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

Informe de avance: actividades 2 a 6:

Determinación de los temas que requieren GPC desde el MSPS (se tengan GPC existentes o no en el país).

Priorización de hasta 6 temas que se identifiquen como necesidades a resolver con GPC en el país.

Selección de los participantes (de acuerdo con su representatividad en los temas priorizados) mediante mapeo de actores clave e instituciones prestadoras y con relación al tipo de instituciones (baja, mediana y alta complejidad).

Conformación de mesas de trabajo técnico con representantes seleccionados de acuerdo con los temas priorizados.

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 MSPS.

.

28 de Agosto de 2024



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



Claudia Marcela Vargas

Directora de Medicamentos y tecnologías
en salud

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 (MINSALUD), 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 MinSalud

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 Camacho Calderón Angie Lorena. 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 Munarth Rubio Natalia. 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.

Supervisores

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

Velasco Hernández Betsabe Ximena. Directora de Promoción y Prevención (e). 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:

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); 2024.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del [diligencie aquí la entidad contratante, por ejemplo: 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, 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.

Tabla de contenido

Abreviaciones 7
1. Introducción y antecedentes 9
2. Alcance 10
3. Objetivos 10
3.1. Objetivo general 10
3.2. Objetivos específicos 10
4. Metodología 11
4.1. Selección de los participantes (de acuerdo con su representatividad en los temas priorizados) mediante mapeo de actores clave Minsalud e instituciones prestadoras. Conformación de mesas de trabajo técnico con representantes seleccionados de acuerdo con los temas priorizados. 11
4.2. Determinación de los temas que requieren GPC desde el MSPS (se tengan GPC existentes o no en el país). Priorización de 6 temas que se identifiquen como necesidades a resolver con GPC en el país 12
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 MSPS 15
5. Resultados 22
5.1. Selección de participantes y mesas de trabajo 22
5.2. Resultados de la aplicación de la herramienta de priorización 23
5.3. Priorización de temas 25
5.4. Aplicación de la metodología y análisis del proceso 26
6. Referencias 43
7. Anexos 46
Anexo 1. Evaluaciones criterios de priorización 46
Anexo 2. Mapeo de actores 53
Anexo 3. Reporte de búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas de GPC 63
Anexo 4. Búsqueda en organismos desarrolladores y compilados de GPC 66
Anexo 5. Preguntas PICO 68
Anexo 5.1. Micobacteriosis atípica o micobacterias no tuberculosas 68

Anexo 5.2. Asfixia perinatal 72
Anexo 5.3. Sífilis gestacional y congénita 74
Anexo 5.4. Diabetes mellitus tipo 2 78
Anexo 5.5. Hipertensión arterial 81
Anexo 5.6. Anemia nutricional en menores de 5 años 88
Anexo 6. Diagrama PRISMA 94
Anexo 7. Herramienta 7 GPC 95

Abreviaciones

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

Listado de tablas

Tabla 1. Puntuaciones globales de los criterios de priorización según temas..... 24

Tabla 2. Listado resumen de la priorización de temas para GPC por el MSPS 25

Tabla 3. Número de preguntas por temas (versión 1 y 2 cuestionario Google forms) y total de preguntas priorizadas 26

Tabla 4. Organizaciones contactadas 54

Tabla 5. Expertos clínicos del grupo desarrollador..... 55

Tabla 6. Expertos metodólogos del grupo desarrollador del IETS 56

Tabla 7. Categorías de participación. 58

Tabla 8. Matriz síntesis de declaración y análisis de conflictos de interés. 59

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 2011(1), con una actualización realizada en 2014 (2) y una tercera versión en 2023.

En la versión del 2011, 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 actualizada a temas de 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 MinSalud) 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 MinSalud 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 priorizados) mediante mapeo de actores clave MSPS e instituciones prestadoras. Conformación de mesas de trabajo técnico con representantes seleccionados de acuerdo con los temas priorizados.

4.1.1. Ministerio de Salud y Protección Social

Para la aplicación de la metodología desde el MinSalud, 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, la naturaleza jurídica de las organizaciones (si son públicas o privadas), su nivel territorial (departamentales y municipales), su región y su voluntad de participar.

