comparado con no aplicarla, como factor pronóstico de resultados favorables a los seis meses posterior al evento?

Componente PICO	Definición
Población	Adultos con diagnóstico de trauma intracraneal severo internados en UCI
Intervención	Aplicar la DRS entre la primera semana y la cuarta semana posterior al trauma intracraneal
Comparador	No aplicar DRS
Desenlace	Estado neurológico medido con la escala de Glasgow Extendida (GOS-E ~Glasgow Outcome Scale-Extendida~ por su sigla en inglés)

Anexo 4.2 Reporte de búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas de GPC: IPS

Tipo de búsqueda	Nueva	
Base de datos Plataforma	Pubmed	
Plataforma	Pubmed	
Fecha de búsqueda	12-sep-24	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. #1. ("Diarrhea"[Mesh] OR "Acute Diarrhea"[tiab] OR "Acute Diarrhoea"[tiab]) AND ("Child, Preschool"[Mesh] OR "Infant"[Mesh] OR "children under 5 years"[tiab] OR "under 5 years"[tiab])	19,242
	#2. ("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Urinary Tract Infection"[tiab] OR "UTI"[tiab] OR "Urinary Tract Infections"[tiab])	79,602
	#3. ("Breast Neoplasms"[Mesh] OR "Breast Cancer"[tiab] OR "Breast Neoplasm"[tiab]) AND ("Preventive Measures"[tiab] OR "Prevention"[tiab])	14,239
	#4. 'practice guideline*'[tiab]	37,552
Total/Final	#5. #1 OR #2 OR #3 AND #4 Filters: from 2019 - 2024	124

Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos Plataforma	Embase
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	12-sep-24
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024
Restricciones de lenguaje	Ninguno

Otros límites	Guideline	
	#1. ('diarrhea'/exp OR 'acute diarrhea':ti,ab OR 'acute diarrhoea':ti,ab) AND ('preschool child'/exp OR 'infant'/exp OR 'children under 5 years':ti,ab OR 'under 5 years':ti,ab)	34,048
	#2. ('urinary tract infection'/exp OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'UTI':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab)	182,192
	#3. ('breast tumor'/exp OR 'breast cancer':ti,ab OR 'breast neoplasm':ti,ab) AND ('preventive measure':ti,ab OR 'prevention':ti,ab)	24,903
	#4. ('practice guideline*':ti,ab)	49,489
	#5. #1 OR #2 OR #3	240,296
	#6. #4 AND #5	677
Total/Final	#10. #6 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	143

Tipo de búsqueda	**Nueva**	
Base de datos Plataforma	Pubmed	
Plataforma	Pubmed	
Fecha de búsqueda	20-sep-24	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ("Colorectal Neoplasms"[MeSH] OR ("Colorectal Neoplasm*" [tiab] OR "Neoplasm, Colorectal" [tiab] OR "Colorectal Tumor*" [tiab] OR "Tumor, Colorectal" [tiab] OR "Colorectal Cancer*" [tiab] OR "Cancer, Colorectal" [tiab] OR "Colorectal Carcinoma*" [tiab]))	297921
	#2. 'practice guideline*'[tiab]	37595
Total/Final	#3. #1 AND #2 Filters: from 2019 - 2024	169

Tipo de búsqueda	**Nueva**
Base de datos	Embase

Plataforma		
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	20-sep-24	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ('colorectal neoplasm'/exp OR ('colorectal neoplasm*':ti,ab OR 'neoplasm, colorectal':ti,ab OR 'colorectal tumor*':ti,ab OR 'tumor, colorectal':ti,ab OR 'colorectal cancer*':ti,ab OR 'cancer, colorectal':ti,ab OR 'colorectal carcinoma*':ti,ab))	522216
	#2. ' ('practice guideline*':ti,ab)	49519
Total/Final	#3. #1 AND #2 #3 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	133

Tipo de búsqueda	**Nueva**	
Base de datos Plataforma	Pubmed	
Plataforma	Pubmed	
Fecha de búsqueda	28-sep-24	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ("Epilepsy"[MeSH] OR "Epilepsies" OR "Seizure Disorder" OR "Seizure Disorders" OR "Epilepsy, Cryptogenic" OR "Cryptogenic Epilepsies" OR "Cryptogenic Epilepsy" OR "Epilepsies, Cryptogenic" OR "Aura" OR "Auras" OR "Awakening Epilepsy" OR "Epilepsy, Awakening") AND	55328

	("Child"[MeSH] OR "Adolescent"[MeSH] OR "Infant"[MeSH] OR "Pediatrics"[MeSH] OR "Minors"[MeSH])	
	#2. 'practice guideline*'[tiab]	37655
Total/Final	#3. #1 AND #2 Filters: from 2019 - 2024	17

Tipo de búsqueda	**Nueva**	
Base de datos Plataforma	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	28-sep-24	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	"#1. ('epilepsy'/exp OR 'epilepsies' OR 'seizure disorder' OR 'seizure disorders' OR 'cryptogenic epilepsy'/exp OR 'cryptogenic epilepsies' OR 'cryptogenic epilepsy' OR 'auras' OR 'awakening epilepsy') AND ('child'/exp OR 'adolescent'/exp OR 'infant'/exp OR 'pediatrics'/exp OR 'minors')"	98990
	#2. ' ('practice guideline*':ti,ab)	49653
	#3. #1 AND #2	92
Total/Final	#3 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	25

Tipo de búsqueda	**Nueva**
Base de datos Plataforma	Pubmed
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	08-10-2024

Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ("Brain Injuries, Traumatic"[MeSH] OR "Craniocerebral Trauma"[MeSH] OR "head injury"[Title/Abstract] OR "TBI"[Title/Abstract]) AND ("adult"[MeSH] OR "adult"[Title/Abstract]) AND ("Intensive Care Units"[MeSH] OR "critical care"[Title/Abstract] OR "ICU"[Title/Abstract])	2056
	#2. 'practice guideline*'[tiab]	37622
Total/Final	#3. #1 AND #2 Filters: from 2019 - 2024	5

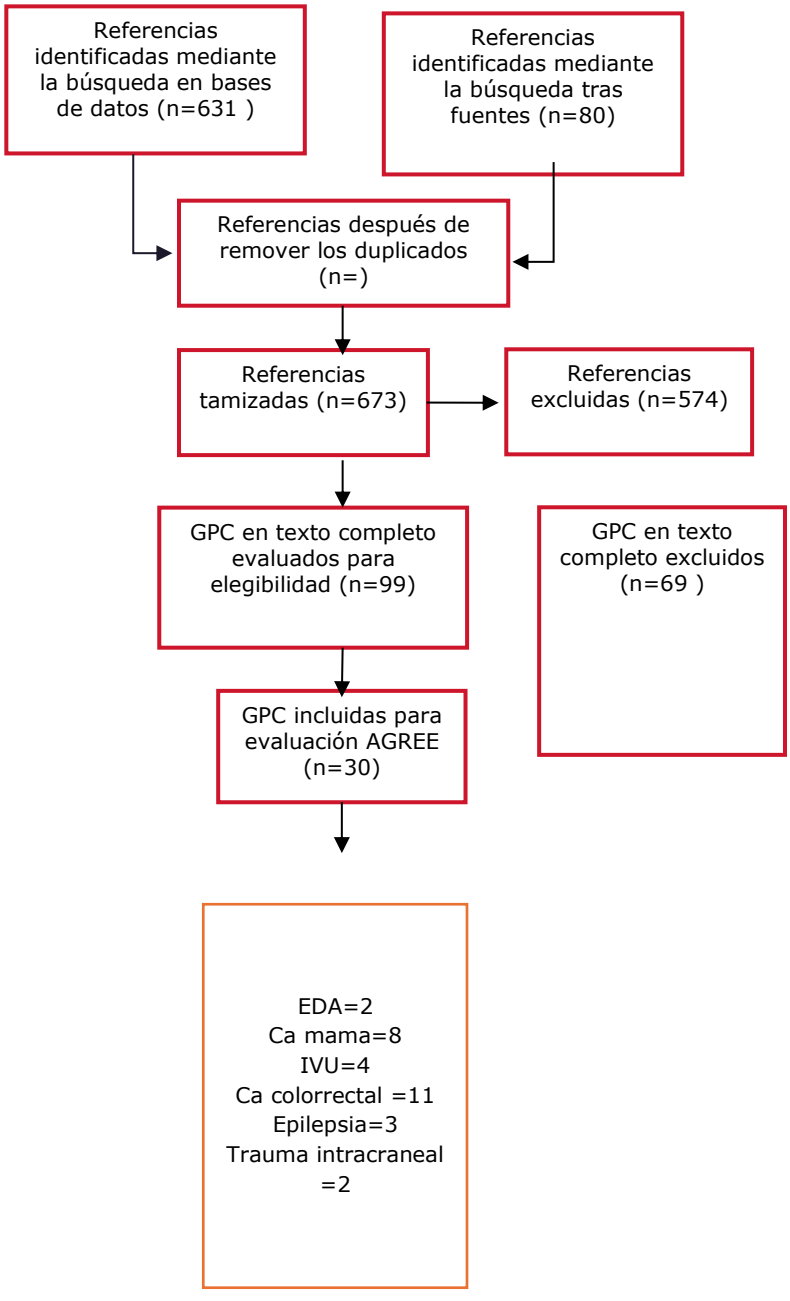
Tipo de búsqueda	**Nueva**	
Base de datos Plataforma	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	08-10-2024	
Rango de fecha de búsqueda	2019 a 2024	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Guideline	
	#1. ('brain injury'/exp OR 'traumatic brain injury'/exp OR 'head injury':ti,ab OR 'tbi':ti,ab) AND ('adult'/exp OR 'adult':ti,ab) AND ('intensive care unit'/exp OR 'critical care':ti,ab OR 'icu':ti,ab)	7087
	#2. ' ('practice guideline*':ti,ab)	49739
	#3. #1 AND #2	24
Total/Final	#3 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	15

Anexo 4.3 Búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores de GPC

Fuente	Dirección electrónica	EDA menores 5 años	IVU	Ca mama	Epilepsia en menores 18 años	Ca colorrectal	XXXXX
Agency for Healthcare Research and Quality	https://www.guideline.gov/	0	0	0	0	0	NA
GIN (Guideline International Network)	https://guidelines.ebmportal.com/	0	3	2	2	4	1
CISMeF, Catalogageetl' Indexationdes Sites Médicaux	https://www.cismef.org/cismef/	1	0	3	0	0	0
CNZGG (New Zeland Guidelines Group)	https://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group	0	0	1	1	0	0
TRIP database	https://www.tripdatabase.com/	2	2	7	5	1	0
NICE (National Institute for Clinical Excellence)	https://www.nice.org.uk/guidance	0	1	3	3	2	0
National electronic Library for Health (NeLH)	https://www.semfyc.es/biblioteca/national-electronic-library-for-health-nelh/	1	1	1	0	0	0
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/	0	1	1	0	0	0
Agencia for Healthcare Quality Research and Quality- AHQR	https://www.ahrq.gov/gam/index.html	0	0	0	0	1	0
GPC infobase: CMA joule	https://joulecma.ca/cpg/homepage	0	0	0	0	0	0
Australian Clinical Practice Guidelines- NHMRC	https://www.clinicalguidelines.gov.au/	0	0	0	0	0	0
Institute for Clinical Systems Improvement- ICSI	https://www.icsi.org/guideline/about-icsi-guidelines/	0	0	0	0	0	0

ACP, American College of Physicians:	https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines	0	1	1	0	1	0
Guidelines in practice	https://www.guidelinesinpractice.co.uk/	1	3	2	1	0	2
BIGG. International Database for GRADE Guidelines. BIREME-OPS	https://sites.bvsalud.org/bigg/en/biblio/	1	2	2	2	0	2
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)	https://www.cadth.ca/	0	0	0	0	0	0
Database of WHO guidelines	https://www.who.int/publications/who-guidelines	0	0	0	0	0	0
WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS	http://apps.who.int/iris/discover?&query=guidelines%20as%20topic	0	0	1	0	2	0
Singapore Ministry of health Guidelines	https://www.moh.gov.sg/hpp/doctors/guidelines/GuidelineDetails/clinical-practice-guidelines-medical	0	0	0	0	0	0
Database of GRADE EtD's and Guidelines	https://guidelines.gradepro.org/search	0	0	0	0	0	0
Guía Salud	https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sfm_wpcf-estado=1	0	0	0	1	0	0
RedSalud	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/	0	0	1	1	0	0
Cenetec	https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/	2	2	0	0	0	0
Repositorio argentino	https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/guiaspracticaclinica	0	0	0	0	0	0
Total		8	16	25	16	11	4

Anexo 4.4 Diagrama PRISMA



Anexo 4.5 Herramienta 7 GPC.

C1 ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
C2. ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
C3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
C4. ¿Establece recomendaciones?
C5 ¿El año de publicación es entre 2019-2024?