4.2. Determinación de los temas que requieren GPC desde el MSPS (se tengan GPC existentes o no en el país). Priorización de 6 temas que se identifiquen como necesidades a resolver con GPC en el país

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 usando una metodología simple y flexible diseñada para facilitar la selección de temas para GPC. Utiliza criterios clave evaluados mediante escalas de calificación claras (escala Likert), permitiendo una valoración rápida y eficaz. 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 seis epidemiólogos, expertos en la evaluación y uso de GPC, quienes aplicaron estos criterios en cuatro escenarios o temas clínicos seleccionados estratégicamente tales como: 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 1**: evaluaciones criterios de priorización).

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 MSPS

4.3.1. Priorización y elaboración de preguntas

Para definir las preguntas incluidas en el proceso de aplicación de la metodología de 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 las oficinas de Calidad y 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 5.1 a 5.6**

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 y 4.**

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 6**).

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 7**).

4.3.5. Evaluación de calidad de GPC

Aquellas GPC que cumplieron con todos los criterios de la herramienta 7 serán 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 seleccionarán las GPC que cumplan los criterios sugeridos por la GM con puntaje mayor al 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

1. Desarrollo del ejercicio de aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo *de novo* o actualización en 6 preguntas o temas priorizados desde la perspectiva del prestador de servicios (paso en desarrollo)
2. 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 (paso en desarrollo)
3. Incorporación de ajustes en los apartados correspondientes a la GM a partir de los resultados del análisis de la experiencia de aplicación (paso en desarrollo)
4. Desarrollo de una 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 (paso en desarrollo)

4.4. 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 (**Anexos** 1)

4.5. 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 MSPS

4.5.1. 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 las oficinas de Calidad y 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 temáticos 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. Se consideró acuerdo de priorización si se alcanzó el 80% de los votos en un puntaje entre 7 y 9.

Las preguntas realizadas con sus componentes en la estructura PICO que fueron priorizadas se encuentran en los **Anexos 5.1 a 5.6**

4.5.2. 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.

4.5.3. 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

4.5.4. 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 3 y 4.**

4.5.5. 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.

4.5.6. 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).

4.5.7. 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 6**).

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 7**).

4.5.8. Evaluación de calidad de GPC

Aquellas GPC que cumplieron con todos los criterios de la herramienta 7 serán 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 seleccionarán las GPC que cumplan los criterios sugeridos por la GM con puntaje mayor al 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

1. Desarrollo del ejercicio de aplicación de la metodología para la decisión de adoptar/adaptar, desarrollo *de novo* o actualización en 6 preguntas o temas priorizados desde la perspectiva del prestador de servicios (paso en desarrollo)
2. 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 (paso en desarrollo)
3. Incorporación de ajustes en los apartados correspondientes a la GM a partir de los resultados del análisis de la experiencia de aplicación (paso en desarrollo)
4. Desarrollo de una 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 (paso en desarrollo)

5. Resultados

5.1. Selección de participantes y mesas de trabajo

5.1.1. Ministerio de Salud y Protección Social

Teniendo en cuentas los criterios establecidos en el numeral 4.1.1, se delegaron técnicos de la oficina de calidad y de la dirección de promoción y prevención 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 Endemoepidémicas
4. Subdirección de Enfermedades transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

5.1.2. Instituciones prestadoras de servicios en salud

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 su experiencia, tipo de institución (baja, mediana y alta complejidad) y capacidad de influencia en el ámbito de la salud y la aplicación de metodologías en GPC. Los actores fueron seleccionados con base en criterios

específicos como su nivel de experiencia, representatividad y poder de decisión. 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 encuentran delegados del Instituto Nacional de Cancerología, ESE Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá, ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Clínica Imbanaco IPS, Fundación Valle de Lili, ESE Centro de Salud San Pedro de Sucre. Todos ellos cuentan con el aval del Comité de Gestión de Conflictos de Intereses, según consta en el Acta No. 14 de 2024, y fueron seleccionados por su experticia en el sector salud y su capacidad para contribuir a la aplicación efectiva de la metodología en las mesas de trabajo (**Anexo** 2)

5.2. Resultados de la aplicación de la herramienta de priorización

La Tabla 1 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 1. 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.