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
EDA menores 5 años	Semfyc	Diarrea aguda. Gastroenteritis	Sí	No	No	No	Sí		No
	NICE	Clostridioides difficile infection: antimicrobial prescribing	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ACG	ACG Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No muestra la parte metodológica, las búsquedas	No
	Eastern Association for the Surgery of Trauma	Antimotility Agents for the Treatment of Acute Noninfectious Diarrhea in Critically Ill Patients	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No es una GPC, es una RSL	No
	CENETEC	Prevención, diagnóstico y	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en 1re nivel de atención							
	Indian Academy of Pediatrics	Indian Academy of Pediatrics Consensus Guidelines for Probiotic Use in.pdf	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sin información de las búsquedas	No
	Ministerio de salud de Perú	Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa	Sí	No	No	Sí	Sí	Sin detalles de la metodología	No
	CENETEC	Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en pacientes de 2 meses	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
IVU	ACIN	Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Sociedad Argentina de Pediatría	Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria actualización	Sí	No	No	No	Sí	Son lineamientos de manejo	No
	Saudi Pediatric Infectious Diseases Society (SPIDS)	Diagnosis and management of community-acquired urinary tract infection	Sí	No	No	No	Sí	Son lineamientos de manejo	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		in infants and children Clinical guidelines endorsed by the Saudi Pediatric Infectious Diseases Society (SPIDS)							
	Egyptian Pediatric Association Gazette	Egyptian pediatric clinical practice guidelines for urinary tract infections in infants and children (evidence based)	Sí	No	No	Sí	Sí	Sin detalles de la metodología	No
	González-Rodríguez JD. 2024	Update of the Spanish clinical practice guideline for urinary tract infection in infants and children. Summary of recommendations for diagnosis, treatment and follow-up	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No elegible por población	No
	Indian Society of Pediatric Nephrology	Management of Urinary Tract Infections and Vesicoureteric Reflux Key Updates From Revised Indian Society	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No elegible por población	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		of Pediatric Nephrology Guidelines							
	SIGN	Management of suspected bacterial lower urinary tract infection in adult women	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Semfyc	Infección urinaria	No	No	No	No	No	Son lineamientos de manejo	No
	European Association of Urology.	EUA guideliness on Urological Infections	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No elegible por población	No
	Public Health England	Diagnosis of urinary tract infections Quick reference tool for primary care for consultation and local adaptation	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Es un documento que resume las recomendaciones de las GPC NICE, CKS y el SIGN	No
	ACR	ACR Appropriateness Criteria Urinary Tract Infection-Child: 2023 Update	Sí	No	Sí	No	Sí		No
	NICE	Point-of-care tests for urinary tract infections	Sí	No	Sí	No	Sí	Es una HTA	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		to improve antimicrobial prescribing: early value assessment							
	ACE	Urinary tract infections — appropriate diagnosis and antibiotic use for uncomplicated cystitis and pyelonephritis	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No
	INESSS	Urinary tract infection in people aged 14 and over: diagnostic guidelines, optimal use of 1st - and 2nd-line treatments and follow-up	Sí	No	Sí	No	Sí		No
	CENETEC	Diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en 1re y 2do nivel	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No elegible por población	No
	NICE	UroShield for preventing catheter-associated urinary tract infections	Sí	No	Sí	No	Sí	Es una HTA	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	ACOG	Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals	Sí	No	Sí	No	Sí		No
	AUS	Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No elegible por población	No
	ACP	Appropriate Use of Short-Course Antibiotics in Common Infections Best Practice Advice From the American College of Physicians	Sí	No	Sí	No	Sí	Es un documento de consejos de mejores prácticas	No
	CENETEC	Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en 1RE NIVEL	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Se hizo la RSL pero no está disponible en protocolo para replicar, este se debe solicitar al ente desarrollador	Sí
Ca de mama	Semfyc	Bultos en la mama	No	No	No	Sí	No		No
	ASCO	Role of Patient and Disease Factors in Adjuvant Systemic Therapy Decision Making for Early-Stage, Operable Breast Cancer Update	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No incluye ámbito de prevención	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		of the ASCO Endorsement of the Cancer Care Ontario Guideline							
	Ministry of Health Malaysia	Management of Breast Cancer (Third Edition)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No incluye ámbito de prevención	No
	American College of Physicians	Screening for Breast Cancer in Average-Risk Women: A Guidance Statement From the American College of Physicians	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	Suspected cancer: recognition and referral	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ACR	ACR Appropriateness Criteria Female Breast Cancer Screening: 2023 Update	No	No	No	Sí	No		No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	IETSI	Guía de práctica clínica para el tamizaje de cáncer de mama	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Ministerio de Salud de Chile	Resumen ejecutivo guía de practica clínica cáncer de mama	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	WHO	A short guide to cancer screening Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	Ministerio de Salud de Chile	Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica Cáncer de mama en personas de 15 años y más Aprobada por Resolución Exenta N° 298 de fecha 24/02/2024	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Shea Pita and Associates Ltd (Shea Pita)	national evaluation of breast and cervical Screening Support Services	No	No	No	Sí	Sí	Es una evaluación que se encargó de informar la dirección y el enfoque futuros de los Servicios de Apoyo a la Detección. ca mama	No
	NICE	Contrast-enhanced spectral	Sí	No	Sí	No	Sí	Es una evaluación de tecnología	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		mammography for breast cancer							
	NICE	Early and locally advanced breast cancer diagnosis and management	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Cáncer de mama precoz y localmente avanzado	No
	Japanese breast cancer society	The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for breast cancer screening and diagnosis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	US Preventive Services Task Force	Screening for Breast Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS)	Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of inflammatory breast cancer Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) Practice Guidelines	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No muestra la parte metodológica, las búsquedas	No
	ASCO	Estrogen and Progesterone Receptor	No	Sí	Sí	Sí	Sí	guía sobre pruebas de receptores de estrógeno (ER) y	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		Testing in Breast Cancer ASCO CAP Guideline Update						progesterona (PgR) en cáncer de mama	
	ESMO	Early breast cancer ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS)	Clinical practice guidelines for risk assessment to identify women at high risk of breast cancer Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) practice guidelines	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No muestra la parte metodológica, las búsquedas	No
	National Health Commission of the People's Republic of China	National guidelines for diagnosis and treatment of breast cancer 2022 in China (English version)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No muestra la parte metodológica, las búsquedas	No
Epilepsia en menores de 18 años	The Neonatal Task Force of the International League Against Epilepsy (ILAE)	Epilepsia - 2023 - Pressler - Treatment of seizures in the neonate Guidelines and consensus-based recommendations Special	Si	No	Sí	Sí	Sí	No muestra las búsquedas de la evidencia primaria	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	SIGN	sign 159 - 2021- Epilepsies in children and young people- Investigative procedures and management	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	NICE- NG217-2022- Epilepsies in children, young people and adults	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NZLAE	.2022- NZLAW- Epilepsy Guidelines & Pathways	Sí	No	No	No	Sí		No
	NICE	2020- NICE- IPG678- Deep brain stimulation for refractory epilepsy in adults	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Población adultos	No
	NICE	2021-NICE- TA753 Cenobamate for treating focal onset seizures in epilepsy	No	No	No	Sí	Sí	Es una evaluación de tecnología	No
	NICE	2020-IPG671-NICE- MRI-guided laser interstitial thermal therapy for drug-resistant epilepsy	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Cirugía	No
	Alexandria University	2023 Adapted Evidence-Based	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Children Hospital (AUCH)	Clinical Practice Guidelines for Diagnosis and Treatment of Epilepsies in Children A Tertiary Children's Hospital Update							
	NICE	2021. NICE. Epilepsies diagnosis and management	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	Association of Child Neurology (AOCN)	2021. AOCN, IES. West syndrome	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Es para el manejo de una condición que desencadena epilepsia, pero no propiamente la epilepsia	No
	European Academy of Neurology (EAN), the European Sleep Research Society (ESRS) and the International League Against Epilepsy (ILAE) Europe	2020. EAN, ESRS and ILAE-Europe. Sleep-related epilepsies	Sí	No	No	Sí	No	No presenta la metodología de GPC	No
	SEN	2019. GPC diagnóstico y tratamiento epilepsia	Sí	No	Sí	No	Sí	Es un manual	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		sociedad española de neurología							
Ca colorrectal	Ministerio de Salud Perú	5718684-guia-de-practica-clinica-para-el-tamizaje-del-cancer-colorrectal-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	USPSTF	American Medical Association 2021 colorectal-cancer-screening-final-recommendation-updated.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Los anexos y soportes se encuentran en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570908/#ch2.s2	Sí
	ASCO	chiorean-et-al-2020-treatment-of-patients-with-late-stage-colorectal-cancer-asco-resource-stratified-guideline.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Los anexos y soportes se encuentran en: https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/JGO.19.00367/suppl_file/DS_JGO.19.00367.pdf	No
	ASCO	costas-chavarri-et-al-2019-treatment-of-patients-with-early-stage-colorectal-cancer-asco-resource-stratified-guideline.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Los anexos y soportes se encuentran en: https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/JGO.18.00213/suppl_file/DS_JGO.18.00213.pdf. https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/JGO.18.00213/suppl_file/ms_JGO.18.00213.pdf.	Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	IETSI	IETSI 2023 guía de práctica clínica para manejo cáncer de colon.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ASCO	lopes-et-al-2019-early-detection-for-colorectal-cancer-asco-resource-stratified-guideline.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ASCO	morris-et-al-2022-treatment-of-metastatic-colorectal-cancer-asco-guideline.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	2021 colorectal-cancer-pdf-66141835244485.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	NICE 2023 Intraoperative electron beam radiotherapy for locally advanced and locally recurrent colorectal cancer.pdf	No	No	Sí	Sí	Sí	Es una HTA (orientación sobre procedimientos intervencionistas)	Sí
	ESMO	2023 Metastatic colorectal cancer ESMO Clinical Practice Guideline for	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	En los suplementos no se puede replicar la búsqueda sistemática en la literatura pero si la declaran: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.003.	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		diagnosis, treatment and follow-up.pdf							
	MAGIC group	2019 Colorectal cancer screening with faecal.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	ESMO	2020 Localised colon cancer ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	En los suplementos no se puede replicar la búsqueda sistemática en la literatura pero si la declaran: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.06.022.	Sí
	Korea	Colon cancer the 2023 Korean clinical practice guidelines for diagnosis and treatment.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NCCN	Colon Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Versión completa en https://www.nccn.org/search-result?indexCatalogue=nccn-search-index&searchQuery=Colon%20Cancer	Sí
	APAGE/APSDE	Joint Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE)–Asian Pacific Society of Digestive Endoscopy (APSDE)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		clinical practice guidelines on the use of non-invasive biomarkers for diagnosis of colorectal neoplasia.pdf							
	NCCN	Rectal Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Versión completa en NCCN.org	Sí
Epilepsia en menores de 18 años	The Neonatal Task Force of the International League Against Epilepsy (ILAE)	Epilepsia - 2023 - Pressler - Treatment of seizures in the neonate Guidelines and consensus-based recommendations Special	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No muestra la búsqueda de la evidencia primaria	No
	SIGN	sign 159 - 2021- Epilepsies in children and young people- Investigative procedures and management	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	NICE- NG217-2022- Epilepsies in children, young people and adults	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	NZLAE	2022- NZLAW- Epilepsy Guidelines & Pathways	Sí	No	No	No	Sí		No
	NICE	2020- NICE- IPG678- Deep brain stimulation for refractory epilepsy in adults	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Población adultos	No
	NICE	2021-NICE- TA753 Cenobamate for treating focal onset seizures in epilepsy	No	No	No	Sí	Sí	Es una evaluación de tecnología	No
	NICE	.2020-IPG671-NICE- MRI-guided laser interstitial thermal therapy for drug-resistant epilepsy	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Cirugía	No
	Alexandria University Children Hospital (AUCH)	2023 Adapted Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Diagnosis and Treatment of Epilepsies in Children A Tertiary Children's Hospital Update	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	NICE	2021. NICE. Epilepsies diagnosis and management	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	Association of Child Neurology (AOCN)	2021. AOCN, IES. West syndrome	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Es para el manejo de una condición que desencadena epilepsia, pero no propiamente la epilepsia	No
	European Academy of Neurology (EAN), the European Sleep Research Society (ESRS) and the International League Against Epilepsy (ILAE) Europe	2020. EAN, ESRS and ILAE-Europe. Sleep-related epilepsies	Sí	No	No	Sí	No	No presenta la metodología de GPC	No
	SEN	2019. GPC diagnóstico y tratamiento epilepsia sociedad española de neurología	Sí	No	Sí	No	Sí	Es un manual	No
	SCCS	Saudi Critical Care Society clinical practice guideline.pdf	Sí	No	Sí	Sí	Sí	La busqueda no es replicable pero si es una GPC basada en la evidencia con fuentes secundarias de información	No
	NICE	2023, NICE. Head injury.pdf	No	No	Sí	No	Sí	Es un estándar de calidad no es una GPC	No
	NICE	2023, NICE. Head injury assessment and management.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	WSES	2019 WSES consensus conference guidelines monitoring and management of severe adult traumatic brain injury patients with polytrauma in the first 24 hours.pdf	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es una GPC. Es un consenso	No
	Brain trauma Foundation	2020 Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury.pdf	Sí	No	Sí	Sí	Sí	La búsqueda no es replicable pero si es una GPC basada en la evidencia	No
	ACEP	2023 Critical Issues in the Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Mild Traumatic Brain Injury.pdf	Sí	No	No	No	Sí	No es una GPC. Es una política de salud	No
	WSES	2023 Early management of isolated severe traumatic brain injury patients in a hospital without neurosurgical capabilities.pdf	No	No	No	Sí	Sí	consenso. La búsqueda no es replicable	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	ACR	2021, ACR. Head trauma.pdf	No	No	No	Sí	Sí		No
	NCS	2024, Neurocritical Care Society. Prophylaxis.pdf	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Última búsqueda 2020	Sí