5.3. Priorización de temas

5.3.1. Determinación de temas prioritarios para GPC por parte del MSPS

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 4.1**).

Se conformaron 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.

5.4. Aplicación de la metodología y análisis del proceso

5.4.1. construcción de preguntas PICO por temas priorizados y preguntas finales priorizadas

Durante el proceso de construcción de las preguntas PICO 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. (**Anexo 8** Votación)

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

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

5.4.2. Revisión de GPC

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 6 se presentan el diagrama de flujo del proceso de selección de las GPC y en el Anexo 7 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”(17), 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 (**Anexo 9**).

5.4.3. Extracción de recomendaciones que responden las preguntas priorizadas según los temas para GPC definidos por el MSPS

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

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	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

5.4.4. Proceso de evaluación y toma de decisiones sobre las recomendaciones en los paneles expertos mediante Adolopment y AGREE-REX

Para el proceso de toma de decisiones en los paneles organizados por tema, se aplicó la metodología Adolopment (18) con el apoyo de la herramienta AGREE-REX (19). Antes de los paneles, como se describió en los puntos 5.4.2 y 5.4.3 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, y se extrajeron las recomendaciones que respondían a las preguntas.

Durante los paneles, 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.

5.4.5. 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:

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 al panel de 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.

5.4.5.1. 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 el panel de expertos, ya que, aunque responde parcialmente 3 de las preguntas priorizadas (Anexo 5.1) dado que las GPC existentes no cubren 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

- **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

- **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

- **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

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

Fuente: elaboración propia con base en las GPC revisadas

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.

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

El panel 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 (ver ítem 5.4.4).

La GPC seleccionada para responder la pregunta 2 (Anexo 5.3) 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 el panel 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
Recomendación 1:
En mujeres embarazadas con sífilis temprana, La OMS recomienda: benzatina penicilina G 2,4 millones de unidades una vez por vía intramuscular.

Recomendación 2:
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

Recomendación 3:
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.

Recomendación 4:
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 benzatina 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

5.4.5.3. 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 al panel de 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)(Anexo 5.4), basada en la calificación del AGREE II cuya independencia editorial y rigor metodologico fue >60% (Anexo 8).

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 panel de 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

- **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 a las características del paciente cómo comorbilidades y fragilidad.
Decisión: Adaptación

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

Este panel 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 respondian a dichas preguntas, la fuerza y nivel de evidencia que las soporta, los comentarios realizados por el panel de 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 del panel de 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.

- **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 glicada (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.

- **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.

- **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: ¿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 glicada (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

- **Pregunta 6: ¿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.

- **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

- **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

- **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

- **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

- **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 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

- **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

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.minsalud.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.minsalud.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.minsalud.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. 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.

18. 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.

19. 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

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. 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

31. 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

32. 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.

33. Beltrán E. Metodología para identificación y gestión de los conflictos de interés. Fundamentos conceptuales y procedimentales. Bogotá: IETS; 2020.

34. 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/

35. 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.

36. 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.

37. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica del recién nacido con asfixia perinatal. abril de 2013; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Asfix.pdf

38. 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

39. 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;

40. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. World Health Organization; 2017.

41. 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.

42. Care D. Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46:S1–267.

43. 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;

44. 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

7. Anexos

Anexo 1. Evaluaciones criterios de priorización

Tema 1: Enfermedad de Fabry

Tema 2: Fibromialgia

Tema 3: Neuropatía Diabética

Tema 4: Enfermedad Pulomonar 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 Chavez 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

Anexo 2. 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 (30).

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 (31). En términos generales, se espera que los actores aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia y conocimiento derivado de la práctica alrededor del tema en particular (32), y que permitan orientar los procesos de toma de decisiones en salud (31). 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 (31).

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 conformarán la mesa de trabajo en la que se aplicará 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 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 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, la naturaleza jurídica de las organizaciones (si son 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. A continuación, se relacionan las organizaciones que fueron contactadas:

Tabla 6. 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:

Tabla 7. 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.
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 8. 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.