Anexo 4.6 Resultados GPC evaluadas con AGREE II: IPS

Dominios: Dominio 1: alcance y objetivos; Dominio 2: participación de los implicados; Dominio 3: rigor en la elaboración; Dominio 4: claridad en la presentación; Dominio 5: aplicabilidad y Dominio 6: independencia editorial.

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años							
Clostridioides difficile infection: antimicrobial prescribing	100%	64%	78%	100%	52%	58%	75%
Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la DIARREA AGUDA en pacientes de 2 meses	100%	92%	86%	100%	83%	96%	93%
Infección vías urinarias							
Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicadas	100%	86%	78%	100%	77%	100%	90%
Management of suspected bacterial lower urinary tract infection in adult women	100%	92%	89%	94%	90%	96%	94%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
EUA guidelinesson Urological Infections	92%	75%	74%	89%	65%	100%	83%
Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en 1re nivel mujeres de 18 a 59 años	100%	92%	86%	100%	83%	96%	93%
Cáncer de mama							
Screening for Breast Cancer in Average-Risk Women: A Guidance Statement From the American College of Physicians	97%	50%	51%	36%	40%	75%	58%
Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family	100%	75%	57%	61%	69%	71%	72%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
history of breast cancer							
Suspected cancer: recognition and referral	97%	83%	81%	100%	75%	75%	85%
Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Mama: Guía en Versión Extensa	100%	69%	94%	100%	96%	96%	93%
Guía de Práctica Clínica Cáncer de mama en personas de 15 años y más	100%	72%	67%	100%	29%	83%	75%
The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for breast cancer screening and diagnosis, 2022 edition	69%	33%	38%	94%	100%	4%	56%
Screening for Breast Cancer	97%	67%	72%	100%	19%	75%	72%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
US Preventive Services Task Force Recommendation Statemen							
Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	8%	39%	55%	100%	38%	33%	46%
Epilepsia en menores de 18 años							
Epilepsies in children and young people: Investigative procedures and management. SIGN159	97%	83%	86%	81%	63%	83%	82%
Epilepsies in children, young people and adults NICE guideline [NG217]	92%	64%	85%	92%	85%	83%	84%
"Adapted Evidence-Based Clinical	83%	56%	58%	81%	10%	50%	56%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Practice Guidelines for Diagnosis and Treatment of Epilepsies in Children: A Tertiary Children's Hospital Update							
Cáncer colorrectal							
Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención (Perú) 2024	100%	81%	92%	94%	75%	83%	88%
Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2021	100%	89%	64%	92%	67%	92%	84%
Treatment of Patients With Early-Stage Colorectal	97%	58%	81%	89%	58%	75%	76%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline 2019							
Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de colon IETSI Perú. 2023	100%	64%	96%	100%	88%	92%	90%
Early Detection for Colorectal Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline 2019	97%	72%	74%	89%	58%	58%	75%
Colorectal cancer 2021 NICE	92%	69%	77%	83%	75%	88%	81%
2019 Colorectal cancer screening with faecal	92%	97%	81%	83%	71%	100%	87%
2020 Localised colon cancer ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment	72%	67%	63%	75%	56%	92%	71%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
and follow-up							
Colon Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology	89%	78%	71%	69%	60%	58%	71%
Joint Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE)–Asian Pacific Society of Digestive Endoscopy (APSDE) clinical practice guidelines on the use of non-invasive biomarkers for diagnosis of colorectal neoplasia	100%	89%	82%	83%	67%	92%	86%
Rectal Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice	89%	78%	72%	69%	58%	67%	72%

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación Global AGREE II
Guidelines in Oncology							
Trauma intracraneal							
Head injury: assessment and early management. NICE 2023	100%	75%	88%	83%	77%	79%	84%
Guidelines for Seizure Prophylaxis in Adults Hospitalized with Moderate–Severe Traumatic Brain Injury: A Clinical Practice Guideline for Health Care Professionals from the Neurocritical Care Society	33%	39%	73%	81%	0%	50%	46%

Anexo 4.7 Consolidado de las votaciones para priorización de preguntas: IPS

La calificación se realizó sobre una escala de uno (no priorizar) a nueve (priorizar). Se consideró como preguntas priorizadas aquellas que obtuvieron una votación ≥80% entre los puntajes 7 a 9.

GPC Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿se debería realizar escalas de clasificación de deshidratación aguda en lugar de no usarlas para el diagnóstico y clasificación de la deshidratación en niños menores de 5 años con diarrea aguda	9	9	100	Priorizar
¿Se deberían usar pruebas de laboratorio (directas o indirectas) para la búsqueda de la etiología de la diarrea aguda en lugar de no usar pruebas de laboratorio para el diagnóstico de EDA pacientes menores de 5 años?	4	9	50	No priorizar
¿Es el esquema de tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) suministrado y vigilado por personal de salud, efectivo y seguro comparado con un esquema de tratamiento con SRO a libre demanda (vigilado o no por personal de la salud), en pacientes menores de 5 años con diarrea aguda y con deshidratación de leve a moderada?	8	9	100	Priorizar
¿Es el tratamiento con cristaloides (solución salina al 0,9% o Lactato de Ringer) efectivo y seguro en lugar de no utilizarlo, en pacientes menores de 5 años con diarrea aguda y con deshidratación grave con o sin choque hipovolémico?	9	9	100	Priorizar
¿Se debe implementar la terapia antibiótica empírica dirigida por criterios clínicos, comparado con no utilizarla, en el tratamiento de los pacientes menores de 5 años con diarrea aguda?	7	9	100	Priorizar
¿Es la azitromicina efectiva y segura como tratamiento de primera línea en el manejo de la diarrea aguda no complicada, en niños menores de 5 años causada	3	9	50	No priorizar

por Shigella, Campylobacter, V. cholerae y E. coli (enteropatogénica, enterotoxigénica), comparado con otros esquemas antibióticos?				
¿Es el metronidazol efectivo y seguro como tratamiento de primera línea en el manejo de la diarrea aguda no complicada, en niños menores de 5 años causada por Giardia lamblia y Entamoeba histolytica (trofozoítos o complejo E. dispar/histolytica), comparado con otros esquemas antiparasitarios?	3	7	50	No priorizar
¿Es efectiva y segura la administración de suplemento oral de Zinc, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?	8	9	100	Priorizar
¿Es efectiva y segura la administración de probióticos, en comparación con quienes no lo reciben, en la reducción de la duración de la diarrea aguda en menores de 5 años?	8	9	100	Priorizar
¿Se deberían tener en cuenta criterios clínicos para determinar el alta hospitalaria, comparado con no tenerlos en cuenta, posterior al tratamiento de los pacientes menores de 5 años con diarrea aguda?	9	9	100	Priorizar
¿Se debería administrar dieta habitual y apropiada para la edad, comparado con dieta astringente, posterior al tratamiento de la diarrea aguda con sales de hidratación oral, en pacientes menores de 5 años?	8	9	100	Priorizar

GPC Infección de Vías Urinarias

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Se debería usar el examen general de orina como estrategia diagnóstica vs. urocultivo, gram de orina sin centrifugar e imagenología para el diagnóstico de ITU en pacientes con sospecha?	1	7	9	66,6	No priorizar
¿Se debería usar el examen general de orina como estrategia diagnóstica vs. urocultivo, gram de orina sin centrifugar e imagenología para el diagnóstico de ITU complicada en pacientes con sospecha?	1	8	8	66,6	No priorizar
¿Se debe realizar el diagnóstico de ITU en mujeres menores de 65 años con criterios clínicos o signos de advertencia vs. exámenes de laboratorio e imagenológicos?	3	7	9	66,6	No priorizar
¿Se debe usar el urocultivo vs. exámenes de laboratorio e imágenes para realizar el diagnóstico de ITU en población de personas con catéter urinario	7	7	9	100	Priorizar
¿Se debería usar Cefalexina en lugar de Trimetoprima o Fosfomicina para el tratamiento de ITU no complicada en población de adultos?	9	9	9	100	Priorizar
¿Se debería usar Cefalexina en lugar de Trimetoprima o	1	7	9	66,6	No priorizar

Fosfomicina para el tratamiento de ITU complicada en población adulta?					
¿Se debería realizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico y tratamiento de ITU con respuesta clínica en lugar del uso de exámenes de laboratorio?	5	8	9	66,6	No priorizar
¿Se debería realizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico y tratamiento de ITU complicada con respuesta clínica en lugar del uso de exámenes de laboratorio?	5	8	9	66,6	No priorizar

GPC Cáncer de mama

Pregunta PICO	Revisor 1	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Se debería realizar tamización con mamografía en comparación con ninguna intervención en mujeres asintomáticas entre 40-44 años con riesgo promedio?	9	100	Priorizar
¿Se debería realizar tamización con mamografía en comparación con ninguna intervención en mujeres asintomáticas entre 45-49 años con riesgo promedio?	9	100	Priorizar
¿Se debería realizar tamización con mamografía anual en comparación con tamización bienal para el cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 50-75 años con riesgo promedio?	9	100	Priorizar
¿Se debería realizar ecografía mamaria en comparación con ninguna intervención en mujeres con mamografía BI-RADS 0 por mama densa?	9	100	Priorizar
¿Se debe realizar examen clínico de la mama como prueba de tamización en mujeres asintomáticas mayores de 40 años?	9	100	Priorizar
¿Se debe realizar resonancia nuclear magnética de mama con gadolinio como prueba única de tamización en mujeres con variantes patogénicas asociadas a síndrome de cáncer de mama hereditario?	9	100	Priorizar
¿Se debería realizar mamografía digital con tomosíntesis (3D) en comparación con mamografía digital estándar (2D) para la tamización del cáncer de mama en mujeres asintomáticas con riesgo promedio?	9	100	Priorizar

GPC Epilepsia en menores de 18 años

Pregunta PICO	Revisor 1	Revisor 2	Revisor 3	Revisor 4	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Se debería utilizar la definición de epilepsia de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), comparado con no usar esta definición, para realizar un correcto diagnóstico de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?	9	9	9	9	100	Priorizar
¿Es efectivo y seguro realizar maniobras de provocación durante la realización del EEG estándar, comparado con no hacerlas, para el estudio de la sospecha de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?	1	7	8	9	75	No Priorizar
¿Debería realizarse un EEG que capture el sueño en comparación con no realizarlo tras	8	8	9	9	100	Priorizar

un EEG estándar normal, para mejorar la clasificación y diagnóstico del tipo de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?						
¿Debería realizarse estudios de laboratorio adicionales al EEG, comparado con no realizarlos, para la confirmación de epilepsia y el tipo de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?	3	9	9	9	75	No Priorizar
¿Debería realizarse estudios imagenológicos adicionales al EEG, comparado con no realizarlos, definir la etiología y tratamiento farmacológico de la epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?	8	9	9	9	100	Priorizar
¿Debería realizarse EEG o	2	2	3	7	25	No Priorizar

videotelemetría, comparado con la resonancia magnética nuclear (RMN), para la confirmación de epilepsia en niños, niñas y adolescentes menores 18 años?						
¿Es efectivo y seguro el uso de clobazam, levetiracetam o topiramato como tratamiento coadyuvante a la monoterapia con ácido valproico, lamotrigina o levetiracetam, en comparación con la continuación del tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes menores 18 años con epilepsia tónico clónica generalizada en epilepsia fármaco resistente?	8	9	9	9	100	Priorizar
¿Es efectivo y seguro el uso de carbamazepina como primera	8	9	9	9	100	Priorizar

línea de tratamiento, comparado con otros antiepilépticos como levetiracetam u oxcarbazepina, para controlar las crisis epilépticas en niños, niñas y adolescentes con epilepsia focal recientemente diagnosticada?						
¿Es efectivo y seguro el uso de clobazam, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina o topiramato como terapia coadyuvante, en comparación con la continuación del tratamiento estándar con o sin terapia combinada, para reducir la frecuencia de convulsiones en niños, niñas y adolescentes (menores 18 años) con epilepsia focal que no logran un buen control con el tratamiento de primera línea?	8	9	9	9	100	Priorizar
¿Es efectiva y segura la combinación de	1	9	9	9	75	No Priorizar