Nombre	Perfil
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” (30). 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 (33).

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 (34).

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 (33).

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 (33).

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 9. 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 participación en algunas etapas del proceso.	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 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 (33), 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 10. 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 investigación clínica del INC.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
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.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
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.
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 calidad de la Fundación.	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
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 laboratista 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 industria farmacéutica.	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 que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por tanto, se le da aval de participación.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado deliberación Comité de Conflictos de Interés
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 laboratista 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 3. 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	
**	#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, Maturity-Onset" OR "Maturity Onset Diabetes" OR "Type 2 Diabetes" OR "Diabetes, Type 2")	253,990
	#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 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]))	315,150
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 4. Búsqueda en organismos desarrolladores y compilados 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 5. Preguntas PICO

Anexo 5.1. 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 (20,35,36) 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

Anexo 5.2. 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 (37) 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(38), 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)

Anexo 5.3. 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(39) y la guía publicada por la OMS en 2018(40), 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

Anexo 5.4. 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 (41) y en la GPC europea y la ADA (42,43), 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

Anexo 5.5. 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 (44) y en la GPC de la OMS publicada en 2021 (27), se realizó una propuesta inicial de 23 preguntas 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 con 23 preguntas correspondientes a 3 de prevención, 5 de diagnóstico, 10 de tratamiento y 5 de seguimiento. Despues de una revisión y analisis de las preguntas se hizó una versión final ajustada con un total de 20 preguntas que contenía 1 pregunta sobre prevención, 4 sobre 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

Anexo 5.6. 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 del 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?

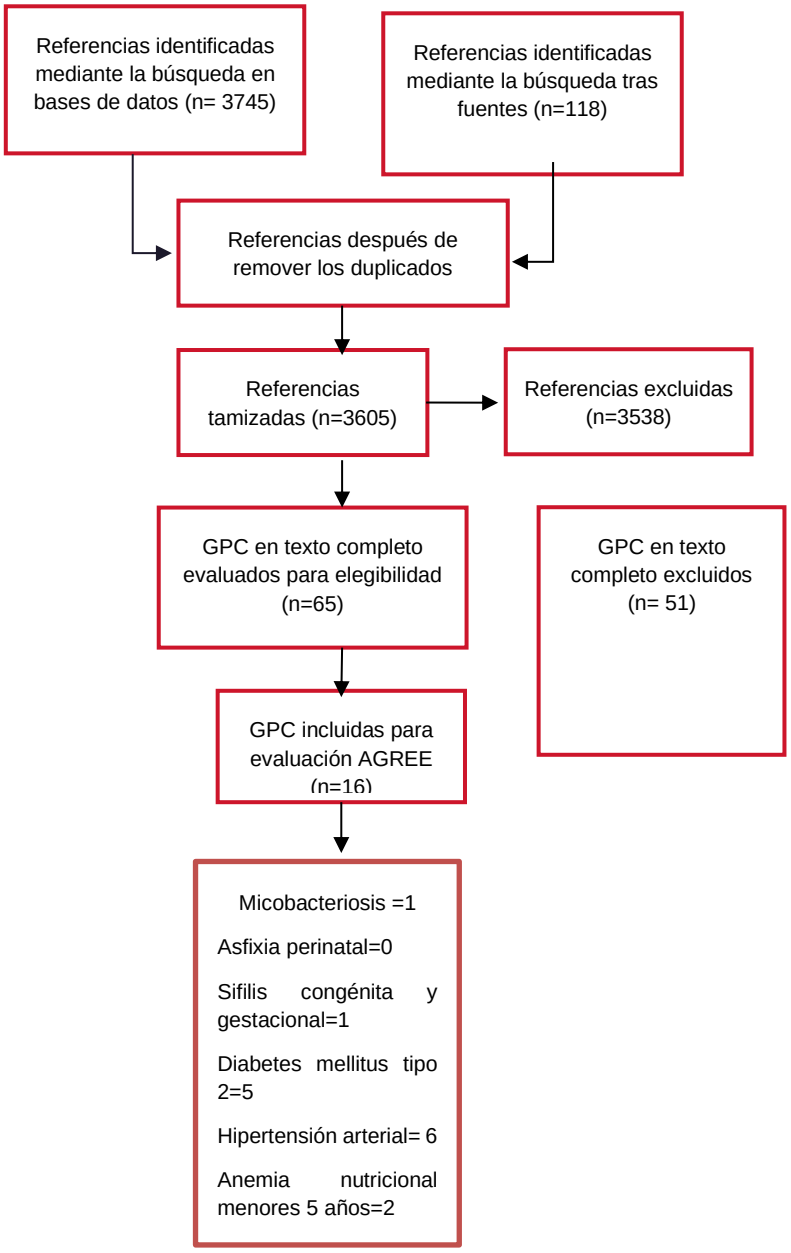
Componente PICO	Definición
Población	Niños menores de 5 años en tratamiento por anemia ferropénica, severidad leve a moderada y subgrupos: con o sin factores de riesgo psicosocial y lugar de residencia urbano - rural disperso
Intervención	Medición del nivel de hemoglobina con periodicidad menor a 3 meses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