dos o tres medicamentos antiepilépticos en comparación con la monoterapia, para reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de las crisis de ausencia infantil que no responden a los tratamientos de primera línea?						
¿Es efectivo y seguro el uso de levetiracetam, clobazam, clonazepam, lamotrigina, fenobarbital, topiramato, divalproato de sodio o combinación de los anteriores como segunda línea de tratamiento, en reemplazo de ácido valproico, para reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de la epilepsia mioclónica que no responden al tratamiento de primera línea?	1	9	9	9	75	No Priorizar
¿Es efectivo y seguro el uso de lamotrogina, clobazam o	6	9	9	9	75	No Priorizar

topiramato como segunda línea de tratamiento, en reemplazo de ácido valproico o terapia combinada, para reducir la frecuencia de crisis y mejorar el control de las crisis tónica o atónica que no responden al tratamiento de primera línea?						
¿Es efectiva y segura la dieta cetogénica en comparación con no seguirla o con dieta asociado al tratamiento estándar, para reducir la frecuencia de crisis epilépticas y mejorar el control de la epilepsia, en niños, niñas y adolescentes con epilepsia resistente a los medicamentos que no han respondido al tratamiento con antiepilépticos?	8	9	9	9	100	Priorizar
¿Debe recomendarse el monitoreo intensivo de convulsiones	1	9	9	9	75	No Priorizar

en niños y adolescentes con epilepsia resistente al tratamiento en comparación con el control estándar, con el objetivo de reducir el riesgo de SUDEP (del inglés sudden unexpected death in epilepsy) en pacientes con daño neurológico secuelar?						
¿Debe recomendarse el monitoreo terapéutico de medicamentos antiepilépticos en mujeres adolescentes y menores de edad en riesgo de embarazo con epilepsia, en comparación con no realizar monitoreo o seguir el monitoreo estándar, para mejorar la adherencia al tratamiento, el control de las crisis y reducir los efectos adversos?	1	9	9	9	75	No Priorizar
¿Cómo afecta el uso de la dieta cetogénica	1	9	9	9	75	No Priorizar

durante al menos 3 meses en niños, niñas y adolescentes con epilepsia resistente a fármacos al pronóstico de control de crisis y efectos adversos en comparación con no utilizar la dieta cetogénica?						

GPC Cáncer colorrectal

Pregunta PICO	Revisor 1	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos y sin factores de riesgo conocidos, pertenecientes a la población general, para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal?	7	100	Priorizar
¿Debería ofrecerse tamizaje de cáncer colorrectal, en comparación con no realizar tamizaje, en adultos asintomáticos con algún factor de riesgo, para desarrollar cáncer colorrectal, para reducir la incidencia y mortalidad asociadas?	7	100	Priorizar
¿Debería realizarse vigilancia con colonoscopia de seguimiento cada 3-5 años en comparación con intervalos más largos o más cortos, en pacientes con pólipos premalignos, para reducir el riesgo de progresión a cáncer colorrectal y mejorar la supervivencia libre de enfermedad?	9	100	Priorizar
¿Debería usarse la colonoscopia total, en comparación con otras estrategias reflexivas (como colonografía por TC o sigmoidoscopia combinada con TC), en personas con resultados positivos en pruebas de tamizaje	9	100	Priorizar

para cáncer colorrectal, para mejorar la precisión diagnóstica y la detección temprana de cáncer colorrectal?			
¿Debería utilizarse tomografía por emisión de positrones (PET/TC), en comparación con tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis) para una mejor detección de metástasis y planificación del tratamiento, en pacientes adultos con cáncer de colorrectal en proceso de estadiaje?	9	100	Priorizar
¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía (laparoscópica o abierta) con quimioterapia adyuvante en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer de colon en etapas clínicas I-IIIC para mejorar la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, y la calidad de vida?	9	100	Priorizar
¿Es más efectivo y seguro el tratamiento con cirugía, combinada con quimioterapia y/o radioterapia, en comparación con cirugía sola, en pacientes con cáncer rectal en etapas I-III, para mejorar la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la calidad de vida?	9	100	Priorizar
¿Debería usarse una estrategia de seguimiento que incluya historia clínica, examen físico y determinación de antígeno carcinoembrionario cada 3-6 meses durante los primeros 3 años y cada 6-12 meses en los años 4 y 5, en comparación con otras estrategias de seguimiento, en pacientes tratados por cáncer colorrectal, para mejorar la detección temprana de recurrencias y la supervivencia global?	6	0	No Priorizar
¿Debería realizarse colonoscopia al año y luego cada 3-5 años, en comparación con una frecuencia diferente o sin colonoscopia, en pacientes que han sido tratados por cáncer colorrectal, para la detección de adenomas metacrónicos y nuevos cánceres?	6	0	No Priorizar
¿Debería realizarse una tomografía computarizada de tórax y abdomen cada 6-12 meses durante los primeros 3 años, en comparación con otras estrategias de seguimiento, en pacientes con cáncer colorrectal de alto riesgo de recurrencia según la clasificación TNM, para la detección temprana de recurrencias y mejorar la supervivencia global?	6	0	No Priorizar

En pacientes con cáncer colorrectal resecado, ¿cómo afecta la presencia de micrometástasis en comparación con su ausencia la tasa de recurrencia en los próximos 3 años?	5	0	No Priorizar
En pacientes con cáncer colorrectal y antecedentes familiares de cáncer, ¿cómo afecta tener un historial familiar en comparación con no tenerlo la tasa de recurrencia y la mortalidad específica por cáncer colorrectal en los próximos 5 años?	5	0	No Priorizar
En pacientes con cáncer colorrectal metastásico (Población), ¿cómo afecta la mutación BRAF en comparación con pacientes sin la mutación BRAF la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión a los 5 años?	5	0	No Priorizar

GPC Trauma intracraneal

Pregunta PICO	Revisor 1	Votación de puntaje entre 7 a 9 (%)	Decisión
¿Debería utilizarse la tomografía computarizada de cabeza para el diagnóstico por imágenes en personas con sospecha de trauma intracraneal en comparación con otras técnicas de imagenología como la resonancia magnética o radiografías?	9	100	Priorizar
¿Debería utilizarse la tomografía computarizada de cabeza para el diagnóstico por imágenes en personas con sospecha de trauma intracraneal en comparación con otras técnicas de imagenología como la resonancia magnética o radiografías?	9	100	Priorizar
¿Debería utilizarse osmoterapia (como manitol o solución salina hipertónica) en comparación con el manejo estándar sin osmoterapia (como sedación profunda o hiperventilación controlada) en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI, para reducir la presión intracraneal y mejorar la estabilidad neurológica y los resultados clínicos?	9	100	Priorizar

¿Debería usarse profilaxis anticomicial en comparación con no usar profilaxis anticomicial en pacientes adultos con trauma intracraneal ingresados en la UCI, para reducir la incidencia de convulsiones y mejorar los resultados neurológicos y la mortalidad?	7	100	Priorizar
¿Debería realizarse la reversión temprana de anticoagulantes en comparación con no realizarla en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI que están tomando estos medicamentos, para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas y mejorar los resultados clínicos?	7	100	Priorizar
¿Debería usarse sedación profunda con agentes como propofol o midazolam, en comparación con sedación ligera o manejo estándar, en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico grave en la UCI, para reducir la presión intracraneal y mejorar la estabilidad neurológica?	6	0	No priorizar
¿Debería usarse drenaje ventricular externo, en comparación con no usarlo o con el uso de otras técnicas de manejo de la presión intracraneal (como osmoterapia, sedación profunda, hiperventilación controlada o craneotomía descompresiva), en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico grave y presión intracraneal elevada en la UCI, para reducir la presión intracraneal y mejorar la estabilidad neurológica y los resultados clínicos?	5	0	No priorizar
¿Se debería mantener la presión arterial media > 80 mmHg, en comparación con una presión arterial inferior o sin control específico, en pacientes adultos con traumatismo intracraneal en la UCI, para mejorar la perfusión cerebral, reducir el riesgo de deterioro neurológico y disminuir la mortalidad?	5	0	No priorizar
¿Debería realizarse el monitoreo de la presión intracraneal (ICP) en pacientes con riesgo de hipertensión intracraneal (sin lesión intracraneal masiva o después de neurocirugía de emergencia)	9	100	Priorizar

independientemente de la necesidad de cirugía extracraneal de emergencia (EES)?			
¿Debería mantenerse una presión de perfusión cerebral (CPP) ≥ 60 mmHg en adultos con traumatismo craneoencefálico cuando está disponible el monitoreo de la presión intracraneal (ICP), ajustando este valor en función de los datos de neuromonitoreo y el estado de autorregulación cerebral?	9	100	Priorizar
¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (dentro de las 24-72 horas con imágenes cerebrales estables) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 72 horas), en pacientes con lesión cerebral traumática cerrada aislada y bajo riesgo de progresión del sangrado para reducir el riesgo de TEV sin aumentar el riesgo de hemorragia intracraneal o expansión del hematoma?	7	100	Priorizar
¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (dentro de las 72 horas posteriores a la lesión con una TC de cabeza estable que muestre ausencia de progresión del sangrado) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 72 horas), en adultos con lesión cerebral traumática cerrada que presentan un alto riesgo de progresión del sangrado?	7	100	Priorizar
¿Debería usarse profilaxis farmacológica temprana contra TEV (24 horas después del procedimiento y con una TC de seguimiento estable) en comparación con la profilaxis farmacológica tardía (> 24 horas), en adultos con traumatismo craneoencefálico grave que requieren intervención invasiva (como monitoreo de presión intracraneal, drenaje ventricular externo, craneotomía o craniectomía)?	7	100	Priorizar
¿Es efectivo y seguro emplear la monitoria de presión intracraneana (PIC), comparado con no hacerla, para guiar el tratamiento integral de los pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo manejados en la unidad de cuidado intensivo (UCI)?	9	100	Priorizar
¿Se debería utilizar la Escala de Calificación de la Discapacidad (DRS -Disability Rating Scale-) en el primer mes posterior al	8	100	Priorizar

trauma intracraneal severo, comparado con no aplicarla, como factor pronóstico de resultados favorables a los seis meses posterior al evento?			

Salud

Anexo 4.8 Consolidado de reuniones con los actores involucrados de las IPS

Fecha	IPS	Ciudad	Departamento	Asistente (s)	Objetivo	Compromisos
16/08/2024	ESE Hospital José Cayetano Vásquez	Puerto Boyacá	Boyacá	Francisco Vergara González	Presentación del proyecto y actividades de participación	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para diligenciar la herramienta de priorización
21/08/2024	ESE San Pedro	San Pedro	Sucre	Saimon Vital	Presentación del proyecto y actividades de participación	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para diligenciar la herramienta de priorización
5/09/2024	ESE Hospital Departamental	San Andrés	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ximena Mc`lean Chaves	Presentación del proyecto y actividades de participación	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para diligenciar la herramienta de priorización
12/09/2024	Fundación Valle de Lili -FVL-	Cali	Valle del Cauca	Deysi García Vanessa Luna	Presentación del proyecto y actividades de participación	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para diligenciar la herramienta de priorización
17/09/2024	Hospital Infantil Los Ángeles	Pasto	Nariño	Ana Erazo	Presentación del proyecto y	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para

					actividades de participación	diligenciar la herramienta de priorización
25/09/2024	Instituto Nacional de Cancerología - INC-	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Juan Camilo Fuentes	Revisión de las preguntas PICO y ajustes para enviar formulario de priorización	Entrega de propuesta final de preguntas
27/09/2024	ESE San Pedro	San Pedro	Sucre	Saimon Vital	Revisión de las preguntas PICO y ajustes para enviar formulario de priorización	Recepción y diligenciamiento del formulario de priorización
2/10/2024	Clínica Salud Social	Sincelejo	Sucre	Brenda Laiz Gómez	Presentación del proyecto y actividades de participación	Por parte de la IPS: enviar listado de temas para diligenciar la herramienta de priorización
3/10/2024	Instituto Nacional de Cancerología - INC-	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Juan Camilo Fuentes Sandra Diaz	Revisión de las preguntas PICO y ajustes para enviar formulario de priorización	Entrega de propuesta final de pregunta y formulario
8/10/2024	ESE Hospital José Cayetano Vásquez	Puerto Boyacá	Boyacá	Evert David Cuentas Francisco Vergara González Julio López Zarate	Recomendaciones	Ninguno

8/10/2024	Fundación Valle de Lili	Cali	Valle del Cauca	Deysi García Vanessa Luna	Recomendaciones	Ninguno
9/10/2024	Instituto Nacional de Cancerología - INC-	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Juan Camilo Fuentes Sandra Diaz	Recomendaciones	Ninguno
11/10/2024	ESE San Pedro	San Pedro	Sucre	Saimon Vital	Recomendaciones	Entrega de informe final a la IPS y estrategias de búsqueda para el tema priorizado
15/10/2024	Hospital Infantil Los Ángeles	Pasto	Nariño	Ana Erazo Pediatra epidemiólogo Epidemióloga	Recomendaciones	Entrega de informe final a la IPS
16/10/2024	Clínica Salud Social	Sincelejo	Sucre	Brenda Laiz Gómez Ninel Barrios	Recomendaciones	Entrega de informe final a la IPS