Anexo 7. 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	C1	C2	C3	C4	C5	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 the WHO Guidelines Review Committee	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	World Health Organization	Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child	Sí	No	Sí	No	Sí		No

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		transmission of HIV, syphilis, and hepatitis B virus							
	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
	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

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	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 management of iron overload in patients with haemoglobinopathies and rare anaemias	No	Sí	Sí	Sí	Sí		No
	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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	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 THE PRIMARY CARE SETTING	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
	European Society of Hypertension	2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension	Sí	No	Sí	Sí	Sí		No

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	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
	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

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	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 optimise blood pressure control	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	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	Sí	No	No	Sí	Sí	Presenta algoritmos de decisión	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
		treatment of type 2 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 the Korean Diabetes Association	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No indica estrategias o base	No
	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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	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
	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-	No

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
								details en esta página encontré los otros anexos de la guía	
	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 in type 2 diabetes	No	No	Sí	Sí	Sí	Es una ETE	No
	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

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	National Clearinghouse for Korean Medicine	Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Type 2Diabetes Mellitus	Sí	No	No	Sí	Sí		No
	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 Updated 2023 Recommendations from the NZSSD	Sí	No	No	Sí	Sí		No

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Tema	Autor de la guía	Nombre de la guía	C1	C2	C3	C4	C5	Comentarios	¿Debe ser evaluada por AGREE II?
	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 Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) y Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes, e Metabolismo (SPEDM).	Portuguese-Brazilian evidence-based guideline on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus	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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

Anexo 8. 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	Evaluacion Global AGREE II
Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis and Treponema pallidum (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services	100%	89%	84%	100%	85%	96%	92%
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%
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%

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluacion Global AGREE II
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 9. 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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

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 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?	7	9	100	Priorizar
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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

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 al 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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

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	9	7	7	100	Priorizar

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

vez al día durante 20 días para tratar la infección y prevenir complicaciones maternas y neonatales?					
¿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	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 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?	7	4	9	9	75	No priorizar
¿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 individuos evaluados mediante métodos ambulatorios (AMC y MAPA) para la detección y seguimiento de la HTA?	5	3	9	9	9	60	No priorizar
¿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 adultos con hipertensión que precisan tratamiento farmacológico? * (Intervención: Betabloqueantes, AC, diuréticos, IECA, o ARA; comparador: Placebo)	7	7	9	9	9	100	Priorizar
¿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	5	8	9	9	9	80	Priorizar

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

con hipertensión que requieran intervenciones farmacológicas?							
¿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	7	7	9	9	8	100	Priorizar

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

TA, luego de la inclusión en un programa de seguimiento estructurado, comparado con seguimiento convencional?							
*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	4	7	1	67	No priorizar

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co

rutinarias, comparado con solo el hemograma tipo II, para la confirmación del diagnóstico?					
¿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

Cra. 45 # 108a - 50 Oficina 401, Bogotá • Línea IETS: 318 3355525 • contactoiets@iets.org.co • www.iets.org.co